Année 2021/2022 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

D.E.S. de Médecine Générale

par

Anaïs COLLIN

Née le 18/01/1990 à Pontivy (56)

Dans l'après épidémie covid19 du printemps 2020, comment les médecins coordonnateurs envisagent-ils le rôle des médecins généralistes, en Eure-et-Loir?

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

Président du Jury: Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Donatien MALLET, Soins Palliatifs, PA, Faculté de médecine - Tours

Directeur de thèse : Docteur Aude CHARTIER, Médecine Générale - Jouy

Nom de l'auteur: Anaïs COLLIN

Titre: Dans l'après épidémie covid19 du printemps 2020, comment les médecins coordonnateurs envisagent-ils le rôle des médecins généralistes, en Eure-et-Loir?

Résumé:

Introduction: La pandémie de Covid19, la démographie et les besoins de la société ont entraîné des changements de dynamique de coordination des soins primaires dans les EHPAD, qu'il convient de repenser.

Objectifs: Analyser la représentation que se font les médecins coordonnateurs de l'évolution du rôle des médecins généralistes en EHPAD après la crise sanitaire covid19. Secondairement, recueillir le point de vue des médecins coordonnateurs sur la place des médecins généralistes pendant l'épidémie et sur les soins primaires en EHPAD dans le futur.

Méthode: analyse qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de neuf médecins coordonnateurs d'Eure-et-Loir entre novembre 2020 et juillet 2021, enregistrés, retranscrits et analysés par thème.

Résultats: Les médecins coordonnateurs attribuent de l'importance au rôle des généralistes, lien avec la vie d'avant pour les résidents. Il existe cependant un décalage entre leurs représentations, les besoins des patients et le suivi mis en œuvre. Au désinvestissement perçu des généralistes à l'égard des EHPAD, s'ajoutent leurs absences au printemps 2020. Le médecin prescripteur est une réponse potentielle mais la désertification médicale actuelle semble un frein majeur. Les médecins coordonnateurs cherchent à collaborer plus efficacement avec les généralistes, prescripteurs, pour mener à bien leurs missions.

Conclusion: Les médecins coordonnateurs aspirent à plus de collégialité. La formation d'une équipe médicale intégrant des généralistes avec des compétences gériatriques, améliorerait la qualité des soins et participerait au décloisonnement médico-social de l'EHPAD et à sa réintégration au territoire local.

Mots-clés : médecin généraliste – médecin coordonnateur – EHPAD – covid19 – médecin prescripteur – soins primaires

Title: In the spring 2020 post-covid19 epidemics, how do the nursing homes coordinating physicians consider the role of the general practitioners in Eure-et-Loir?

Summary:

Background: The covid19 pandemic, demographics, and our society needs, have led to changes for primary care coordination dynamics in nursing homes. Therefore they should be rethought.

Objectives: Primarily to analyze the expectation that the coordinating physicians have of the evolution of the general practitioners (GP) role in nursing homes after the covid19 health crisis. Secondly, to collect the point of view of the coordinating physicians on the GPs role during the epidemic and in nursing homes' primary care in the future.

Methods: Qualitative analysis of semi-directive individual interviews of nine coordinating physicians from Eure-et-Loir between November 2020 and July 2021, recorded, transcribed and analyzed by theme.

Results: The coordinating physicians grant importance to the GPs role, partly due to the link with their life before being residents. However, there is a gap between their expectations, the residents' needs and the follow-up provided. To the perceived GPs draw back from the nursing homes adds their absenteeism in the spring of 2020. A dedicated GP is a potential answer but the current medical shortage seems to be a major hindrance. Coordinating physicians are looking for ways to collaborate more efficiently with the GPs, prescribers, to carry out their missions.

Conclusion: The coordinating physicians yearn for more collegiality. The implementation of a medical team with trained GPs in geriatric care would improve the quality of care and contribute to the medico-social decompartmentalization of the nursing homes and its reintegration into the local territory.

Keywords: general practitioner – coordinating physicians – nursing homes – covid19 – dedicated GP – primary care

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
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 VOURC'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. MORAINE – 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
BERHOUET 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
NICOGLOU 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 Benoit.....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 Madame la Professeur Clarisse DIBAO-DINA,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie très sincèrement. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de donner votre avis sur ce sujet et de votre indulgence envers les jeunes médecins en formation lors des groupes d'enseignement facultaire. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean ROBERT,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et de m'avoir conseillée dans la constitution de ce jury. Je vous prie de croire en l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,
Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse et de vous rendre disponible pour cela. Veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Donatien MALLET,
Vous avez accepté spontanément de participer au jury de cette thèse, je vous en remercie. Veuillez recevoir l'expression de toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Madame le Docteur Aude Chartier, directrice de thèse,
Je te remercie très sincèrement de m'avoir accompagnée et encouragée tout au long de ce travail, avec un enthousiasme toujours communicatif. Tu as accepté cette tâche et m'as accordé du temps alors même que tu faisais toi-même face à de nombreux changements professionnels. Merci d'être un modèle dans l'énergie que tu déploies pour faire avancer les choses. Je te suis profondément reconnaissante d'avoir fait ce bout de chemin avec moi.

A tous les médecins ayant participé à l'étude,
Merci d'avoir pris le temps d'échanger de façon sincère et franche avec moi, vous avez permis l'aboutissement de ce travail et y avez apporté de la pertinence.

A Madame Amélie ROBERT et au Docteur Paul BARDIERE pour m'avoir aidé à l'élaboration et la validation du guide d'entretien, je vous remercie.

A mes maîtres de stages, Docteur Véronique FAUCHIER, Docteur Joëlle WINISDORFFER, Docteur Bernard RIVOAL, et au Docteur Eric WINISDORFFER,
Après un an de stage à vos côtés puis les premiers remplacements, j'ai pu découvrir à vos côtés un modèle de médecine générale libérale riche d'échanges, qui m'a conforté dans mes choix et m'a encouragé à poursuivre dans cette voie d'une médecine humaine et collégiale, qui nous pousse tous les jours à nous améliorer, pour nos patients, mais aussi pour nous-mêmes.

Au Docteur Anissa BERRAIES et au service de pneumologie de l'hôpital Louis Pasteur à Chartres,
Merci de votre accueil et de vos enseignements lorsque j'étais interne. Je retiens avec une grande gratitude la bienveillance envers les étudiants comme envers les patients dont vous avez fait preuve. Vous m'avez conforté dans l'importance d'une médecine bienveillante que je tends aujourd'hui à appliquer au quotidien.

Au Docteur Patrick LE MARTELOT,
Merci de m'avoir donné une vision humaine et réconfortante de la médecine générale. Vous m'avez offert mon premier stéthoscope et restez dans mon cœur notre médecin de famille.

A ma mère,
Ma plus grande supportrice,
Merci d'avoir toujours été là pour moi, y compris pendant ces longues années d'études. Tu as su nous inculquer de belles valeurs malgré le fait que la vie n'ait pas toujours été facile. Je sais que tu es fière aujourd'hui de cet accomplissement au travers duquel tu m'as accompagnée.

A mon conjoint,
Pour ton soutien inconditionnel, ta patience, tes encouragements, qui m'ont poussés à avancer même quand parfois l'envie me faisait défaut. Il est temps à présent de nous tourner vers de nouveaux projets. Avec tout mon amour, merci.

A notre fille,
Tes sourires, tes rires, tes câlins m'emplissent de joie chaque jour. Je suis heureuse et immensément fière de te voir grandir chaque jour, je t'aime de tout mon cœur. Je suis désolée de ne pas toujours avoir pu te prendre sur mes genoux pendant les nombreuses heures passées sur ce travail.

A mes grands parents maternels,
Merci pour votre présence si importante et votre amour. Je mesure aujourd'hui la chance que j'ai eu de passer tous ces beaux étés à vos côtés.

A ma belle-famille,
Merci pour tous les beaux moments déjà passés ensemble et tout ceux à venir. Anita, tu as toute ma gratitude pour avoir pris le temps de relire mon travail à la chasse aux fautes, je te remercie sincèrement.

A nos amis,
Pour m'avoir poussée à avancer en me demandant où j'en étais de cette thèse, mais aussi parfois en me soutenant en n'en parlant pas et en me permettant de me changer les idées, un grand merci. Je n'aurai pas été capable d'arriver au bout de ces années d'études sans votre amitié et votre soutien, des déménagements sportifs aux soirées de rires et de larmes.

Liste des abréviations

- MG : médecin généraliste
- MCO : médecin coordonnateur
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés
- ARS : agence régionale de santé
- USLD : unité de soins de longue durée
- ETP : équivalent temps plein
- GIR : groupe iso ressource
- IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état
- DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- LATA : limitation et arrêt des thérapeutiques actives
- PPI : prescription potentiellement inappropriée
- VAD : visite à domicile
- MSP : maison de santé pluridisciplinaire
- CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

Table des matières

A Introduction 16

B Méthode 18

I Type d'étude 18

II Population de l'étude 18

III Guide d'entretien 18

IV Analyse et recueil des données 19

V Sources bibliographiques 19

C Résultats 20

I Caractéristiques de la population 20

II Le médecin généraliste 20

1 Le médecin traitant, une relation ancrée dans l'histoire de vie 20

1.1 Le médecin de famille 20

1.2 Le lien avec la vie d'avant 21

2 Le suivi médical 22

2.1 La continuité dans le suivi 22

2.2 Un décalage entre les besoins et le suivi mis en œuvre 22

2.2.1 La fréquence de passage 22

2.2.2 Les connaissances gériatriques 23

3 Les médecins généralistes pendant la crise sanitaire du covid 19 23

3.1 La présence des médecins généralistes pendant l'épidémie 23

3.2 Des absences pendant le confinement 24

3.2.1 Des absences programmées 24

3.2.2 Des absences non programmées 24

III Une forme de désinvestissement de certains médecins généralistes dans les EHPAD ? 25

1 Une prise de distance avec l'EHPAD 25

1.1 Des médecins qui ne veulent plus venir en EHPAD 25

1.2 Peu de mobilisation pendant la crise sanitaire 26

1.2.1 Des actes de mobilisation individuelle isolés 26

1.2.2 Un défaut d'aide regretté 26

1.2.3 Une source d'incompréhension 26

1.3 Des visions différentes de la médecine générale 27

1.4 Le délai de passage après une demande de visite 28

2 Des pistes d'explication avancées par les médecins coordonnateurs 28

2.1 La problématique de la démographie médicale 28

2.2 La problématique du temps 28

2.2.1 Un manque de temps du médecin libéral 28
2.2.2 Des visites en EHPAD chronophages 29
2.2.3 Rentabiliser la visite en EHPAD 29
2.3 Un désintérêt pour la gériatrie 29
2.4 La visite en EHPAD, en dehors de la zone de confort 30
3 Des exceptions avec des médecins très investis 30
4 Existe-t-il un levier financier ? 30
IV Les relations médecins généralistes – médecins coordonnateurs 31
1 La confraternité 31
1.1 Des relations cordiales 31
1.2 Des médecins qui se connaissent 31
1.3 Des médecins qui comprennent les généralistes libéraux 32
2 Des relations complexes 32
2.1 Des limites parfois mal définies 32
2.2 Des relations humaines 33
2.3 Les tierces personnes impliquées dans cette relation 33
3 Une dynamique relationnelle spécifique 34
3.1 La négociation 34
3.2 Une séduction à sens unique 34
4 Une relation peu modifiée par la crise 35
4.1 Le statu quo 35
4.2 Un nouvel équilibre à trouver 35
4.3 Un espoir d'amélioration 35
V Le médecin coordonnateur, capitaine du navire ? 36
1 Une vision humaniste 36
2 Une relation privilégiée avec les équipes et les résidents 36
2.1 Une vue de l'intérieur 36
2.2 Un interlocuteur de choix pour les équipes soignantes 36
2.3 Une position parfois problématique pour les médecins généralistes 37
3 Le médecin de l'établissement 37
3.1 Un médecin de substitution ? 37
3.2 Une position isolée 38
3.3 L'assistance aux médecins généralistes 38
3.4 Le respect des prescriptions des médecins généralistes 39
3.5 La coordination, parfois au second plan 39
4 L'évolution de son rôle pendant le covid 40
5 Les tâches administratives 41

5.1 La lourdeur administrative 41
5.2 La hiérarchie 41
5.3 Des protocoles jugés nécessaires 42
VI Des échanges distants 42
1 L'absence aux commissions de coordination de gériatrie 42
2 Des échanges indirects 43
2.1 La communication via les infirmières 43
2.2 La communication via les internes en médecine 43
2.3 La communication via des documents 43
2.4 Les communications téléphoniques 44
3 L'organisation des soins, peu source d'échanges 44
4 Un espoir avec le développement de différents modes de communication 44
5 Des réfractaires aux nouvelles technologies 45
5.1 Des réfractaires parmi les médecins généralistes 45
5.2 Des réfractaires parmi les médecins coordonnateurs 45
VII Des interrogations autour de la création d'un poste de médecin prescripteur 46
1 Les problèmes de recrutement 46
2 Quelle place pour le médecin généraliste 46
3 Un bénéfice incertain 47
4 Les intérêts perçus 48
5 Travail en équipe vs libéral 49
VIII L'EHPAD du futur envisagé par les médecins coordonnateurs 50
1 Une présence augmentée du médecin coordonnateur 50
2 Vers une disparition des médecins coordonnateurs ? 50
3 Une ouverture des EHPAD et des médecins coordonnateurs vers l'extérieur 51
4 Des difficultés de projection 51
5 Le développement de la téléconsultation ? 51
D Discussion 52
I Forces et faiblesses de l'étude 52
II Comparaison à la littérature 53
1 Le médecin généraliste, acteur important en EHPAD 53
2 Une impression de désengagement du médecin généraliste vis à vis de l'EHPAD 53
2.1 Des freins à la visite en EHPAD qui persistent 54
2.2 L'EHPAD : entre soin et vie 54
2.3 La complexité des prises en charges 55
3 Des problématiques exacerbées par le covid19 56
3.1 Organisation des soins primaires et covid 56
3.2 Un manque de médicalisation ? 57

3.3 La démographie médicale 57
3.4 La communication : point clé et espoir en sortie de crise 58
4 Quelle évolution du rôle des médecins généralistes? 59
4.1 Vers plus de collégialité 59
4.2 La création d'un poste de médecin prescripteur ? 60
4.3 La formation gériatrique 61
4.4 Une ouverture de l'EHPAD 62
E Conclusion 64
F Bibliographie 65
G Annexes 74
I Guide d'entretien 74
II Formulaire d'information et de consentement 75

A Introduction

En tant qu'étudiante en second cycle d'études médicales, j'ai eu l'occasion de rencontrer un médecin coordonnateur lors d'une visite en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec mon maître de stage. Son rôle m'était alors flou, il nous avait transmis des informations concernant les dosages en vitamine D, ce à quoi le médecin que j'accompagnais avait alors acquiescé. Je considérais à cette époque leur rôle comme principalement administratif et m'y intéressais peu. Au cours du troisième cycle, je n'ai pas eu d'interaction avec les médecins coordonnateurs (MCO) lors de mon premier semestre en stage de médecine générale chez les généralistes. Mes derniers stages se sont fait au contact de médecins libéraux qui faisaient des visites en EHPAD et pour certains, y exerçaient également en tant que médecin coordonnateur, c'était une grande découverte. Je n'avais jusqu'alors considéré l'EHPAD que comme un nouveau lieu de vie et non pas comme une institution où l'on fait du soin. Contrairement au travail salarié en milieu hospitalier où nous échangeons quotidiennement avec les équipes soignantes, les passages en EHPAD étaient souvent réalisés au pas de course et les échanges avec les équipes, concis et efficaces. En réalisant quelques recherches, je découvrais les missions du médecin coordonnateur et étais surprise du peu d'interactions que nous avions pu avoir jusque-là.

Je souhaite m'installer en milieu rural ou semi-rural dans le futur et je fais déjà face lors de mes remplacements à des situations de maintien à domicile difficile qui évoluent vers des institutionnalisations par manque d'aide adaptée aux niveaux de dépendances plus élevés. Ces choix de vie complexes, pour être bien vécus par les patients, doivent se faire de façon coordonnée autour d'eux, ce qui ne me semble possible qu'à travers une synergie des équipes médicales et paramédicales dans ce sens.

La prise en charge des personnes âgées poly pathologiques requiert des évaluations multidimensionnelles permettant la réalisation de diagnostic de situation. Pour plus d'efficacité elle se doit d'être globale, pluri professionnelle. La révision des dossiers doit être réalisée par le médecin traitant, au mieux en équipe (1). La synergie entre MCO et médecin généraliste (MG) est un des pré-requis à l'amélioration de la qualité des soins, non seulement dans la gestion des urgences mais également dans la prévention (2).

L'épidémie de Covid19 et la crise sanitaire qui en a découlé a permis de développer de nouveaux réseaux d'échanges (mail, WhatsApp…) dynamiques et réactifs entre les médecins, dans le but de développer des conduites à tenir et des prises en charge harmonisées mais aussi de faire face aux difficultés matérielles, éthiques ou psychologiques.

La démographie médicale, le changement des pratiques avec notamment la féminisation mais aussi une branche gériatrique insuffisante, sont autant de facteurs propres à la médecine de ville qui pèsent sur les prises en charge des résidents d'EHPAD (3). Du côté des médecins généralistes, les prises en charge en EHPAD sont complexifiées par les contraintes matérielles et organisationnelles (4).
L'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3.3% entre 2015 et 2018 avec la diminution du nombre global de médecins en activité. Cette diminution du temps médical disponible est plus marquée dans le centre de la France (5).

Devant cette raréfaction de temps médical prescripteur, le rôle de médecin coordonnateur a évolué ces dernières années, notamment à travers les décrets leur permettant de prescrire

dans des contextes d'urgence, puis dans les cas où les médecins traitants ne pourraient être en mesure de le faire (6). Le rapport remis à l'assemblée nationale en 2018 concernant l'évolution des ressources humaines des EHPAD allait dans ce sens, tout en conseillant d'augmenter leur temps de présence (7).

Les médecins coordonnateurs interrogés au décours de la crise sanitaire ont rapporté s'être sentis en difficulté pour 26.3% d'entre eux pour faire assurer la continuité des soins par les médecins traitants. Les médecins généralistes n'ont été considérés comme un appui efficace que pour moins d'un tiers des répondants à l'enquête (8).
Néanmoins, selon les directives gouvernementales d'avril 2020, l'activité des médecins généralistes au sein des EHPAD devait être limitée au maximum de par le risque de contamination. Il était également conseillé de favoriser la prescription par le MCO en coordination non présentielle avec le MG (9).

En préparation du Ségur de la santé, le conseil national professionnel de gériatrie a édité un manifeste de 22 mesures visant à répondre aux enjeux éthiques de l'avancée en âge. Les points 7 et 8 évoquent la création d'une fonction médicale statutaire au sein de l'EHPAD à l'instar de la fonction qu'exercent les responsables d'unités hospitalières ou d'unité de soins de longue durée (USLD). Le point 10 propose lui la mise en place d'un 0,6 équivalent temps plein (ETP) médecin de soin (10).

Notre hypothèse est que la pandémie de Covid19, la démographie de la population et les besoins de la société ont précipité des changements qui semblent durables dans notre système de soin, jusque dans les établissements d'hébergements des personnes âgées dépendantes. Le rôle des médecins coordonnateurs a beaucoup évolué ces dernières années, prenant une dimension supplémentaire pendant cette crise sanitaire. Il apparaît nécessaire de repenser le rôle des médecins généralistes dans les EHPAD, et leurs relations avec les médecins coordonnateurs au profit des patients et de leurs projets de vie, afin de les intégrer dans une équipe de soins.

Dans l'après épidémie covid19 du printemps 2020, comment les médecins coordonnateurs envisagent-ils le rôle des médecins généralistes, en Eure-et-Loir?

Nous chercherons à connaître le point de vue des médecins coordonnateurs sur l'évolution du rôle des médecins généralistes en EHPAD. Comment envisagent-ils les relations dans le futur notamment après les bouleversements apportés par la crise sanitaire.
Peut-on envisager une organisation des soins primaires en EHPAD différente?

L'objectif principal est d'analyser la représentation que se font les médecins coordonnateurs de l'évolution du rôle des médecins généralistes en EHPAD après la crise sanitaire covid19.

Les objectifs secondaires sont de :

- recueillir le point de vue des médecins coordonnateurs sur la place des médecins généralistes en EHPAD pendant le pic épidémique de mars et avril 2020 ;
- analyser les axes d'évolution du médecin généraliste en ce qui concerne leur rôle en EHPAD, et la vision du futur dans ces mêmes axes de transformation ;
- recueillir le point de vue des médecins coordonnateurs concernant les soins primaires en EHPAD dans le futur.

B Méthode

I Type d'étude

Le but de l'étude portant sur les interactions, les expériences personnelles et les émotions des médecins coordonnateurs, ainsi que sur leurs espoirs, il semblait adapté d'utiliser l'analyse qualitative.

L'étude sortant du champ d'application de la loi Jardé, après avis auprès de la coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles", les seules démarches réglementaires obligatoires étaient la mise en conformité vis-à-vis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), en respectant l'anonymat des interrogés, et ne nécessitait pas de déclaration CNIL obligatoire.

II Population de l'étude

L'échantillonnage était raisonné, avec une diversité maximale des caractéristiques des médecins interrogés, incluant des médecins coordonnateurs d'expériences, de profils et de pratiques variées, pouvant affecter la variabilité des réponses et des comportements.

Le recrutement du panel de médecins coordonnateurs s'est fait par contact direct, par téléphone, WhatsApp ou mail, après qu'ils aient donné leur accord pour que le Dr Aude Chartier partage leurs coordonnées. Le premier échange permettait de me présenter et de présenter l'étude, puis un rendez-vous était fixé pour la réalisation d'un entretien. L'objectif était de former un panel comportant une variabilité de profil des médecins coordonnateurs (hommes et femmes, toutes tranches d'âge, expériences et types d'exercice différents) exerçant dans le département d'Eure-et-Loir (28).

Les médecins coordonnateurs inclus devaient avoir été en charge d'un ou plusieurs EHPAD, dans lesquels interviennent des médecins généralistes libéraux, avoir travaillé entre mars et mai 2020, dans le département d'Eure-et-Loir et acceptant de participer à l'étude.

La taille de l'échantillon n'a pas été définie à l'avance, l'objectif étant d'atteindre la saturation des données.

III Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été rédigé après un travail bibliographique, avec des questions structurées et ouvertes. Il incluait une première phase de recueil des caractéristiques des médecins coordonnateurs qui permettait également d'établir la communication. Les questions du guide étaient utilisées en fonction des réponses du médecin, avec des relances éventuelles prévues en amont, permettant d'approfondir certaines notions si elles n'avaient pas été abordées, ou de recentrer l'entretien. Le guide s'est enrichi au fur et à mesure des entretiens, grâce aux données recueillies.

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été préférés à la méthode des focus groups pour des raisons pratiques d'une part, car les plannings très chargés des médecins coordonnateurs, à une époque à laquelle l'épidémie était toujours active, laissaient peu de

place pour l'organisation de ce type d'entretien de groupe. Il ne semblait d'autant plus pas raisonnable, au moment où les contacts devaient être restreints pour limiter la transmission du virus, de se rassembler dans une même pièce. D'autre part, cela permettait d'aborder des sujets parfois délicats, sans jugement de confrères qui se connaissent pour beaucoup et se côtoient.

Une phase test du guide a été réalisée avec des entretiens pilotes d'une infirmière coordinatrice et d'un ancien médecin inspecteur en EHPAD pour l'agence régionale de santé (ARS), pour évaluer la faisabilité de l'étude, tester la trame d'entretien et la modifier en fonction de la compréhension, des réponses, afin de mieux l'adapter aux objectifs qualitatifs de l'étude.

IV Analyse et recueil des données

Les entretiens ont été réalisés dans l'enceinte de l'EHPAD, au domicile des médecins coordonnateurs ou au domicile de l'investigateur, en fonction de leurs préférences, entre novembre 2020 et juillet 2021. Un entretien a été réalisé en visioconférence sur Skype de par l'éloignement géographique du médecin interviewé qui avait déménagé depuis peu. J'étais l'unique investigatrice lors de ces entretiens que j'ai réalisés alors que j'étais médecin généraliste remplaçante dans le bassin chartrain.

Les entretiens ont été enregistrés avec un logiciel dictaphone, après consentement écrit lu et signé des médecins coordonnateurs interrogés.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur WORD et anonymisés. L'analyse thématique a débuté dès le premier entretien, venant enrichir le guide. Les verbatim ont ensuite été regroupés en sous-thèmes, sans utilisation de logiciel. Le double codage a été réalisé par l'investigatrice et la directrice de thèse. La saturation théorique des données a été obtenue, les deux derniers entretiens n'apportant pas de nouveaux éléments par rapport aux précédents.

V Sources bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur les bases de données et sites :

- pubmed/ncbi
- Google scholar
- sudoc
- has-sante.fr
- legifrance.gouv.fr
- drees.solidarites-sante.gouv.fr
- archives de la revue Exercer
- cairn.info

C Résultats

I Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population interrogée sont les suivantes :

#	sexe	âge	expérience de MCO	nb d'EHPAD	caractéristiques des établissements			ETP de MCO	activité libérale	nb de MG
					localisation	financement	nb de lits			
1	H	66	20 ans	1	urbain	privé à but lucratif	86	0,5	Oui	>15
2	F	57	10 mois	1	rural	public	80	0,5	oui	5
3	H	47	14 ans	1	rural	public	127	0,5	oui	3
4	H	68	1 an et 3 mois	2	urbain	privé à but lucratif	88	0,4	uniquement CNPMG	7 ou 8
					rural (hors 28)	privé à but non lucratif	60	0,1		nsp
5	F	56	15 ans	1	semi-rural	public	83	0,3	oui	7 ou 8
6	F	41	9 ans	2	urbain	privé à but lucratif	102	0,4	uniquement EHPAD	28
					rural	public	97	0,4		6
7	H	63	20 ans	1	urbain	associatif à but non lucratif	61	0,4	oui	10
8	F	40	8ans	2	rural	privé à but non lucratif	104	0,4	non	5
					rural	privé à but non lucratif	62	0,2		2
9	H	44	8ans	4	rural	privé à but non lucratif	97	0,4	non	9
					rural	privé à but non lucratif	62	0,2		2
					rural	privé à but non lucratif	62	0,2		5
					semi-rural	privé à but non lucratif	62	0,2		12

II Le médecin généraliste

1 Le médecin traitant, une relation ancrée dans l'histoire de vie

1.1 Le médecin de famille

Les médecins coordonnateurs interrogés insistent sur la relation ancienne du résident avec leur médecin généraliste. Le médecin traitant peut suivre son patient pendant plusieurs dizaines d'années, ce qui renforce la relation médecin-patient. Ce lien établi est donc spécifique de par sa durée et son ancrage dans la vie des patients.

p1 : « quand vous avez connu quelqu'un depuis vingt, trente ans, que vous connaissez ses enfants, les petits enfants, on parle de plein de choses dans une consultation »

Il connaît la famille, l'histoire de vie des patients, mais aussi souvent celle de ses proches. Le médecin traitant est " *le médecin de famille " (p9).*

p7 :« -citation d'une patiente- il fait presque partie de la famille » « Je suis le médecin de la fille, du gendre... »

L'empathie est jugée être une compétence nécessaire pour le médecin généraliste.

p2 : « ils ont cette compétence de médecine générale, d'empathie"

Il est le gardien de certains secrets que lui ont confiés les patients en consultation, mais aussi à travers des visites à leur domicile. La consultation de médecine générale n'est pas restreinte à la résolution d'une symptomatologie, elle revêt un aspect relationnel important. Le médecin généraliste peut permettre aux patients de se décharger de poids émotionnels, en dehors de la cellule familiale.

p1 :« on lui racontait un peu les secrets, on lui racontait des petites choses »

Des médecins ont évoqué des relations devenues quasi affectives entre les médecins généralistes et leurs patients de part cette histoire commune, évoquant des généralistes qui poursuivent leurs visites en EHPAD parce qu'ils *"aiment vraiment", "apprécient leurs résidents" (p8).*

p6 : « c'est plutôt des relations affectives que des relations en fait médicales techniques. », « dans les deux cas où on l'a fait venir c'était un peu donner l'extrême onction quoi »

Un médecin a dit se sentir responsable de ses patients.

p7 : « des patients dont on a la responsabilité »

1.2 Le lien avec la vie d'avant

Le médecin généraliste est un point d'attache de souvenirs pour les résidents, parfois même le *"dernier lien qui les rattache à leur vie d'avant*" (p1) l'EHPAD.

p2 : «un repère, si j'ose dire, comme quoi il ne perd pas complètement ses attaches, avec ce qui faisait sa vie auparavant »

Il représente une forme de continuité, *"la persistance du fil de la vie" (p5)*, grâce au maintien d'une relation de confiance établie, malgré le bouleversement que peut représenter l'entrée en EHPAD, dans leur vie.

p2 : « garder la relation de confiance qu'avait la personne, le résident, avant qu'il n'arrive en EHPAD »

Pour certains résidents qui ne sortent peu ou plus de l'EHPAD c'est un peu de la vie de l'extérieur, qui vient à eux.

p8 : « le médecin traitant qui passe c'était aussi euh l'extérieur qui entrait quoi. »

Un médecin évoque son regret à la rupture de ce lien lorsque ses patients entrent dans certaines structures à gestion hospitalière, type USLD.

p1 :« dans le publique le généraliste n'y va plus, c'est je suis un petit peu dépossédé de d'une relation un peu particulière, »

2 Le suivi médical

2.1 La continuité dans le suivi

Pour la majorité des médecins coordonnateurs, le médecin généraliste est le médecin qui assure le suivi médical des patients, le *"médecin traitant" (p4, p7)*. Il représente une continuité dans la prise en charge médicale, accompagnant son patient, "*jusqu'au bout de sa route" (p5)*.

p1 : « Le médecin généraliste, ça évoque la continuité de la prise en charge du patient. »

Le médecin généraliste continue de prescrire médicaments et soins para médicaux, pour les patients devenus résidents de l'EHPAD, comme dans son cabinet libéral, en autonomie.

p3 : « il est là pour soigner hein, suivre ses patients, et gérer ses patients tout seul comme un grand.»

Un médecin insiste sur le fait que l'EHPAD est simplement le nouveau domicile du patient, il s'agit donc de poursuivre le suivi tel qu'il était avant ce changement de lieu de vie.

p7 : « nous sommes comme dans le domicile de quelqu'un. »

2.2 Un décalage entre les besoins et le suivi mis en œuvre

2.2.1 La fréquence de passage

Plusieurs médecins coordonnateurs interrogés jugent la fréquence de passage des généralistes insuffisante dans certains établissements, parfois par défaut de temps. Elle pourrait ne pas permettre un suivi médical adéquat, avec des délais qui peuvent être importants entre les visites, un manque de régularité dans leur présence ou des temps de réponse jugés trop longs à des demandes aiguës, surtout compte tenu de l'âge et des comorbidités des résidents.

p8 : «Quand euh sur O., j'ai un médecin qui est passé la dernière fois y'a un mois, qu'on n'est pas sûrs qu'il passe la semaine d'après euh et que les résidents sont pas vus... »

Des médecins évoquent le fait qu'il pourrait s'agir d'une *"perte de chance" (p6)* pour le résident.

p8 : « il les connaît très bien mais oui euh c'est vrai que le manque de régularité… pourrait parfois être préjudiciable »

Les médecins coordonnateurs disent également apprécier de travailler avec des médecins généralistes plus présents sur d'autres sites, avec des jours de passage connus à l'avance et

très réguliers. L'investissement des médecins traitants leur permet de ne pas, ou peu, avoir à intervenir d'un point de vue pathologie médicale.

p6 :« pour le cabinet qui passe de façon systématique euh bah l'avantage c'est que du coup moi je m'occupe pratiquement pas de leurs patients. »

2.2.2 Les connaissances gériatriques

Le médecin généraliste n'a pas toujours les connaissances ou la formation nécessaire au bon suivi médical des résidents. Ces prises en charge sont complexifiées par le cumul des pathologies et l'aspect gérontologique, dans lequel le généraliste n'est *"pas forcément à l'aise" (p6)*. Le médecin coordonnateur, de par son complément de formation, peut apparaître pour les médecins traitants comme un *"spécialiste de la gériatrie" (p8)*, plus à même d'être acteur dans le suivi médical au sein de l'EHPAD et sur qui il serait parfois plus facile de se décharger.

p5 : « Et puis là tu discutes perfs sous-cut alors ils savent pas… », « Les quelques contacts que j'ai eu bah ça m'a pas aidé du tout euh… techniquement euh le, la sédation de fin de vie, la détresse respi euh ppft … »

3 Les médecins généralistes pendant la crise sanitaire du covid 19

3.1 La présence des médecins généralistes pendant l'épidémie

Dans la moitié des établissements du panel de médecins coordonnateurs, les médecins généralistes ont continué de faire les visites médicales et d'assurer le suivi des résidents.
Pour certains EHPAD, il s'agissait d'un choix en accord avec les généralistes. Cela concernait des établissements dans lesquels les médecins traitants passaient régulièrement avec une *"bonne image du médecin" (p6)*.

p9 : « En échangeant avec les uns les autres et tout, ils sont tous passés. »

Pour d'autres, cela s'est fait sans questionnement spécifique verbalisé des recommandations dues au contexte sanitaire, de la part des généralistes comme des coordonnateurs.

p7 : « les médecins, les confrères sont venus faire leur taf normalement »

Un médecin aurait souhaité plus de visites des médecins généralistes, qui n'ont pas adapté leur fréquence de passage à la pandémie, et ce malgré des cas de covid parmi les résidents, qui demandaient une prise en charge médicale plus importante.

p9 :«même si ils passent, ils passent une fois par semaine donc euh… dans un suivi de covid faut quand même être plus… avoir un suivi plus rapproché»

Le médecin coordonnateur redoutait une diminution des visites des médecins généralistes et n'a donc pas échangé à ce sujet avec ses confrères qui ont continué à venir malgré les consignes des hautes autorités de santé.

p9 :« Honnêtement moi j'avais le texte qui disait que… que… voilà fallait limiter peut-être le passage des médecins et tout. Je voulais pas »

Dans quelques établissements du panel, seule une partie minoritaire des médecins généralistes a continué de venir.

p4 : « y'a très peu qui viennent, sauf un ou deux »

Un coordonnateur est resté en contact avec certains généralistes par téléphone, au moment où les visites avaient été interrompues, pendant le premier confinement. Ces échanges téléphoniques ont permis de maintenir une forme d'interaction avec les médecins traitants, les gardant dans la boucle vis à vis de leurs patients, mais pouvant aussi être un appui médical et moral pour le médecin coordonnateur.

p5 : « y'en a une notamment qui a téléphoné en disant, bon, ça en est où, comment va Mme Machin, enfin qui prenait des nouvelles de ses patients »

3.2 Des absences pendant le confinement

3.2.1 Des absences programmées

Dans quelques établissements, les visites des médecins ont été interrompues. Soit par volonté de la direction qui a imposé une fermeture à toute personne extérieure, englobant à la fois les familles, les médicaux et paramédicaux. Soit sur demande du médecin coordonnateur, en accord avec les recommandations HAS de l'époque.

p5 : « Je leur ai envoyé un mail et je leur ai dit, les gars, vous venez plus, je reste à l'intérieur, on se tient au courant, je vous informe quand j'ai un soucis avec vos résidents, vous faites les renouvellements à distance sur Netsoins et je gère le dedans.»

3.2.2 Des absences non programmées

Dans plusieurs établissements du panel, les médecins généralistes ne sont pas ou peu intervenus pendant le confinement initial, sans concertation avec les médecins coordonnateurs pour qui *"il a bien fallu prendre le relai" (p1).*

p8 : « sur O. je pense qu'on n'a pas eu du tout de médecin euh qui est intervenu pendant un mois. »

Certains généralistes ont fait part de leur décision de suspendre leurs visites, au moment du premier confinement, et ne les ont jamais repris, sans annonce à leur patientèle ou à l'équipe soignante.

p3 : « il a dit, bon ben moi je vais gérer les EHPAD dont je suis le médecin coordonnateur, je ne vais pas venir ici, hein, on va éviter de… […] Et puis en fait il est jamais revenu après. »

Dans un établissement, les médecins généralistes ont été initialement absents, suite à une information erronée. La situation s'est rapidement normalisée après avoir précisé aux médecins traitants que l'arrêt des visites ne concernait pas les professions libérales.

p8 : « il y a eu un couac sur une semaine ou deux et après ils sont revenus »

III Une forme de désinvestissement de certains médecins généralistes dans les EHPAD ?

1 Une prise de distance avec l'EHPAD

1.1 Des médecins qui ne veulent plus venir en EHPAD

L'entrée en EHPAD signe l'arrêt du suivi de leur patient pour certains médecins généralistes, qui ne veulent pas faire de visites en EHPAD, au grand regret des médecins coordonnateurs.

p4 : « en maison de retraite pfft qu'ils se démerdent, qu'ils trouvent un autre médecin. »

La distance entre le cabinet du généraliste et l'EHPAD est parfois un frein à la continuité du suivi pour les établissements ruraux. Les médecins généralistes ne veulent pas toujours faire le déplacement. Les médecins coordonnateurs qui ont gardé une activité libérale proposent alors parfois d'assurer le rôle de médecin traitant auprès des nouveaux résidents.

p2 : « moi je récupère des patients pour lesquels les médecins généralistes de l'agglo Chartraine ne veulent pas venir.»

Dans les cas où le médecin traitant continue de les suivre, les médecins coordonnateurs ont parfois l'impression qu'il s'agit d'une corvée, notamment dans les cas où ils doivent se déplacer pour un petit nombre de résidents.

p4 : « Quand ils ont une ou deux patientes, ça le fait chier de venir quoi en gros »
p6 : « je suis quasiment certaine qu'ils vont répondre aux infirmières bah vous voyez déjà sur le site avec votre médecin co et puis… »

Un médecin coordonnateur a eu l'expérience d'un généraliste qui a simplement cessé de venir faire ses visites à l'EHPAD un jour, sans n'en avertir personne.

p3 :« y'en a un qui du jour au lendemain a décidé qu'il ne viendrait plus. Sans prévenir ses patients. »

Il n'existe pas de recours quand les médecins ne veulent plus venir. Les équipes doivent trouver un nouveau médecin généraliste, souvent parmi ceux qui interviennent déjà à l'EHPAD. Les médecins libéraux qui s'installent autour peuvent refuser d'intervenir dans l'EHPAD et ce malgré les besoins ou le fait qu'ils prennent parfois la suite d'un médecin partant à la retraite qui avait une patientèle dans l'établissement.

p3 :« on peut pas le forcer à venir » ; « y'a quand même deux médecins qui sont venus s'installer à S. et aucun n'a euh souhaité venir à l'EHPAD. »

Les situations sanitaires dues au covid ont été compliquées à gérer dans les établissements dans lesquelles il n'y avait ni généraliste, ni médecin coordonnateur. Ce défaut de présence médicale en pleine épidémie a pu avoir un impact négatif en termes de morbi-mortalité dans ces établissements.

p2 :« on a eu des épidémies épouvantables de covid dans certaines maison de retraite, parce qu'il y avait aucun médecin, y compris médecin co, et personne voulait y aller. »

1.2 Peu de mobilisation pendant la crise sanitaire

La grande majorité des médecins coordonnateurs n'a pas bénéficié d'une mobilisation des médecins généralistes lors des périodes de confinements répétés et/ou de circulation active du virus dans leurs établissements.
Elle n'a pas été jugée nécessaire cependant, dans la moitié des établissements des médecins coordonnateurs du panel, dont six n'ont pas eu de cas de covid.

1.2.1 Des actes de mobilisation individuelle isolés

Un médecin coordonnateur a reçu des propositions d'aide, des messages de soutien d'un confrère et s'est vu prêter du matériel médical au moment du premier confinement, lorsque l'EHPAD était totalement fermé.

p6 :« y'a eu aussi des médecins qui nous ont proposé de venir nous aider euh, on a des médecins qui nous ont proposé de faire l'infirmière, qui nous ont proposé, euh j'en ai un qui m'a prêté son ECG par exemple. J'en ai un autre qui nous a envoyé des petits mots »

1.2.2 Un défaut d'aide regretté

Plusieurs médecins coordonnateurs auraient souhaité plus de soutien des médecins généralistes. Ils regrettent leur absence dans ces périodes difficiles, aussi bien médicalement que moralement. Un médecin dit avoir essayé, souvent en vain, de renforcer les passages des médecins généralistes car *"tout seul, c'était compliqué" (p9)*.

p3 : « Ah bah c'est sûr que si les médecins généralistes de X étaient venus donner un coup de main on n'aurait pas dit non hein. Ils auraient été accueillis à bras grands ouverts »

Quelques-uns des médecins du panel disent s'être sentis seuls. Ils évoquent les difficultés à prendre des décisions face à l'épidémie, notamment concernant les accompagnements en fin de vie. Ces décisions habituellement prises en concertation avec les médecins et les équipes de soin ont été un poids lourd à porter pour les médecins coordonnateurs.

p5 : « je me suis sentie très très seule » « un peu le couteau sous la gorge quoi » (quand il a fallu prendre des décisions de fin de vie seule)

La circulation active du virus dans les EHPAD nécessitait un soutien moral confraternel de la part des médecins libéraux. Un coordonnateur témoigne s'être vu, au contraire, imposée la vision fataliste de certains généralistes sur la mortalité à attendre parmi ses résidents, rendant d'autant plus anxiogène une situation qui l'était déjà.

p9 : « certains médecins qui passaient ça va être l'hécatombe, là y'en a quarante, faut compter au moins quinze, vingt décès »

1.2.3 Une source d'incompréhension

Des médecins généralistes étaient en vacances, à leur domicile, au vu des mesures de confinement, au moment de la multiplication des cas de covid dans certains EHPAD, provoquant l'amertume de médecins coordonnateurs qui auraient parfois eu besoin de soutien et ne l'ont pas trouvé en leur absence.

p5 : « t'en as un qui a pris trois semaines de vacances alors qu'il était confiné chez lui […] il me dit, c'est dommage j'étais chez moi, j'aurais pu te donner un coup de main. Je dis bah ouais c'est dommage »

L'hypothèse de la peur pour leur propre santé est évoquée, sans certitude toutefois, car n'ayant jamais vraiment été discutée avec les généralistes. L'incompréhension vis-à-vis du manque de mobilisation de leurs confrères persiste donc.

p5 : « dans les quinze jours, ils étaient moins venu, parce que je pense qu'ils avaient peut-être un peu les jetons aussi, pour eux, je sais pas. »

Les prises de décision initiales ont été mal reçues par les médecins généralistes dans un cas. Ils n'ont pas compris les mesures de protection mises en œuvre, qui leur semblaient exagérées. Cela a été à l'origine de tensions entre médecin coordonnateur et médecins généralistes.

p8 : « on a fermé avant et je me suis pris le chou avec certains » «Qui trouvaient pas ça logique. Euh qui trouvaient pas ça normal qu'on ferme si tôt… »« on a eu trois semaines un mois où on a eu des mails qu'étaient pas forcément très sympa »

1.3 Des visions différentes de la médecine générale

Les médecins coordonnateurs estiment que les médecins généralistes devraient continuer à suivre leurs patients, y compris en EHPAD, et que le changement de lieu de vie ne devrait pas être un obstacle. La visite en EHPAD n'est pas jugée plus complexe que celle au domicile, voire c'est "*même mieux qu'à domicile" (p1).*

p1 : « Ce que je n'aime pas, ce sont les médecins qui ne veulent plus suivre leurs patients une fois qu'ils ont intégré l'EHPAD. »

Le vieillissement des patients ne devrait pas non plus être un motif de désengagement.

p5 : « T'as le temps pour les autres mais pas pour les vieux. »

Le médecin généraliste, pour plusieurs médecins coordonnateurs du panel qui sont également médecins généralistes en libéral, se doit d'être loyal à ses patients. Il est une présence immuable. Ils représentent *« une armée de secours qui est là », « toujours présents » (p1).*

p4 : « je les laisserai jamais tomber. Parce que c'est des patients à moi […] je vais les suivre jusqu'au bout, jusqu'à la mort. »

Il peut exister un décalage entre la vision des résidents du médecin coordonnateur et celle du généraliste. Un médecin évoque la résignation immobile d'un confrère à propos d'un patient jugé en fin de vie et pour lequel il n'y avait donc plus rien à faire, alors que le coordonnateur tentait d'accompagner au mieux ses résidents et d'endiguer l'épidémie.

p5 : « moi j'étais dans le décompte » et pour le MG « il était au bout du rouleau »

Le problème éthique que pose le défaut de suivi médical, lorsque les médecins traitants ne viennent pas voir leurs patients en visite, est abordé par un médecin coordonnateur, qui se sent alors obligé d'intervenir.

p8 : « Quand euh sur telle commune, j'ai un médecin qui est passé la dernière fois y'a un mois qu'on n'est pas sûrs qu'il passe la semaine d'après euh et que les résidents sont pas vus et que y'a une problématique euh forcément on est amené à intervenir »

1.4 Le délai de passage après une demande de visite

Le délai entre le signalement d'un problème aigu et la visite du médecin est jugé trop long par plusieurs médecins coordonnateurs. Certains médecins généralistes n'adaptent pas leur fréquence de passage, même en cas de signalement d'une urgence ressentie par le résident, ou l'équipe de soins.

p6 : « le problème de temps entre l'alerte et le passage du médecin sur de la gériatrie, à la fois ils peuvent attendre et à la fois euh faut pas qu'ils attendent trop sinon après en fait la crise devient vraiment un problème »

2 Des pistes d'explication avancées par les médecins coordonnateurs

2.1 La problématique de la démographie médicale

La majorité du panel s'accorde pour dire que l'Eure-et-Loir subit une désertification médicale.
Les médecins généralistes ne sont pas assez nombreux pour répondre aux besoins de la population. Ceux qui y exercent ont donc des charges de travail plus importantes.

p3 : « Ah bah c'est X, c'est le désert. »
p8 : « Parce qu'il y'a plus de médecins sur X. Le… et puis qu'autour euh Y y'a plus personne non plus, que les autres médecins, c'est Z et qu'ils sont surchargés, donc y'a personne. »

Nombre de médecins généralistes sont proches de la retraite dans le département. En conséquence de quoi, ils pourraient avoir tendance à moins s'impliquer dans le suivi de leurs patients.

p5 : « On est sur une population de médecins généralistes qui ont tous, tous autour de 60ans. Y'a pas du tout de jeunes là dans le coin. Donc tous sur des fins de carrière quand même. […] ils sont dans le désinvestissement aussi. »

2.2 La problématique du temps

2.2.1 Un manque de temps du médecin libéral

Presque tous les coordonnateurs s'accordent pour dire que le médecin généraliste libéral manque de temps ou n'a pas le temps, de part sa charge de travail, et ce particulièrement pour l'EHPAD. En conséquence de quoi, les visites sont parfois expéditives. Le terme de « médecin suppositoire » est utilisé, *«il rentre dans l'EHPAD et il ressort aussi vite» (p5).*
La visite en EHPAD leur semble être considérée comme une perte de temps pour les médecins généralistes.

p4 : « en ville ils ont, ils ont jamais, jamais le temps. Voilà. Ils trouvent qu'ils ont pas le temps. Quand ils ont le temps, il faut qu'ils partent en vacances »

2.2.2 Des visites en EHPAD chronophages

Plusieurs médecins évoquent le fait qu'une visite en EHPAD prend plus de temps qu'une visite à domicile ou qu'une consultation en cabinet. Certains parlent de visites jugées chronophages pour et par les médecins généralistes.

p8 : « C'est chronophage de venir en EHPAD. Ça leur demande vachement de temps. Je pense que ça leur demande plus de temps qu'une visite à domicile, ça j'en suis persuadée. »

2.2.3 Rentabiliser la visite en EHPAD

Quelques médecins ont parlé de l'intérêt de regrouper plusieurs visites sur un jour de passage en EHPAD, rendant le déplacement plus rentable financièrement, pour les généralistes, lorsqu'il y a trois patients, au moins, à voir. Ils estiment que les médecins traitants ne vont pas se déplacer pour un seul résident.

p4 : « Quand ils viennent nous voir pour renouveler les médicaments, ils viennent pas pour un patient. C'est souvent trois ou quatre, minimum trois. Donc ça fait trois visites, dans une matinée, c'est déjà… bien payé, en gros. »

2.3 Un désintérêt pour la gériatrie

La gériatrie n'est pas une spécialité médicale jugée attrayante pour les médecins généralistes.
Les prises en charge sont complexifiées par les comorbidités variées, avec des thérapeutiques médicamenteuses limitées par le grand âge et les interactions potentielles.

p5 : « la personne âgée c'est quand même quelque chose qui est chiant parce que toujours compliqué au niveau médical. »

Des médecins du panel évoquent que certains médecins sont mal à l'aise avec les personnes âgées et qu'ils n'ont donc pas envie d'aller en EHPAD. L'EHPAD peut renvoyer à notre propre fin de vie, au vieillissement, à la perte d'autonomie, un questionnement auquel il est difficile de se confronter. Il fait peur. Le rapport au corps y est aussi différent.

p5 : « dès que les gens vieillissent ça les encombre ou ça les renvoie à leur propre vieillissement et ça les éloigne de leurs patients »
p8 : « Ça fait peur l'EHPAD, ils sont vieux, si on passe au mauvais moment dans la mauvaise chambre »

Les médecins coordonnateurs parlent aussi du fait qu'on est dans de l'accompagnement, parfois moins dans le curatif et que cela peut être difficile à accepter, de s'impliquer dans ces prises en charge, tout en sachant que ce sera la dernière étape de la vie de ces patients et que la fin se profile.

p8 : « il est sur du soin pur, où il veut guérir les gens, c'est un ancien urgentiste. Donc je pense que l'EHPAD le met face à une mort certaine de son patient. C'est quelque chose qu'il a vraiment du mal à gérer »

2.4 La visite en EHPAD, en dehors de la zone de confort

Le médecin généraliste est dans sa zone de confort matériel au cabinet. Les visites en EHPAD, et au domicile de façon générale, les poussent à en sortir.

p1 : « il faut accepter de faire des visites, c'est à dire de sortir de sa zone de confort qu'est le cabinet... »

Il faut accepter de travailler avec une équipe, dans le respect des règles de l'établissement (charte qui n'a pas été signée par les MG au final), contrairement au travail en libéral où ils font ce qu'ils veulent.

p3 : « ils respectent pas les consignes, ils respectent pas les protocoles qui ont été mis en place, dès qu'on leur dit quelque chose c'est tu me fais chier de toute façon moi je fais comme je veux » en parlant des médecins généralistes avec lesquels ça *« va au clash »* dans les grandes structures de ville.

3 Des exceptions avec des médecins très investis

Des médecins coordonnateurs ont été épaulés par leurs confrères généralistes pendant la période endémique. Dans un cas, il s'agit d'un confrère très présent habituellement qui a continué d'assurer les urgences avec une présence quasi quotidienne. Au moment des vacances de son confrère quelques mois après il l'a *"senti passer" (p3).*Dans un autre établissement, il y a eu un net renforcement des visites à l'EHPAD avec mise en place d'astreintes et un véritable travail coordonné.

p6 : « ils m'ont proposé, quand ils ont compris qu'en fait les EHPAD m'appelaient tout le temps jusqu'à 21h le soir, tous les jours euh week-end compris, euh ils ont proposé qu'on fasse des astreintes de week-end, des astreintes téléphoniques.»

Dans un des EHPAD, la direction ayant décidé la fermeture totale, le médecin coordonnateur a fait appel à un médecin généraliste pour travailler en binôme et assurer le suivi et la prise en charge de tous les résidents. Le fait de pouvoir prendre des décisions à deux a permis d'alléger le poids psychologique de certains choix, comme celui de ne pas hospitaliser et d'accompagner les fins de vie sur place, ou pas, lorsque la situation était tendue avec les familles.

p6 : « Au moins je savais qu'elle était là, quand elle, elle m'appelait je savais qu'elle avait déjà géré le truc et qu'on serait à deux pour prendre l'avis. »

4 Existe-t-il un levier financier ?

Certains médecins coordonnateurs ont jugé que la visite en EHPAD était attractive d'un point de vue financier, notamment avec la majoration du tarif pendant l'état d'urgence sanitaire.

p4 : « celui qui a le plus de patients là, ça l'arrange, parce que, parce que quand même au point de vue… financier si tu veux… ça rapporte quand même, hein »

Un des médecins évoque cette carotte financière avec une certaine amertume, estimant qu'il y a eu de l'abus dans les cotations à ce moment là, car les visites n'étaient pas forcément du soutien covid mais souvent de « simples » renouvellements d'ordonnance.

*p8 : « je pense que ce qui nous a aidé aussi c'est le fait qu'ils aient le droit aux quarante euros supplémentaires ou cinquante là je ne sais plus. Euh ce qui les a bien motivé à revenir ouais * certaine amertume ?* * rires *. Ils les ont pas oubliés hein ! »*

A contrario, une consœur généraliste d'un des médecins coordonnateurs a arrêté de venir à l'EHPAD car elle aurait eu des problèmes de règlement des consultations qu'elle y faisait. L'aspect financier était donc plutôt un frein.

p3 : « elle arrivait pas à se faire payer »

IV Les relations médecins généralistes – médecins coordonnateurs

1 La confraternité

1.1 Des relations cordiales

Même si des tensions sont rapportées, la plupart des médecins coordonnateurs évoquent des relations cordiales voire amicales avec leurs confrères généralistes. Ils apprécient d'échanger avec eux, dans la confraternité, parfois autour d'un café. Le médecin traitant est considéré comme étant un *« partenaire indispensable » (p9)* au bon fonctionnement de l'EHPAD. Les interventions du généraliste et du coordonnateur sont jugées complémentaires.

p1 : « J'ai toujours eu d'excellentes relations avec mes confrères. »

1.2 Des médecins qui se connaissent

Plus de la moitié des médecins coordonnateurs dit connaître les médecins généralistes qui interviennent dans l'EHPAD, depuis plus longtemps qu'ils n'y sont en poste, souvent de part leur expérience libérale antérieure. La communication est facilitée par cette relation établie de longue date. Ils ont pu travailler ensemble pendant leurs études, au cours de leur vie professionnelle, dans des structures de soins primaires ou hospitalières, ou ont pu échanger à des congrès, formations ou groupes de pairs. Les histoires de vies ont parfois aussi des similitudes qui les rapprochent, *« on est tous divorcés aussi » (p4).*

p2 : « je les connaissais tous »

Plusieurs médecins déclarent que cette relation avec leurs confrères généralistes leur permet d'avoir leur confiance, notamment quand il s'agit de prescrire à leurs patients. Les proches des médecins généralistes peuvent également être amenés à vivre en EHPAD, *«ils nous confient leurs parents»*, *«gage de confiance» (p5)* pour les coordonnateurs de ces établissements.

p4 : « on te fait confiance, tu fais ce que tu veux, souvent c'est comme ça »

Il y a aussi des cas où les médecins interagissent peu avec leurs confrères, par exemple dans le cas d'un EHPAD rural où peu de médecins interviennent, le coordonnateur déclare ne pas avoir de relations avec son confrère généraliste. Chacun travaille dans son coin et s'occupe de ses patients. Ils se connaissent, travaillant ensemble depuis plusieurs années, mais de loin.

p3 : « On a quasiment pas de relations en fait »

Les EHPAD urbains, au contraire, peuvent avoir un nombre important d'intervenants, impactant également ces relations. Parmi ce large pool de médecins généralistes, un coordonnateur estime n'avoir que peu de contacts avec certains d'entre eux, contrairement à ceux avec qui il entretient des relations amicales.

p6 : « Y Avait les copains, y'avait les autres et puis y'avait ceux avec qui j'avais pas trop de contact »

1.3 Des médecins qui comprennent les généralistes libéraux

Plusieurs médecins ont évoqué les craintes de confrères généralistes pour leur santé, mais aussi leur peur de transmettre le virus à leurs patients et de les mettre en danger, justifiant ainsi certaines absences pendant le confinement.

p1 : « Y'a les médecins qui ne venaient pas pour des raisons de santé et c'était tout à fait normal qu'ils ne se déplacent pas. »

Les médecins coordonnateurs disent aussi comprendre les contraintes des emplois du temps chargés des médecins généralistes. Ils sont prêts à rendre service lorsque c'est possible, pour ne pas les déranger. Ils ont *«déjà été de l'autre côté » (p4)* pour la plupart.

p4 : « Si tu veux euh ils ont tellement de travail que… ça les arrange même de pas venir, voilà, en gros »

Quelques uns évoquent les contraintes matérielles qui pouvaient freiner la venue de leurs confrères, avec la nécessité du port d'équipement de protection individuelle, pendant la crise sanitaire, allongeant le temps nécessaire à la visite.

p1 : « C'était pas très très sympa d'arriver, de s'habiller comme un cosmonaute, de repartir et tout donc je pense qu'ils étaient bien contents de rester dans leur cabinet. »

Certains médecins coordonnateurs parlent des difficultés propres à la visite en institution. Les logiciels et le mode de prescription peuvent varier. Il faut remplir le dossier médical de l'établissement en plus de celui du cabinet, tenir compte des protocoles, échanger avec les équipes pour avoir des informations sur l'état de santé du résident. Cela diffère donc d'une visite en cabinet ou au domicile.

p8 : « ils ont l'impression […] de tomber comme des chiens dans un jeu de quilles et ils comprennent pas nos protocoles. »

2 Des relations complexes

2.1 Des limites parfois mal définies

La prescription médicale rédigée par le médecin coordonnateur peut mettre en péril la relation avec le médecin généraliste. Les coordonnateurs ont parfois peur de *«monter sur leurs plates-bandes» (p5)* et qu'on le leur reproche. Même si aujourd'hui ils disposent d'un pouvoir de prescription élargi et agissent au bénéfice du résident, mais aussi du généraliste,

en ne le dérangeant pas pour des bas de contention ou des questions de barrière de lit, cela peut être source de conflit.

p6 : « y'a un médecin avec qui je sais qu'il faut même pas que je, même tracer une ordonnance de bas de contention c'est un problème, parce qu'il va compter le nombre d'ordonnances qu'a fait chacun. »

Les médecins généralistes peuvent se sentir mis à l'écart, voire "*dépossédés*" (p6) de leurs patients de par l'implication du médecin coordonnateur dans la prise en charge médicale. Le médecin généraliste ayant été choisi comme médecin traitant par le résident, le sentiment de responsabilité du médecin se rapproche d'une notion de propriété. Le terme *"désapproprié de son résident" (p8)* a aussi été utilisé.

p7 : « Y'a un confrère qui a dit euh mais euh qu'est ce que c'est que ça, pourquoi on a donné à mes patients, c'est moi qui décide… »

2.2 Des relations humaines

La majorité des médecins du panel ont déjà eu des différends avec leurs confrères généralistes.
Il faut savoir composer avec les caractères de chacun, *« monsieur est professeur » (p4)*. Les conflits peuvent amener des remises en question des positionnements des médecins coordonnateurs. Ils peuvent aussi entacher les relations à long terme ou être source de méfiance, car les coordonnateurs ont conscience de la nécessité des généralistes au bon fonctionnement de l'EHPAD.

p2 : « y'a eu un médecin qui s'est offusqué de quelque chose, j'ai toujours pas compris pourquoi.»
p5 : « il m'a appelé à mon cabinet et il m'a incendié au téléphone… »

Les problématiques relationnelles peuvent perturber la communication et influencer négativement le suivi médical des patients dans certains cas. Un médecin coordonnateur a expliqué n'être *«plus du tout sur la même longueur d'onde» (p5)* après certains échanges tendus pendant l'épidémie de covid.

p6 : « On va toujours traîner un peu des pieds pour euh les résidents avec les médecins avec qui on s'entend pas bien »

Les relations professionnelles se doivent d'être confraternelles d'après le code de déontologie, elles restent cependant humaines et peuvent être perturbées par le sexisme, le racisme ou tout autre idéologie discriminatoire.

p8 : « je pense qu'il y a eu aussi une relation euh qui est plus compliquée du fait que je suis une femme avec lui »

2.3 Les tierces personnes impliquées dans cette relation

Les familles sont des tierces personnes importantes à prendre en compte dans la relation médecin coordonnateur, médecin généraliste, patients. Elles peuvent dans certains cas avoir une position de consommateurs du système de soin vis-à-vis des EHPAD privés, pesante sur

cette relation médecins-patient. Les médecins généralistes, en étant extérieur à l'établissement, et souvent bien connus de la famille, peuvent faciliter les échanges.

p4 : « ils [la direction] cèdent à tous les caprices de la famille »
p6 : « des fois vis à vis des familles avoir un tiers extérieur c'est très bien. »

Pour bon nombre des médecins du panel, les infirmières (IDE) sont partie prenante de cette relation. Elles ont *"un rôle pivot" (p7)*. Elles sont capables de l'influencer négativement dans certains cas. Elles peuvent également encourager l'investissement des médecins traitants, les maintenant dans la boucle en cas de besoins de leurs patients, en faisant appel à eux en priorité, avant de solliciter le médecin coordonnateur. En cas de mauvaises relations avec les généralistes, elles risquent de plus facilement se tourner vers le médecin coordonnateur, qui n'est cependant censé agir qu'en cas d'indisponibilité du médecin traitant et se retrouve donc dans une position délicate.

p8 : « si elles (les IDE) sont très demandeuses de soins avec un médecin co qui est disponible […] elles vont avoir tendance à plus me demander à moi qu'au médecin traitant »

3 Une dynamique relationnelle spécifique

3.1 La négociation

Plusieurs médecins coordonnateurs déclarent faire preuve de diplomatie dans leurs échanges avec leurs confrères. Ils l'utilisent afin d'avancer sur des éléments qui peuvent leur sembler problématiques avec les médecins généralistes. Ils sont attentifs à maintenir de bonnes relations afin de ne pas risquer une dégradation des échanges, et potentiellement du suivi médical pour le résident.

p5 : « quand je veux mettre un truc en place ou que je pense que c'est mieux pour le patient etc, j'arrive à le vendre suffisamment bien pour arriver à mes fins si tu vois ce que je veux dire. » « Je suis diplomate, mais pas stupide.»

La négociation peut cependant avoir des limites, et les médecins coordonnateurs se disent parfois prêts à passer outre la volonté des médecins traitants, si les enjeux concernent l'établissement dans son ensemble et mettent en péril les résidents.

p5 : « il m'a incendié au téléphone » mais elle est restée sur ses positions
p7 : « Que si y'a l'état sanitaire de l'établissement où là […] je passerai outre »

3.2 Une séduction à sens unique

La séduction se fait dans le sens médecin coordonnateur médecin généraliste, il n'est pas vrai dans le sens contraire. Les médecins coordonnateurs cherchent plutôt à encourager et soutenir le travail des généralistes, redoutant les conséquences d'un désengagement pour leurs résidents. Alors que les généralistes leur semblent peu chercher à entretenir cette relation. Ils s'attendent à ce que le médecin coordonnateur fasse son travail, sans toutefois reconnaître qu'il est tout aussi nécessaire au bon fonctionnement de l'EHPAD.

p1 : « ils m'ont pas forcément félicité » « je pense qu'ils étaient contents »

De façon générale, la majorité des médecins coordonnateurs considèrent que l'appel de l'EHPAD pour demande de visite n'est pas perçu comme quelque chose de positif, et si le médecin coordonnateur prend la main et leur évite un passage, c'est souvent apprécié.

p4 : « ils ont aucune envie de venir »

4 Une relation peu modifiée par la crise

4.1 Le statu quo

La grande majorité des médecins coordonnateurs interrogés disent ne pas avoir observé de modification dans leurs relations avec les médecins généralistes, après la crise sanitaire. Le lien ne s'est pas modifié et les médecins sont *"revenus comme avant" (p4)* dans les établissements où les visites s'étaient interrompues.

p2 : « Bah non y'a pas eu de changement. »

4.2 Un nouvel équilibre à trouver

Les médecins coordonnateurs ont été en première ligne dans la gestion de l'épidémie de covid de leurs établissements, parfois sans appui des médecins généralistes. Ils ont pour certains assuré une grande part de la prise en charge médicale pendant ces périodes. Un médecin a expliqué que des confrères lui laissaient aujourd'hui plus de responsabilités dans le suivi médical de leurs patients, alors même qu'il cherchait au contraire à reprendre ses distances et retrouver son rôle de coordonnateur.

p6 : « ils me laissent plus la main, alors que moi au contraire j'essaie un peu de leur redonner »

4.3 Un espoir d'amélioration

Quelques médecins ont eu l'impression que les relations avec une partie de leurs confrères se sont renforcées à travers cette crise. L'un parle même d'avoir gagné une forme de reconnaissance de leurs capacités, de se sentir *«un petit peu plus légitime» (p8)*. Ils ont l'impression de s'entendre *« mieux maintenant que avant le covid » (p6),* notamment grâce à des échanges plus fréquents pendant la crise, à travers différents modes de communication.

p8 : « ça a peut-être rapproché un petit peu le lien » « peut-être qu'ils ont vu qu'on était capable de gérer une situation de crise, peut-être qu'ils ont vu qu'on était capable de prendre des décisions pour l'ensemble de nos établissements.»

Certains médecins coordonnateurs ont l'espoir de voir évoluer les relations après cette crise. La qualité et la quantité des échanges qui s'étaient améliorés initialement, ne l'ont malheureusement pas toujours été de façon durable. Un médecin coordonnateur a l'impression d'avoir pu laisser transparaître un besoin de soutien de la part de ses confrères, au décours de cette épreuve.

p5 : « J'attends que ça change, en tout cas j'attends le retour et le… je pense que là ils ont un peu plus répondu parce que je, je leur ai dit à tous que je m'étais sentie très seule. »

V Le médecin coordonnateur, capitaine du navire ?

1 Une vision humaniste

La majorité des médecins du panel utilisent le terme résident, plutôt que patient, pour parler des personnes vivant dans les EHPAD dans lesquels ils travaillent.

Plusieurs d'entre eux évoquent une approche centrée résident, *"une médecine de l'individu" (p7)* avec leur bien-être au centre des préoccupations. Un médecin parle des visites en EHPAD comme "*une petite bouffée d'oxygène"* parce que *«les gens sont biens» (p1)*.
Le camp des médecins coordonnateurs *«c'est celui des résidents» (p5)*. Là où on pourrait considérer qu'à la dernière étape de la vie, il n'y a plus de projets à construire, ils en voient l'intérêt et cherchent à encourager *"une vie au sein des établissements" (p8)*.

p7 : « Y'a un truc qui m'a intéressé dans la démarche médecin co, et médecin gérontologique, c'est que c'est une… vision que j'appelle humaniste et pluridisciplinaire où on est sensé mettre le résident au centre des préoccupations »

Les médecins coordonnateurs perçoivent une responsabilité envers les résidents de leurs EHPAD, notamment en termes de suivi médical et de soins. Que ce soit en leur qualité de médecin traitant pour ceux qui ont la double casquette, où uniquement de médecin coordonnateur.

p3 : « si je m'en vais, qui va reprendre, qui va s'occuper de mes patients. C'est pour ça que j'ai continué à venir ici. »
p8 : « sur l'éthique je peux pas, je peux pas dire au résident hmhm je suis médecin mais débrouillez vous »

2 Une relation privilégiée avec les équipes et les résidents

2.1 Une vue de l'intérieur

Le médecin coordonnateur *"vit dans l'EHPAD" (p5, p6)* et est intégré à l'équipe de soin, de façon durable. Ils ont une vision "de l'intérieur de l'EHPAD" (p5), qui leur permet de connaître les résidents, de par leur position privilégiée auprès des résidents eux-mêmes, des soignants, mais aussi par leur présence régulière.

p1 : « L'avantage que j'ai en tant que médecin coordonnateur, c'est que, c'est d'être là tous les matins. C'est que je lis les transmissions, tous les matins. Que je vois donc, qui va bien et qui ne va pas bien. Donc je marque ça sur un petit papier, et on en discute avec les infirmières. »

2.2 Un interlocuteur de choix pour les équipes soignantes

Le médecin coordonnateur est une source d'informations et de formation pour les équipes soignantes. Il s'agit d'une de leurs missions. Mission qui a pris une ampleur supplémentaire à travers la crise sanitaire du covid19 avec un besoin des équipes nettement majoré, afin de protéger résidents et personnel soignant. Cela passait par l'application de protocoles spécifiques qu'il fallait au préalable établir et expliciter.

p2 : « je donnais à toute l'équipe, tous les lundis, des informations qui n'étaient pas forcément encore diffusées dans la presse et donc ils étaient très intéressés, ils comprenaient mieux le comment et le pourquoi de ce que je proposais, de ce que je faisais. »

Le travail d'équipe entre soignants et médecin coordonnateur peut également être source de soutien psychologique, de réassurance, et ce pour les deux parties.

p6 : « au niveau de l'équipe y'a eu euh un bel élan de la part de l'équipe, qui a soutenu le médecin co et l'infirmière co qui se retrouvaient sans direction. »

2.3 Une position parfois problématique pour les médecins généralistes

En cas de mauvaises relations entre les infirmières et un confrère libéral, les infirmières peuvent peser négativement sur les relations entre les médecins généralistes et le médecin coordonnateur, impactant potentiellement leurs patients également. Le coordonnateur est vu comme faisant partie de l'équipe de l'EHPAD, « nous contre eux. »

p6 : « elles m'ont dit, ah ouais mais si c'est jamais c'est un patient du Dr Untel ou du Dr Untel euh vous le prenez pas en visite de pré admission. »

Plutôt que de tenter de contacter le médecin traitant, il est plus simple pour les infirmières de demander au médecin coordonnateur, qui est sur place et connaît lui aussi les résidents, d'intervenir. Il peut être vu, à tort, comme *«le médecin du service» (p8).* Le raccourci est alléchant mais sort de la boucle le médecin traitant, et peut perturber les relations confraternelles. Il détourne également le médecin coordonnateur de ses missions initiales qui se retrouvent alors reléguées au second plan par manque de temps.

p6 : « Et même pour les infirmières du coup ça en devient compliqué parce que y'a des trucs qu'elles ont tendance à me noter, elle me dit, elle me demande de le faire, on sait elle et moi que si je le fais…ça va simplifier la situation, et en même temps c'est pas ça la procédure. »

3 Le médecin de l'établissement

3.1 Un médecin de substitution ?

Il n'y a pas de consensus, parmi les médecins du panel, les avis sont partagés concernant une position de médecin de substitution du médecin coordonnateur dans l'EHPAD.

Certains médecins disent n'avoir pas de problèmes à se substituer au médecin généraliste si nécessaire, notamment en cas d'urgence ou d'absence de leurs confrères, tel que le prévoit la loi. Les absences ayant été plus nombreuses au cours de la crise sanitaire, les médecins coordonnateurs ont été amenés à intervenir de façon plus fréquente en termes de suivi médical. Ils ont également dû prendre des décisions plus délicates, comme celle de passer en soins palliatifs.

*p1 **: «** je me suis substitué aux médecins traitants pour voir les patients. Alors, ceux qui en avaient besoin bien évidemment, sans problèmes »*
p6 : « souvent je gère le problème et je les appelle, ou je les appelle pas parce que globalement euh en général ils me font jamais le moindre reproche »

Quelques médecins considèrent qu'ils doivent garder leur rôle de coordination avant tout, et ne pas se substituer aux médecins généralistes. L'un d'entre eux insiste sur le fait que pour lui l'EHPAD est un *«un lieu de vie où on est soigné » (p7)*, ce qui va à l'encontre d'avoir un médecin sur place pour soigner comme à l'hôpital.

p7 : « vous êtes dans un immeuble, vous allez pas demander au médecin qui passe d'aller faire les ordonnances de tout le monde »

Il y a une certaine ambivalence quant aux capacités de prescriptions des coordonnateurs car malgré une opposition à se substituer aux médecins généralistes, un des médecins estime pouvoir prescrire si l'état sanitaire le demande, mais aussi s'il pense que le diagnostic posé par le généraliste est erroné.

p7 : « donc je me suis permis là, de prescrire, et je vais l'informer », « moi je considère que pour protéger l'établissement, j'ai peut-être un rôle… prédominant. »

Les autres médecins du panel souhaiteraient ne pas avoir à prendre une position de prescripteur. Ils ne préfèrent pas se substituer aux généralistes mais, d'un point de vue déontologique, se refusent à laisser les résidents dans le besoin en termes de soins. Il s'agit d'un *«équilibre très très dur à trouver» (p9)*

p8 : « on est forcément à un moment donné, euh un moment ou un autre… attendu sur du soin quand même, même si ça fait pas partie de nos prérogatives on en fait forcément quoi »

3.2 Une position isolée

Les médecins coordonnateurs disent majoritairement travailler seuls dans l'EHPAD.
Pour plusieurs il s'agit d'un poids. Les prises en charge complexes et les fins de vie peuvent être psychologiquement plus lourdes à gérer. Un des médecins dit en avoir pris l'habitude (p1). La majorité cependant a un vécu de cette solitude assez négatif.

p4 : « à l'EHPAD de toute façon t'as pas le choix, t'es tout seul »

La mise en place d'un soutien avec un confrère libéral pendant la crise sanitaire n'a été évoquée que dans une situation, après que la contrainte psychologique subie ait suffisamment pris d'ampleur pour risquer la rupture. D'autres n'ont pas pris en considération ce choix, de peur de ne pas recevoir une aide adaptée de la part de confrères.

p5 : « je suis restée un peu dans mon caca avec l'équipe et euh je me suis dit de toute façon ça changera rien… » « je suis restée trop toute seule. Mais en même temps j'avais tellement l'impression qu'ils étaient à côté et qu'ils allaient pas m'aider du tout. »

Un des médecins dit qu'il n'a *"pas eu à paniquer non plus",* il n'a pas eu à se *"retrouver tout seul dans des situations gravissimes" (p9).* Il admet cependant que la situation sanitaire n'a pas été catastrophique dans les EHPAD concernés, il n'a donc pas été mis face à des situations de détresses respiratoires en chaîne ou de fins de vie difficiles.

3.3 L'assistance aux médecins généralistes

Un médecin explique que la visite en EHPAD est facilitée par l'aide des infirmières, le confort matériel de l'EHPAD, qui est presque comme au cabinet, et auquel il contribue *«cerise sur le*

gâteau » (p1) en offrant le café. Il ne voit pas ce qu'on pourrait faire de plus pour inciter les médecins généralistes à faire des visites en EHPAD, à part *« leur mettre des pom-pom girl à l'entrée » (p1).*

p1 : « ils ont des infirmières qui leur servent un peu de secrétaire, leur mâchent un peu le travail […] ils ont vraiment tout le confort moderne pour travailler »

Plusieurs médecins coordonnateurs disent essayer de seconder les médecins généralistes dans leur prise en charge médicale.
Cela peut consister en une assistance à la tenue des dossiers pour les généralistes qui n'utilisent pas les logiciels informatiques, proposer des conduites à tenir avec des arbres décisionnels en cas de covid, mettre à leur disposition les protocoles possibles sur l'établissement, ou bien encore étudier si les médicaments des résidents sont écrasables.

p3 : « Elle fait ses ordonnances à la main et après moi je passe derrière pour enregistrer l'ordonnance dans le logiciel pour qu'il y ait quand même une traçabilité [...] sinon elle met rien dans les dossiers. Donc de temps en temps je mets un petit mot. » « C'est moi qui scanne tous les dossiers, tous les comptes-rendus d'hospitalisation »

Un seul médecin coordonnateur a parlé de supervision du travail des généralistes, admettant qu'il demandait parfois des avis spécialisés lorsqu'il n'était pas d'accord avec le diagnostic retenu par le confrère généraliste.

p7 : « je, supervise. » « J'avoue que j'étais pas convaincu par le diagnostic [...] je me suis permis de demander un, un avis dermatologique »

3.4 Le respect des prescriptions des médecins généralistes

Une partie des médecins du panel disent respecter les décisions de leurs confrères ainsi que leurs prescriptions, même en cas de désaccord. Ils les laissent *«prendre leurs responsabilités »* en tant que médecin traitant.

p6 : « c'est son patient et il décide hein. Je suis bien obligée de respecter son choix »

Cela ne fait cependant pas l'unanimité puisque certains estiment qu'en cas de problématique sanitaire pour l'établissement, il est de la responsabilité du coordonnateur de prendre des décisions pour l'ensemble des résidents, en accord avec les directions d'établissement.

3.5 La coordination, parfois au second plan

Pour un tiers des médecins du panel, leurs missions de coordination sont parfois reléguées au second plan par manque de temps.
Notamment dans les EHPAD ruraux des déserts médicaux où il est difficile de trouver des médecins généralistes, le médecin coordonnateur peut avoir la double casquette de médecin traitant pour un grand nombre de résidents, éclipsant alors au moins partiellement ses missions de médecin coordonnateur.
Bien que ne cherchant pas à être des médecins de substitution, les missions propres des médecins coordonnateurs *«sont un peu survolées par moment» (p9),* notamment lorsqu'il

faut trouver du temps pour la cellule de crise pendant le covid, la formation et l'information des équipes, puis le dépistage des résidents, des soignants, et la vaccination.

p6 : « j'ai vraiment conscience là sur ce site là d'être euh, par rapport au nombre de missions que je suis censée faire dans la journée, de pas y arriver. » « Normalement faudrait que je fasse le recueil des chutes, la prévention de la dénutrition, surveiller les poids de façon hebdomadaire et que de, enfin de façon mensuelle. Des trucs que je faisais avant, que je ne fais plus.»

Un médecin déclare garder fermement son rôle de coordination.

p7 : « Nous sommes des conseillers médicaux auprès de la direction de l'établissement. »

Certains médecins coordonnateurs sont moins intéressés par le versant administratif de leurs fonctions et le considèrent plus volontiers secondaire.

*p4 : « Moi ça me gonfle un peu ces histoires là. C'est un peu… artificiel je trouve mais bon… C'est * soupir*… quand il faut il faut »*

4 L'évolution de son rôle pendant le covid

Quelques médecins coordonnateurs estiment que les rôles n'ont pas été modifiés par la crise sanitaire.

p1 : « Les rôles sont restés les mêmes oui.»

Mais leur rôle a pour la majorité évolué pendant la crise sanitaire. La gestion sanitaire d'urgence est passée au premier plan. Ils ont pour certains augmenté leur temps de présence sur l'EHPAD. Ils ont participé à des réunions régulières pour prendre les mesures appropriées et établir des protocoles adaptés.

p8 : « on se réunissait toutes les semaines en audio, donc l'ensemble des cadres, les deux médecins co, les directeurs »« [en parlant de son rôle] il a été très différent à ce moment là »

Un médecin admet avoir augmenté un peu son temps de présence sur l'établissement, sans pour autant que cela modifie son rôle sur le fond, déjà très axé sur les soins. Étant dans un désert médical, la charge de travail a simplement augmenté pour lui.

p3 : « j'ai essayé de venir plus souvent »

Plusieurs médecins se sont retrouvés seuls à gérer le suivi médical, notamment des patients covid, à un moment donné pendant la crise sanitaire, en l'absence des médecins généralistes.

p4 : « Je dois m'occuper de tout »

Un des médecins s'est organisé secondairement pour avoir l'appui d'un médecin généraliste de façon régulière, de façon à pouvoir travailler en binôme et pouvoir ainsi avoir une présence médicale renforcée sur l'établissement.

p6 :« je me suis organisée avec un autre médecin qui du coup euh en fait sur cet établissement, 5 jours sur 7 y avait une présence médicale, qui faisait la visite des patients covid, qui voyait les problèmes »

Une partie des missions du médecin coordonnateur a été mise en suspens pendant la crise sanitaire. Les projets en cours sur les établissements ont été mis en *"stand-by" (p8),* ainsi que les évaluations de soins requis (coupe PATHOS).

p6 : « du coup la coordination en fait je la fais pas. Je fais que de la gestion d'urgence et de la gestion de covid, et de protocoles qui changent et l'anxiété des familles »

Pour un des médecins qui débutait au poste de coordination, cela a permis de le conforter dans sa position, auprès de la direction notamment. Des nombreux échanges avec l'ARS, la directrice administrative et le conseil de l'ordre ont découlé un sentiment de reconnaissance pour le poste exercé.

p3 : « ça m'a permis d'asseoir ma position, sans imposer, sans exiger. »

5 Les tâches administratives

5.1 La lourdeur administrative

Presque la moitié des médecins coordonnateurs estiment pesant le côté administratif de leur poste, de par le temps nécessaire et la pénibilité des tâches.

p1 : « c'est parfois très pénible, notamment parce qu'on a une charge administrative à certains moments de l'année » « plus ça va et plus on passe de temps à faire de l'administratif »

5.2 La hiérarchie

La très grande majorité des médecins coordonnateurs a évoqué les potentielles difficultés posées par le fait de travailler dans une structure hiérarchique avec, au dessus, la direction de l'établissement, mais aussi l'ARS, avec qui il faut composer.
Les directives ont beaucoup changé pendant la crise sanitaire, avec certaines mesures anticipées par les établissements, mais aussi des consignes inattendues, à faire comprendre et accepter des équipes.
Ils ont parfois eu l'impression d'être *« enseveli sous les nouvelles directives » (p2)* et de ne pas toujours être soutenus par ces hiérarchiques.

p1 : « il faut rendre des comptes » « il faut suivre des protocoles, des machins, des trucs » « tout est décidé d'en haut, et vous ne pouvez pas appliquer des choses qui vous paraissent sensées »

L'ARS a, dans certains cas, été jugée *«complètement aux abonnés absents » (p3)*.
Dans un des EHPAD, c'est la directrice qui est partie, laissant le médecin coordonnateur en porte-à-faux en cas d'incident.

Un seul médecin a perçu un réel soutien de la direction d'un établissement.

p6 : « on avait une direction qui était très bienveillante, qui s'est mis en astreinte de week-end […] qui a fait beaucoup de communication pour rassurer tout le monde »

5.3 Des protocoles jugés nécessaires

Les protocoles mis en place facilitent le travail des équipes soignantes et sont rassurants pour les médecins coordonnateurs comme pour le personnel de l'EHPAD. Il s'agit d'un cadre qui peut sembler rigide, voire inutile, pour les libéraux, mais qui est un besoin pour le bon fonctionnement de l'EHPAD. Il leur permet d'avoir des consignes claires de prise en charge des résidents, parfois même à l'échelle d'un territoire lorsque ces protocoles sont harmonisés sur les établissements d'un groupe.
De nouveaux protocoles ont été rédigés pour lutter contre l'arrivée du covid, mais aussi, en préparation de l'éventualité dans laquelle des cas de covid apparaîtraient dans l'EHPAD. L'anticipation leur a permis de se sentir prêts à faire face à l'épidémie.

p5 : « Elle m'a filé les protocoles, les machins, tout ce qu'elle avait pu mettre en place. Donc je me disais au niveau médical, bon j'ai des biscuits, je vais m'en sortir »
p8 : « Les protocoles morphine hypno même étaient prêts dès mi-avril »« Ça me libère, pour les filles, une possibilité d'intervenir en votre absence. »

VI Des échanges distants

1 L'absence aux commissions de coordination de gériatrie

Plusieurs médecins coordonnateurs évoquent avec fatalité l'absence de leurs confrères généralistes aux commissions de coordination, et ce malgré les efforts fournis pour les y attirer, en variant les horaires des réunions, en proposant des thèmes innovants tels que la téléconsultation, ou en proposant des échanges en visioconférence. Ils réitèrent malgré tout les invitations, tous les ans. Leur absence est perçue comme étant liée à un manque de temps, mais aussi par manque d'intérêt porté à l'EHPAD et aux résidents. Les coordonnateurs ont parfois l'impression qu'«ils *n'en ont rien à cirer » (p4),* hors exception de quelques rares médecins répondant présents.

p6 : « j'ai fait une réunion, une commission de coordination gériatrique, donc j'ai invité tous les médecins, ce midi, entre 13 et 14h, donc c'est quand même pas la pire des heures, en visioconférence [...] y'avait personne »
p8 : « on a essayé plusieurs modes honnêtement ça fonctionne pas quoi. Parce qu'ils viennent pas, parce que l'EHPAD c'est pas intéressant»

Dans un des établissements du panel, le confrère généraliste assiste aux commissions de coordination et c'est un point positif pour le médecin coordonnateur car, se croisant peu le reste du temps, c'est l'une des seules occasions qu'il a d'échanger directement avec celui qui assure le suivi de l'autre moitié des résidents de cet EHPAD rural.

p3 : « On se voit très peu finalement, sauf quand je fais ma petite réunion, [...], il vient. Voilà, bon, c'est l'occasion d'échanger, de, de ce qu'il soit au courant de ce qui est mis en place etc. »

2 Des échanges indirects

2.1 La communication via les infirmières

En cas de problème pour un patient, ce sont très souvent les infirmières qui alertent le médecin traitant, parfois par défaut de temps du médecin coordonnateur ou tout simplement parce qu'il n'est pas présent à temps plein sur l'établissement. La communication peut ensuite transiter par le répondeur ou le secrétariat, avant d'arriver jusqu'au généraliste.

p1 : « Les infirmières étaient là présentes pour appeler le médecin. C'est pas moi qui faisais. C'était les infirmières. »

L'urgence ressentie par les infirmières peut varier, notamment en fonction de son expérience professionnelle, et sembler inadaptée à un médecin. Ainsi, un des médecins généralistes travaillant avec un des coordonnateurs du panel s'est plaint que les infirmières le sollicitaient sans notion d'urgence appropriée.

p2 : « soit on l'appelait pour rien, soit on l'appelait pas alors que c'était important »

2.2 La communication via les internes en médecine

Les jeunes médecins en formation de médecine générale faisant les visites en EHPAD peuvent avoir un regard nouveau sur les résidents, et permettre une ouverture, sur certains sujets qui pouvaient sembler clos jusqu'alors, avec les médecins traitants. Le médecin du panel ayant soulevé ce point était initialement ambivalent quant à l'intervention d'internes qui ne connaissaient pas les résidents, mais de façon surprenante pour le coordonnateur, cela lui a permis d'avancer sur des prises en charge jugées problématiques, pour lesquelles les discussions n'avaient pas été possibles avec les médecins généralistes de façon directe.

p5 : « avec la particularité pour certains d'envoyer leurs internes […] ça me permet de débloquer des trucs »

2.3 La communication via des documents

Les communications peuvent prendre la forme de documents rédigés par les médecins coordonnateurs, laissés à la disposition des généralistes dans les établissements. Ils peuvent alors y accéder librement lors de leurs passages. Il n'y a cependant pas de certitude quant à leur lecture ou non. Il s'agit d'un vecteur d'information plutôt unidirectionnel, peu occasion d'échanges sur le sujet traité.

p2 : « J'ai fait en sorte que les nouveaux protocoles, en particulier vis à vis du covid, soit dans la pochette qui est à la disposition des médecins, à côté de l'ordinateur. »

Un des médecins envoie à présent des mails aux médecins généralistes, afin d'être sûr de la transmission de l'information, même s'il n'y a pas de réponse de leur part à réception. Quelques retours positifs ont été notés à la suite de ces mails.

p6 : « le fait d'envoyer des mails généraux, même s'ils me répondent pas, au moins je, moi je dis qu'ils les ont reçus. »

2.4 Les communications téléphoniques

Plus de la moitié des médecins coordonnateurs disent appeler les médecins généralistes pour échanger, par téléphone, lorsqu'ils en ont le temps, et d'autant plus quand les situations à traiter sont complexes, comme dans le cas des accompagnements de fin de vie. Il serait plus simple dans ces situations d'avoir un numéro direct pour joindre le praticien et ce n'est pas toujours le cas.

p6 : « des prises en charge de patients des fois qu'étaient un petit peu compliquées où du coup bah je les appelais moi directement »

Quelques-uns des coordonnateurs du panel jugent que les échanges directs facilitent clairement la communication. Le niveau supérieur serait de pouvoir les rencontrer plus fréquemment.

p6 : « y'a vraiment cette histoire d'échange de médecin à médecin en direct, c'est tellement plus facile »

3 L'organisation des soins, peu source d'échanges

Pour la très grande majorité du panel, il n'y a pas eu d'échanges notables concernant l'organisation des soins pendant la crise sanitaire. Ils n'ont pas eu de retours négatifs ou positifs de la part des médecins généralistes, dans les établissements où il y a eu des cas de covid, comme dans les établissements épargnés. L'organisation des soins primaires n'a pas été l'objet de discussions, même au plus fort de la crise sanitaire.

p1 : « Je n'ai pas eu de retours négatifs, par contre je n'ai pas eu non plus de retours positifs. »
p5 : « Ils m'ont pas dit euh t'es cinglée euh nous on veut continuer à suivre nos patients ou ah bah non je suis pas d'accord du tout je viens. »

Un des médecins coordonnateurs a eu de vifs échanges initialement avec les généralistes. Ces échanges ne concernaient cependant pas leurs visites, ils découlaient d'une incompréhension vis-à-vis des mesures barrières mises en place, avec le port du masque, l'arrêt des visites des familles, à un moment où le virus et ses conséquences étaient encore mal connus.

p8 : « qui trouvaient pas ça normal qu'on ferme si tôt. Qui trouvaient pas ça normal qu'on demande à tous nos personnels de mettre des masques »

Un seul d'entre eux a eu des retours négatifs après le confinement, avec l'expression d'un sentiment d'exclusion du suivi de leurs patients, de la part de quelques médecins traitants.

p6 : « y'en a une autre aussi qui s'est un peu vexée en disant, bah finalement quand c'est la crise vous êtes capables de vous en sortir tout seul donc à quoi ça sert qu'on vienne ?»

4 Un espoir avec le développement de différents modes de communication

La majorité des médecins coordonnateurs du panel a trouvé un nouveau support de communication et d'entraide pendant la crise sanitaire. Support qu'ils ont largement investis

avec la formation de groupe d'échanges sur messagerie instantanée et l'utilisation de la visioconférence pour des formations ou des groupes de pairs. Le soutien fourni était à la fois moral et technique, une façon de rompre l'isolement dans leurs structures respectives et d'harmoniser les prises en charge. Il a été utilisé à l'échelle du département avec un groupe des médecins d'Eure-et-Loir et un groupe formé entre les médecins coordonnateurs à une échelle plus vaste sur le territoire national. Le lien entre les médecins s'est renforcé grâce à ce nouvel outil numérique, ils sont pour beaucoup devenus *« un peu plus connectés » (p2)*.

p2 : « Ça construit, ça enrichit nos réflexions et ça modifie parfois la façon dont on a de gérer au quotidien. »
*p5 : « mon seul point d'accroche c'était la liste, la liste WhatsApp où je sentais que S était dans le caca à B, je me disais t'es pas toute seule » « Grand moment de solitude, groupe WhatsApp tchou tchou tchou tchou tchou * mime le fait d'écrire sur son téléphone* […] j'ai un de mes confrères de ville qui me demande d'enfermer une des résidentes, je fais quoi ? »*

Un des médecins a créé une mailing liste propre aux médecins généralistes travaillant sur son EHPAD, pour leur communiquer certaines informations spécifiques à la prise en charge gérontologique notamment. Cette démarche semble appréciée des confrères libéraux, les premiers retours ayant été positifs.

p6 :«Et donc A m'a renvoyé en disant, ah merci beaucoup chère consœur euh ces documents sont très intéressants et ils méritaient une ouverture plus importante, euh c'est une chance d'avoir un patient dans votre établissement.»

5 Des réfractaires aux nouvelles technologies

5.1 Des réfractaires parmi les médecins généralistes

Quelques médecins généralistes sont réfractaires à l'utilisation de l'informatique et donc du dossier médical informatisé. Pour ceux qui *« refusent de toucher à un ordinateur » (p3),* ce sont les infirmières, les médecins coordonnateurs ou encore les cadres de santé qui alimentent les dossiers médicaux pour assurer une traçabilité et le bon suivi des résidents.

p2 : « y'a toujours des médecins qui sont des irréductibles gaulois, réfractaires à la moindre euh, à la moindre progression. »

5.2 Des réfractaires parmi les médecins coordonnateurs

L'adhérence à l'utilisation d'outils informatiques est inégale chez les médecins coordonnateurs également. Un des médecins coordonnateurs dit ne pas utiliser de messagerie informatique. Un autre médecin du panel évoque une réticence à l'utilisation de la télémédecine.

p7 : « Je suis pas… j'écris pas de mails. Je suis un vieux de la vieille. »

VII Des interrogations autour de la création d'un poste de médecin prescripteur

1 Les problèmes de recrutement

La majorité du panel estime que la démographie médicale actuelle, notamment sur le département de l'Eure-et-Loir dont certaines zones rurales sont peu attractives pour les jeunes actifs dont les médecins, est un frein majeur à la question d'un médecin prescripteur au sein des EHPAD. La création de postes de médecins de soin dans les EHPAD a été proposée par les gériatres dans leur manifeste en préparation du Ségur de la santé. Les médecins coordonnateurs l'avaient pour certains déjà envisagé sans réussir à recruter de médecins. Il leur semble donc utopique aujourd'hui d'y parvenir, alors même que le manque de médecin en libéral se ressent jusqu'au cœur de Chartres, où peu de médecins acceptent de nouveaux patients.

p3 : « Attend faut le trouver le médecin statutaire. C'est un autre souci. Déjà que les hôpitaux ont du mal à recruter… alors venir s'enfermer à l'EHPAD de X… au fin fond du Perche euh pfft bon courage pour trouver un médecin. »

Un des médecins estime cependant que le recrutement est possible si le salaire est attractif.

p9 : « avec la paye, c'est faisable, demain. »

La problématique de recrutement pourrait trouver une réponse avec les médecins étrangers dont le diplôme a été reconnu par l'Ordre des médecins. La gestion d'un cabinet libéral en France peut poser des difficultés, en termes de gestion administrative et comptable. Les médecins étrangers n'en ayant pas toujours conscience se retrouvent parfois en difficulté financière. Ils peuvent donc voir un avantage à une forme de salariat.

p2 : « -en parlant des médecins PADHUE- je pense qu'ils cherchent à avoir un poste en salariat oui, tout à fait. Parce que gérer le libéral, euh, je suis pas sûre. »

2 Quelle place pour le médecin généraliste

La présence d'un médecin de soin, aux côtés du médecin coordonnateur dans l'EHPAD, remet en question la place du médecin traitant auprès des résidents, et ne fait pas consensus auprès des médecins du panel.

Un des coordonnateurs estime qu'il serait difficile de trouver sa place en tant que médecin traitant si un médecin de soin intervenait sur l'établissement. Il reviendrait à *«passer derrière l'autre» (p1)* et donc sans intérêt.

p1 : «je sais pas si c'est une bonne chose… En tout cas moi ça me gênerait. »

Plusieurs médecins s'accordent pour dire que les généralistes n'auront plus besoin d'intervenir, ou presque, en EHPAD, si de tels postes étaient créés. Ils seraient en mesure de répondre à la majorité des besoins de suivi médical quotidiens, à l'instar du médecin hospitalier.

p3 : «je pense qu'ils règleraient quasiment 80 % des, des pathologies, des problèmes… du coup le médecin généraliste n'aurait même plus besoin d'intervenir. C'est comme si on avait un médecin hospitalier quoi en quelque sorte. »

La rupture du lien particulier entre le résident et son médecin de famille serait regrettable, mais il s'agit du *«seul petit inconvénient » (p9).* Le médecin traitant se verrait finalement « libéré» d'une charge de travail (p8).

Quelques médecins coordonnateurs imaginent que le poste de médecin de soin pourrait être scindé en plusieurs petits équivalents temps plein, ce qui permettrait aux généralistes intéressés de continuer à travailler de façon régulière dans l'EHPAD. Cela serait une façon de réduire le nombre d'intervenants, facilitant la communication et l'intégration du petit nombre restant à l'équipe soignante de l'EHPAD.

p6 :« j'ai un confrère qui a fait ça sur un EHPAD avec un temps de médecin co qui doit être à peu près un mi temps de médecin co et puis il a trois médecins qui viennent chacun une matinée par semaine [...] ils viennent de façon fixe, ils sont payés à la demi-journée, et du coup bah les infirmières gèrent un petit peu avec eux. »

Un des médecins coordonnateurs souligne que le droit au libre choix de son médecin des résidents doit être respecté. Il pourrait être mis en péril si la présence d'un médecin prescripteur était associée à une exclusion des médecins généralistes libéraux des soins primaires dans l'EHPAD, comme dans les USLD. La présence du médecin traitant libéral doit être acceptée si tel est le choix du résident.

p2 : « il faut que le libre choix du patient soit respecté. C'est à dire que si ils veulent garder leur médecin et que leur médecin veut bien se déplacer, il faut pas qu'on leur impose ce médecin là. »

3 Un bénéfice incertain

Un tiers des médecins coordonnateurs du panel estime inutile la création de ce poste. La charge de travail est jugée insuffisante pour justifier la présence régulière d'un médecin prescripteur sur l'établissement. Les médecins coordonnateurs, ayant souvent une casquette de médecin traitant d'un certain nombre de résidents, se disent capables de prescrire eux-mêmes si besoin.

p1 : « je me suis toujours débrouillé tout seul euh… En 37 ans de médecine en étant libéral j'avais pas besoin qu'on ait euh quelqu'un qui me tienne le stylo pour faire les ordonnances » « Franchement le médecin prescripteur ça servait strictement à rien »

L'EHPAD est avant tout un lieu de vie pour un des coordonnateurs qui redoute de le voir se transformer en structure hospitalière, à l'instar des USLD si un médecin y était présent quotidiennement.

p7 : « si on retourne vers le médecin de soin, le truc, je crains qu'on retourne, en arrière, vers le lieu de soin où on vit. »

Un des médecins du panel n'envisage pas un poste unique car un fonctionnement en binôme avec le médecin coordonnateur ne permettrait pas de solution de repli en cas

d'absence, mettant donc en péril le suivi médical des résidents. Cela nécessiterait donc la formation d'une *«équipe solide» (p9)* avec plusieurs médecins assurant la pérennité de la prise en charge médicale.

p9 : « Quand ça repose que sur deux médecins pour tout une prise en charge… deux ou trois… c'est le point faible je trouve du système. »

4 Les intérêts perçus

Plusieurs médecins coordonnateurs estiment qu'il pourrait y avoir un intérêt à avoir un médecin dédié au soin, en termes de charge de travail, sur les grosses structures d'hébergement. Les médecins coordonnateurs pourraient remplir leurs fonctions *«plus tranquillement» (p2)* sans avoir à pallier aux absences de leurs confrères généralistes libéraux.

p3 : « c'est sur que sur un EHPAD comme celui de X, il aurait de quoi s'occuper. Clairement. »
p8 : « sur 80 ou 100 lits, un 0,6 ça me semble pas déconnant, ouais, c'est sur. »

Un des médecins coordonnateurs préférerait toutefois que l'aide soit plutôt du côté des tâches administratives.

p1 : « Si ils nous délivrent de tout le travail administratif »

Le salariat peut être attractif pour des médecins généralistes qui souhaiteraient s'affranchir de la gestion d'un cabinet libéral et d'une comptabilité parfois complexe. Il pourrait être un avantage notamment pour les médecins étrangers dont le diplôme a été reconnu en France, qui peuvent être dépassés par ces problématiques administratives.

p2 : « il vaut mieux qu'ils soient salariés, pour exercer dans leur spécialité et qu'ils n'aient pas à gérer le côté administratif pur »

Un tiers des médecins du panel voit un intérêt au salariat d'une équipe de médecins traitants, prescripteurs, en termes de qualité des soins. Il s'agirait pour eux d'avoir des passages fixes, réguliers, de ces médecins, qui seraient alors intégrés de façon plus importante à l'équipe de soin et qui deviendraient des interlocuteurs privilégiés pour les infirmiers, aides-soignantes et autres paramédicaux. Les médecins coordonnateurs sont persuadés qu'ils feraient alors *« du super bon boulot » (p8)*, et que *« ça serait vraiment un gros plus» (p9)* pour le suivi des résidents.

p9 : « ne plus avoir en fait tous ces médecins traitants qui passent à l'EHPAD, mais plutôt avoir un système que de médecins salariés en fait [...] J'espère que ça va tendre vers ça »

Ces médecins pourraient compléter leur formation par une spécialisation en gériatrie, comme le font les médecins coordonnateurs, afin d'améliorer la qualité des prises en charge dans l'EHPAD.

p9 : « faut avoir au moins… une formation en gériatrie » « y'a une prise en charge particulière»

5 Travail en équipe vs libéral

Quelques médecins coordonnateurs pensent qu'il y aurait une redondance dans les rôles, qu'*"ils vont se marcher sur les pieds" (p4)*. Il serait difficile pour le médecin coordonnateur, qui est aussi le médecin traitant de résidents, et le médecin de soin de trouver leur place. Notamment car des médecins, habitués au libéral, ont plus l'habitude de travailler seuls.

p1 : « le prisme est un petit peu déformé, je suis libéral, je travaille tout seul. Je suis très bien tout seul. Je n'ai envie de personne. »

Ils s'interrogent malgré tout sur l'amélioration de la prise en charge que cela pourrait apporter.

*p1 : « Deux avis valent peut-être mieux qu'un… possible… peut-être. * silence * peut-être que j'ai tout faux, peut-être que la prise en charge serait meilleure. »*

La question de la personnalité des médecins est aussi un point abordé par les médecins du panel. Les avis sont mitigés quant aux bénéfices et aux risques liés aux différences de caractère au sein d'une équipe de soin. Il peut s'agir grâce à un travail régulier ensemble d'apprendre à composer avec les caractères de chacun, mais aussi un risque de conflit professionnel. Certains libéraux auront du mal à fonctionner au sein d'une équipe.

p1 : « Y'a qu'à voir ce qu'il se passe quand y'a des associés dans les cabinets médicaux […] ça ne se passe jamais bien parce qu'ils se battent après pour la couleur du papier toilette »
p6 : « on voit un petit peu la personnalité et en quoi la personnalité influence la prise en soin, et une fois qu'on se connaît bah on arrive à gérer ça. »

Pour les médecins coordonnateurs, l'intérêt d'avoir des médecins salariés est de pouvoir travailler en équipe avec eux, échanger et enrichir leur pratique. Il permet également de ne pas être seul face à des choix difficiles et pouvoir ainsi prendre des décisions collégiales.

p9 : « on pourrait à la fois échanger en équipe entre médecins, plus avec toutes les équipes de soins, et moi c'est ça qui m'a plu en fait dans le rôle de médecin coordonnateur. »

Il s'agit aussi de consolider les équipes de soin car les IDE peuvent être en difficulté dans les structures sans suivi médical régulier. Ce manque de soutien médical est un frein au recrutement d'IDE dans les EHPAD, notamment pour les jeunes diplômés sortant de l'école et manquant potentiellement de confiance et d'expérience.

p8 : « Pour nos équipes qui se font peur, qui sont seules, nos infirmières qu'on a du mal à recruter parce qu'à l'hôpital elles ont toujours un doc sous la main. Ici elles ont… soit la chance d'avoir quelqu'un qui répond au téléphone euh dans le meilleur des cas oh bah le médecin co sera là demain. »

VIII L'EHPAD du futur envisagé par les médecins coordonnateurs

1 Une présence augmentée du médecin coordonnateur

L'augmentation des équivalents temps plein des médecins coordonnateurs, voire des médecins coordonnateurs à temps plein sur les établissements serait un élément positif, pour un tiers des médecins du panel. Ils considèrent ne pas avoir suffisamment de temps pour réaliser correctement toutes leurs missions et pourraient alors faire un plus de soin d'urgence ou prendre plus de temps pour échanger avec leurs confrères libéraux.
Reste la problématique, ici aussi, du recrutement car tous les EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur d'une part, et d'autre part, il n'est pas toujours possible d'augmenter les ETP des médecins coordonnateurs en poste.

p8 : « je pense qu'il faudra augmenter nos temps de travail de médecin co en fonction du nombre de lits pour pouvoir gérer des problématiques médicales qui seront encore plus présentes qu'elles ne le sont aujourd'hui. »

Le poste de médecin coordonnateur n'est cependant pas toujours pris au sérieux par les médecins généralistes qui, à l'approche de la retraite, peuvent y voir un exercice requérant moins d'énergie et d'investissement. Un temps de présence plus important n'améliorerait alors pas nécessairement le bien-être des résidents.

p5 : « Le médecin co administratif qui finit sa carrière pfff… pour avoir un salaire euh puis laisser tomber son activité libérale, qui vient se cacher à l'EHPAD quoi, se mettre au chaud. Oh y'en a sûrement qui font du bon boulot mais… y'en a aussi qui sont pas très investis quoi. »

Autre problématique abordée par un membre du panel, que l'on retrouve dans la problématique du médecin de soin, la rupture de la relation médecin traitant – patient, si le médecin coordonnateur devenait aussi le prescripteur de l'EHPAD.

p6 : « le problème du médecin co prescripteur, c'est… ce passage relationnel euh familial, ou c'est les médecins qui me disent ça fait 35ans que je connais la dame… »

2 Vers une disparition des médecins coordonnateurs ?

Une majorité des médecins coordonnateurs s'interroge sur l'avenir de leur fonction, essentiellement à cause de la démographie médicale. Il est difficile de remplacer les départs et les postes restent aujourd'hui vacants dans certains établissements.

p3 : « ils auront de plus en plus de mal à trouver, à trouver des médecins co, avec tous les départs en retraite. »

Un médecin estime aussi que la hiérarchie de certains groupes et leurs tâches administratives deviennent de plus en plus pesantes. Cela pourrait être un frein au recrutement de nouveaux médecins coordonnateurs ou cause de départ de certains médecins déjà en poste.

p1 : « j'ai encore cette liberté, si je n'ai plus cette liberté, je crois que ça ne m'intéressera plus de faire ce métier »

3 Une ouverture des EHPAD et des médecins coordonnateurs vers l'extérieur

Des médecins coordonnateurs envisagent une ouverture des EHPAD et de leur travail vers l'extérieur.
Elle pourrait se présenter sous la forme d'une équipe mobile de gériatrie départementale, associant des médecins coordonnateurs qui auraient *"un pied à l'extérieur aussi" (p5),* ou encore sous la forme d'aides au maintien à domicile pilotées par les EHPAD qui pourraient devenir des *« centres de ressources » (p7).*

p7 : « pouvoir avoir des repas livrés, pouvoir avoir de l'infirmière… Voir ce qui manque dans le maintien à domicile, et pouvoir le fournir à partir de la base de l'EHPAD. Je pense que ça c'est… une des pistes de l'EHPAD de demain. »

4 Des difficultés de projection

La projection sur le fonctionnement médical des EHPAD dans 10 ans est difficile pour la majorité des médecins coordonnateurs du panel. Ils seront pour certains eux-mêmes à la retraite. Ils se disent donc moins enclins à se projeter vers ce futur, pas si lointain du point de vue d'une institution, mais qui l'est plus à échelle humaine. De plus, cette incertitude est majorée par la crise sanitaire récente.

p1 : « on vient de traverser une claque organisationnelle complètement différente. Ça a bousculé tout ce qu'on faisait, notre petite routine plan plan a été complètement bousculée donc euh j'avoue que je ne sais pas du tout comment ça va se passer »

Un des médecins coordonnateurs exerçant dans un désert médical est lui résigné. Il n'a pas d'espoir d'évolution favorable tant la situation est précaire d'un point de vue démographie médicale dans son secteur. La charge de travail engendrée est déjà aujourd'hui considérable à porter.

p3 : « Oh je pense qu'on sera sur le même mode de fonctionnement que maintenant. Je sais pas, je vois pas qu'est-ce qui pourrait évoluer dans le mode de fonctionnement des EHPAD, 'fin sur le plan médical »

5 Le développement de la téléconsultation ?

La téléconsultation avec les spécialistes et les médecins généralistes est également un élément qu'il pourrait être intéressant de développer dans le futur. Il pourrait permettre un accès à des avis spécialisés si nécessaire, moins anxiogène, mais aussi plus rapide et plus simple d'organisation pour les résidents des EHPAD et les équipes de soin.

p2 : « quand on peut tenter, c'est intéressant donc pour la cardio, pour la dermato, on peut faire des petites consultations à distance pour dire voilà on est embêtés qu'est-ce qu'on fait [...] j'aimerai vraiment beaucoup développer cette télémédecine. »

D Discussion

I Forces et faiblesses de l'étude

Le recrutement de médecins coordonnateurs connus de la directrice de thèse a pu représenter un biais de sélection. La constitution du panel a cependant cherché à maximiser la variabilité des profils des médecins interrogés et ne préjugeait pas d'affinités antérieures. Un biais de volontariat est également possible dans la mesure où les médecins contactés choisissaient de participer ou non à l'étude, choix qui pouvait être influencé par l'intérêt qu'ils portaient à l'étude et à la question de recherche. Un médecin du panel initialement imaginé n'a pas donné suite malgré plusieurs relances, il peut s'agir d'un biais de non réponse car son profil était différent des autres médecins du panel.

Un biais d'enquêteur a pu influencer les résultats de par l'inexpérience de l'interviewer dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés, et ce malgré un guide d'entretien s'attachant à la formulation de questions ouvertes.

Enfin, il est à noter que l'incidence de l'épidémie de covid19 a été variable dans les établissements d'Eure-et-Loir dans lesquels travaillaient les médecins coordonnateurs interrogés. Certains ont été durement touchés, avec de nombreux décès, alors que pour l'autre moitié il n'y a pas ou peu eu de cas. Ainsi, l'état d'esprit des médecins coordonnateurs était différent, de par leurs expériences et leurs émotions, qu'ils aient ou non du faire face au covid dans leurs établissements.

L'originalité de cette étude réside dans le fait qu'elle ait intégré l'épidémie de covid dans la représentation des soins primaires en EHPAD, du point de vue des médecins coordonnateurs. On aurait pu s'attacher à un recueil de la vision des médecins généralistes, cependant nombre d'entre eux sont moins intervenus pendant la crise sanitaire et la grande majorité des médecins coordonnateurs sont également médecins généralistes libéraux. Ils ont donc cette double casquette qu'il est parfois difficile de scinder. Les réponses des médecins coordonnateurs étaient, pour certains d'entre eux, avant tout des réponses de médecins généralistes, assumant leur part de responsabilité dans les soins primaires en ville ainsi que dans les établissements pour personnes âgées.

L'objectif de saturation des données a été atteint au bout de sept entretiens, les deux derniers entretiens ne retrouvant pas de nouveaux éléments.

La qualité des résultats peut être appréciée par la sincérité avec laquelle ont répondu les médecins lors des entretiens. Un langage varié a été utilisé, parfois même vulgaire, témoin d'échanges qui pouvaient être profonds et honnêtes.

p4 : « ça fait chier quoi »

Les médecins coordonnateurs ont pu librement s'exprimer, leurs émotions étant transcrites dans les verbatim de leurs propos associés aux rires, aux soupirs, aux silences, aux sarcasmes, aux grimaces, aux *« * larmes dans la voix * » (p5)*

p5 : « faut que j'arrête […] de pleurer dès qu'on en parle » « tu vas me faire ma psychothérapie là »

La durée moyenne des entretiens a été de 57 minutes, variant de 35 minutes pour le plus bref, à 1h29 pour le plus long.

La moyenne d'âge des médecins du panel est de 53,5 ans, soit un peu plus âgés que les 51,2 ans de moyenne d'âge des médecins actifs, toutes spécialités confondues, selon le rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au premier janvier 2018 (11). Bien que de faible effectif, le ratio homme-femme du panel est similaire à celui retrouvé dans cette étude puisque selon la DREES, 46 % des médecins sont des femmes et qu'elles sont majoritaires en dessous de 60 ans.

II Comparaison à la littérature

1 Le médecin généraliste, acteur important en EHPAD

Le médecin généraliste reste un acteur important au sein de l'EHPAD. Il est le médecin qui assure non seulement la continuité du suivi médical, mais également un repère dans la vie des résidents, avec une composante émotionnelle parfois plus que médicale. D'après Luez (12), l'intervention du médecin traitant de ville, en EHPAD, permet de ne pas couper toutes les racines de la personne, favorisant ainsi l'acceptation et l'adaptation au nouveau domicile. Ce « lien avec la vie d'avant » a été associé au médecin généraliste en EHPAD pour une majorité des médecins coordonnateurs de notre panel. Il représente un point d'ancrage pour le résident, mais aussi pour sa famille, avec laquelle il peut faciliter les échanges.

La confraternité voire même les relations amicales sont la norme, selon les médecins coordonnateurs, tel que le retrouve Dudzinski (13) dans sa thèse sur les relations entre MCO et MG. Ils respectent ainsi, le plus souvent, les volontés et les prescriptions des généralistes, reconnaissant leur rôle de médecin traitant, médecin de famille, auprès de leurs patients. Ces relations cordiales sont facilitées par l'expérience en médecine générale libérale des médecins coordonnateurs qui comprennent donc plus facilement les contraintes de leurs confrères libéraux.

Les missions des médecins coordonnateurs, parfois mal connues des généralistes et surtout peu reconnues, peuvent être source de tensions avec les médecins traitants. L'importance de maintenir un rapport confraternel, favorisant les compromis du fait de l'absence de contrat d'engagement est également notée. Le MCO se retrouverait en difficulté en l'absence des MG car il ne serait pas en mesure d'accomplir toutes ses missions en plus de celles du médecin traitant. De plus, le cadre légal actuel ne le lui permet pas (6). Il doit donc faire preuve de diplomatie, de crainte que le médecin généraliste ne se désengage du suivi du résident.

2 Une impression de désengagement du médecin généraliste vis à vis de l'EHPAD

Le médecin traitant doit être une présence immuable pour ses patients, du point de vue des médecins coordonnateurs. Il s'agit cependant d'une représentation parfois éloignée de la réalité. En effet, les médecins coordonnateurs perçoivent une forme de désengagement des EHPAD des médecins généralistes, certains ne souhaitant plus suivre leurs patients une fois ce changement de lieu de vie effectué.

2.1 Des freins à la visite en EHPAD qui persistent

Les freins à la visite du MG en EHPAD ont été étudiés dans plusieurs travaux de thèse (14)(15)(16). Comme le souligne Papet-Lépine (14), les pratiques et les conditions d'exercice des MG en EHPAD ne se sont pas améliorées entre 2010 et 2015. Il n'y a pas eu de bénéfice aux contrats de coordination avec les médecins généralistes, qui ont été écartés rapidement, de nombreux médecins traitants ne souhaitant pas les signer. Les problématiques restent aujourd'hui les mêmes en 2021: le manque de rémunération pour des actes jugés chronophages, la tenue du dossier médical avec des logiciels médicaux différents de ceux utilisés dans leurs cabinets, même si les EHPAD tendent à uniformiser leurs logiciels médicaux, et la dépendance des médecins aux paramédicaux dans le travail en EHPAD. Les IDE sont en effet les interlocuteurs principaux avec lesquels il leur est indispensable d'échanger (16). Les médecins généralistes cherchent donc à limiter au maximum leurs interventions en EHPAD.

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des besoins de visite à domicile, en EHPAD aussi bien qu'en cas de maintien à domicile. La plupart des MG refusent cependant d'augmenter leurs visites à domicile (VAD), et ce malgré le fait qu'ils les jugent eux-mêmes essentielles. Elles sont considérées comme étant chronophages et insuffisamment rémunérées (15). La plupart des médecins coordonnateurs interrogés pendant notre étude acceptait donc la nécessité de ne pas faire déplacer le médecin généraliste que pour un résident, afin de « rentabiliser » la visite. Dans leur évaluation du temps clinique passé par le médecin traitant en EHPAD (17), les auteurs ont retrouvé des chiffres en accord avec le rapport de la DREES de 2002 qui estimait les durées moyennes de consultation de 30 à 45 minutes pour les plus de 75ans, en étudiant les pratiques des généralistes d'Île-de-France. Ces visites si elles sont nombreuses, deviennent difficiles à intégrer dans le planning déjà chargé des médecins généralistes, avec un nombre moyen d'heures travaillées de 54 heures par semaine, d'après une étude de la DREES de 2019 (18).

Le généraliste en libéral n'a pas le temps, il se doit donc d'être efficace. Cette notion de productivité est évoquée dans une étude allemande portant sur les expériences et les stratégies des médecins généralistes faisant des visites dans les nursing homes (19). Le système de soin et les structures étant différents d'un pays à l'autre, il est difficile de faire des transpositions. On trouve cependant dans cette étude une forme de passivité des médecins généralistes dans la résolution des conflits interprofessionnels qu'on retrouve en France selon les médecins coordonnateurs du panel.

2.2 L'EHPAD : entre soin et vie

Pour les médecins coordonnateurs, l'EHPAD est un lieu de vie où l'on fait du soin, les deux sont sensiblement intriqués, et l'on ne peut y considérer l'un sans l'autre. On y parle de résidents, et non pas de patients comme à l'hôpital. De cela découle le besoin d'une coopération pluri-professionnelle, afin d'intégrer le soin à la vie quotidienne des résidents, dans une approche globale, centrée sur le résident. Cette ambivalence de l'EHPAD entre vie et soin est en concordance avec la thèse de Michalak Collerais et Studer en 2021 (20). Leur travail sur la prise en charge des patients en EHPAD par le médecin généraliste, se penche sur le point de vue des médecins généralistes. Ils sont dépendants des autres professionnels de l'EHPAD et doivent donc coopérer avec eux pour le suivi des patients. Cette nécessité de collaboration avec les paramédicaux, IDE, AS, kinésithérapeute, ergothérapeutes, etc, est perçue comme un frein notable pour des médecins habitués à une pratique libérale, dans laquelle il faut être efficace et aller vite.

Leur manque de temps et de mobilité rend difficile leur intégration en EHPAD. Dudzinski (13) concluait à l'impossibilité de mise en place des réunions de coordination annuelles de par l'organisation libérale des généralistes. L'absence à ces réunions semble aussi la règle en Eure-et-Loir, malgré des tentatives d'attirer les généralistes par des thèmes ou des formats différents. Dans la thèse de Veuillotte (16), en 2010, 60 % des médecins libéraux se disaient pourtant prêts à participer à une réunion de coordination.

Là où le médecin coordonnateur est considéré comme partie intégrante de l'équipe, le médecin généraliste peut avoir des difficultés à trouver sa place. Ces difficultés d'intégration sont d'autant plus importantes que le nombre de médecins intervenants sur une structure est grand. Les médecins suivent alors moins de résidents, il est plus difficile de les faire se déplacer pour un résident seulement en cas de besoin, et les interlocuteurs sont multipliés pour les équipes soignantes qui ont un rôle clé d'intermédiaire entre les résidents et leurs médecins. En Bavière, une étude a mis en avant que pour améliorer la coopération entre le personnel soignant des nursing homes et les médecins, il fallait un nombre réduit de médecins intervenants de façon régulière sur l'établissement, sous convention, permettant ainsi d'établir une relation de confiance réciproque (21).

2.3 La complexité des prises en charges

Plus de la moitié des résidents d'EHPAD sont très dépendants (GIR 1 ou 2) d'après la dernière enquête EHPA (2015) de la DREES (22). Le GIR moyen pondéré était en hausse dans les EHPAD entre 2011 et 2015. Les entrants sont globalement plus âgés et plus dépendants. Cette augmentation de l'âge et de la dépendance signifie aussi une fragilité plus grande des résidents, d'un point de vue médical.

Il existe une ambivalence vis à vis de la volonté des MG de poursuivre le suivi de leurs patients vieillissants et le fait qu'ils ne soient pas toujours à l'aise pour aborder des questions relevant de la gérontologie, avec des poly-pathologies complexifiant la prise en charge, ainsi que l'accompagnement des fins de vie, auxquelles ils ne sont pas toujours formés. Cette ambivalence est perçue par les médecins coordonnateurs qui sont parfois élevés à la position d'expert et sur lesquels il peut sembler facile de s'appuyer.

Le médecin coordonnateur est la personne ressource la plus proche en EHPAD et peut influencer positivement les pratiques des généralistes en proposant des fiches pratiques (23), en encourageant la réévaluation des traitements des résidents (24), ou en menant un travail de sensibilisation adapté au prescripteur (25). Il peut ainsi permettre de réduire les prescriptions potentiellement iatrogéniques (PPI) mais se heurte fréquemment à la réticence des médecins généralistes. Les médecins traitants peuvent avoir l'impression que le médecin coordonnateur s'immisce dans la prise en charge de son patient, ce qui n'est pas bien reçu. Il a, de part sa position dans l'EHPAD et sa formation, la capacité d'améliorer la prise en charge des résidents, mais se doit de composer avec les médecins généralistes, qu'il respecte en tant que médecins traitants et prescripteurs, sans reconnaissance perçue en retour.

Les différentes missions des médecins coordonnateurs ne leur permettent cependant pas d'assurer les missions de coordination et le suivi des résidents, les forçant donc à prioriser certaines tâches, d'autant plus qu'ils cumulent souvent une activité libérale en parallèle. Certains coordonnateurs adoptent une position de capitaine du navire et délaissent bien volontiers les tâches plus administratives, alors que d'autres s'y opposent formellement.

Les raisons perçues du désengagement des MG sont à la fois des freins constatés depuis plusieurs années, mais aussi une forme de désintérêt pour la dimension gériatrique, qui va à l'encontre de la vision humaniste des médecins coordonnateurs. Michalak Collerais et Studer (20) parlent d'un lieu qui renvoie à la vieillesse, à la mort, mais sans clairement l'identifier comme un frein pour les généralistes.

3 Des problématiques exacerbées par le covid19

3.1 Organisation des soins primaires et covid

L'épidémie de covid19 a potentialisé des dynamiques de coordination des soins primaires préexistantes (26), sans réellement en générer de nouvelles. Une solidarité est apparue à l'échelle des maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les réseaux déjà en place ont servi d'appui à l'organisation du territoire pendant la crise sanitaire. Certains cabinets libéraux travaillant les uns à côté des autres ont continué de le faire, sans pour autant voir apparaître de nouvel élan de coordination.

Ainsi, dans notre étude, la coordination des soins primaires s'est fait de façon efficace dans les structures qui avaient déjà un système de répartition des tâches effectif, avec des passages réguliers et une connaissance des équipes soignantes et des résidents. Ces établissements n'ont nécessité qu'un renforcement qui a pu facilement se mettre en place, même au plus fort de l'épidémie, avec mise en place d'astreintes le week-end et visites renforcées. Cela n'a malheureusement pas été le cas de la majorité des établissements touchés par le covid. Une petite moitié des coordonnateurs concernés n'ayant pas eu de cas de covid dans leurs établissements, il est difficile de projeter la manière dont cela ce serait déroulé pour eux.

Quand des capacités d'adaptation ont été démontrées d'après Michalak Collerais et Studer (20), d'après Francopoulo (8), les médecins généralistes n'ont été considérés comme un appui efficace que pour moins d'un tiers des répondants de l'étude et parmi les difficultés éprouvées, 26 % citent la continuité des soins par les médecins traitants, presque 50 % les conséquences psychologiques et la surcharge de travail pour les médecins coordonnateurs. Et ce, alors que 90 % des participants au 4ème panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la DREES, en avril 2020, déclaraient une diminution de leur volume de temps travaillé entre 13 et 24 % (27).

Dans la moitié des établissements dans lesquels travaillaient les médecins du panel, les médecins généralistes ont poursuivi leurs visites. Dans l'autre moitié, les visites se sont arrêtées ou ont diminué, et ce, de façon programmée dans certains cas seulement, de par notamment, les directives gouvernementales de l'époque (9). Certains médecins coordonnateurs se sont alors retrouvés seuls garants des soins primaires pour leurs résidents. Ils sont parfois parvenus à se faire épauler de confrères généralistes, atténuant le poids de la responsabilité des soins, alors que certains de ces établissements était durement touchés par l'épidémie. Pour les autres, ils ont du assumer le poids de la prise en charge médicale des résidents, avec des conséquences psychologiques notables et un certain sentiment d'abandon.

Après avoir initialement fait partie des oubliés du Ségur de la santé, le gouvernement a récemment annoncé une revalorisation du salaire des médecins coordonnateurs, au même

titre que les agents publics rattachés aux établissements publics de santé ou appartenant à un établissement public gérant un ou plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (28). Cette revalorisation est un pas fait vers la reconnaissance d'une profession qu'on a souvent tendance à oublier, mais dont la nécessité demeure et a pu être mise en lumière par cette crise sanitaire.

3.2 Un manque de médicalisation ?

Le Bigot dans son travail de thèse pour identifier les mécanismes expliquant les transferts de l'EHPAD vers les urgences et les leviers pour améliorer le parcours de soins en 2019 (29), parle d'une médicalisation insuffisante, évoquée par les MCO et les médecins urgentistes, qui entraînerait des transferts de résidents vers les urgences, par défaut d'évaluation médicale.

Le délai entre demande de consultation et venue du médecin généraliste est en effet jugé comme long et peut représenter une perte de chance pour le résident, notamment pendant la crise sanitaire où l'état clinique des résidents se dégradait parfois très rapidement. Les MCO ont donc priorisé pour beaucoup les soins médicaux pendant l'épidémie, délaissant une partie de leurs missions pour cela.

En analysant les patients provenant d'EHPAD adressés aux urgences dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015, 28 % des patients étaient adressés par le médecin traitant, 4 % par le MCO et 59 % à la demande du personnel de l'EHPAD seul, selon l'étude multicentrique réalisée par Rémont (30). 30 % des passages auraient été évitables selon les gériatres. Ces chiffres sont à pondérer avec le fait que des MCO font aussi office de MT pour une partie des résidents et que les avis des MT comme des MCO sont parfois pris par téléphone, avec une traçabilité variable, avant un transport vers les urgences. Il ressort toutefois de ces chiffres qu'un peu moins d'un tiers des passages au SAU auraient pu être évités, ce qui est d'autant plus significatif que ces transferts sont souvent mal vécus par les patients fragiles.
D'après Morana (31), dans son étude qui portait sur l'ensemble des patients provenant d'EHPAD ayant consulté aux urgences de Metz en 2014, 13,6 % n'ont pas bénéficié d'examens ou de soins aux urgences, ne pouvant être dispensés dans leurs établissements. Les résidents auraient donc pu en être épargnés.

En cas d'impossibilité de joindre un médecin, la responsabilité vis à vis des résidents incombe aux infirmières, voire aux aides soignantes, dans les établissements dans lesquels il n'y a pas d'infirmière de nuit. Le personnel paramédical peut donc se retrouver en difficultés et expliquer une partie de ses transferts semblant injustifiés. Il s'agit au moins partiellement d'un défaut de permanence de soins adaptée. L'astreinte téléphonique mise en place dans un des établissements au plus fort de la crise peut être une réponse à cette problématique, qui pèse non seulement sur la prise en charge des résidents, mais également sur le recrutement et le bien-être des soignants des EHPAD.

3.3 La démographie médicale

La problématique de l'accès aux soins primaires est intimement liée à la démographie médicale en recul dans le département.

Le département d'Eure-et-Loir est le département de la région Centre le plus défavorisé en matière d'accès aux soins, d'après le diagnostic territorial de l'ARS en 2017 (32). Il se place également à la dernière place de la région pour le nombre de médecins généralistes libéraux

pour 100 000 habitants qui est de 64,9, avec une dégradation projetée, au vu de l'âge des médecins et de l'âge moyen de départ à la retraite.

L'Eure-et-Loir est aussi faiblement attractive pour les jeunes médecins. C'est le moins désiré des départements de la région Centre pour 35 % des étudiants d'après l'enquête auprès des étudiants de médecine générale de troisième cycle de 2018 (33).

D'un point de vue national, les besoins de la population augmentent quand l'offre diminue, chargeant un peu plus le système hospitalier et notamment les urgences. L'Insee dans ses projections (34) montre qu'il sera nécessaire d'ouvrir un nombre considérable de places en EHPAD d'ici à 2030 si l'on ne répartit pas différemment les personnes âgées entre le domicile et les EHPAD. L'objectif actuel des autorités est de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile. Cela implique une concentration des grandes dépendances dans les EHPAD (35) et va donc s'accompagner d'une augmentation des besoins de soin.

La présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire en EHPAD, légalement, depuis 2005 (36). Un certain nombre de ces postes reste pourtant aujourd'hui à pourvoir, les établissements ne parvenant pas à recruter de médecin. Selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2015 de la DREES, 10 % des postes de MCO sont non pourvus depuis plus de 6 mois (37).

Les absences des médecins généralistes et le manque de soutien des professionnels locaux ont été plus difficiles à vivre dans les territoires souffrant depuis plusieurs années de la désertification médicale. Le covid n'a fait qu'accroître la charge de travail déjà considérable pour ceux qui s'accrochent à ces territoires dépourvus, avec le sentiment que si eux ne le font pas, personne d'autre ne le fera.

3.4 La communication : point clé et espoir en sortie de crise

La communication est trop souvent distante entre les différents professionnels de santé. Filtrée par des tierces personnes, elle est source d'insatisfaction, de perte de temps parfois. Elle doit tendre à être améliorée pour favoriser la coopération entre MG et MCO, mais aussi de façon plus générale entre le domicile, la ville et l'hôpital.

La crise sanitaire a été associée à l'essor des communications avec des médecins qui sont devenus plus connectés, via des réseaux de messagerie, mail ou bien par visioconférence. Ces supports dont l'utilisation a nettement augmenté ont permis d'apporter un soutien moral, technique et organisationnel dans la gestion de la crise. Les différents canaux de communication ont été utilisés à l'échelle de départements, mais également jusqu'à une échelle parfois nationale, partageant les prises en charge jugées efficaces et remontant les informations du terrain en temps réel.

La coopération interprofessionnelle s'est ainsi améliorée, grâce aux outils de communication numérique, au travers de la crise sanitaire. La plateforme numérique Covigie (38) a, par exemple, été créée pour relayer les informations qui étaient remontées par les professionnels de santé de premier recours, pendant l'épidémie de covid19. Des groupes ou communautés se sont formés dans toutes les professions de soignants. Des rapporteurs étaient donc chargés de transmettre les informations des groupes, directement à la plateforme. Des équipes pluri professionnelles formées de façon informelle ont appris à communiquer entre elles. Plus qu'un simple support technique, ces groupes ont apporté un réconfort indispensable pendant l'épidémie.

Les réseaux développés via WhatsApp, mailing liste, ou autres plateformes numériques, perdurent à la sortie de l'état d'urgence sanitaire et continuent d'être utilisés par les professionnels de santé. Là où les congrès et les rencontres des groupes de pairs ont été limités par la crise sanitaire, un réseau numérique de pairs est apparu. Ces nouveaux outils de communication semblent aujourd'hui indispensables pour favoriser les échanges interprofessionnels. La rapidité de circulation des informations par cette voie répond aux besoins des libéraux qui ont peu de temps et recherchent l'efficacité. L'utilisation des messageries électroniques pour communiquer avec les généralistes est à présent privilégiée par certains coordonnateurs, s'assurant ainsi de la bonne réception de l'information, à la différence des protocoles papiers laissés accessibles dans les bureaux, qui n'étaient pas nécessairement consultés.

Les réfractaires à l'utilisation des technologies numériques semblent minoritaires parmi les médecins généralistes et les coordonnateurs, ouvrant de nouvelles possibilités d'échanges inter et pluri-professionnels. Dans le travail de thèse de Liard (39), des craintes vis à vis des nouvelles technologies sont exprimées par les médecins généralistes d'Île-de-France. Elles concernent toutefois plus les relations avec les patients qu'avec leurs confrères médecins. Les messageries instantanées sont citées comme une aide apportée par les nouvelles technologies pour améliorer les échanges avec les autres professionnels de santé et parmi les développements souhaités, on retrouve ce besoin de communication facilitée avec les médecins mais aussi les paramédicaux, notamment pour la prise en charge des patients dépendants.

4 Quelle évolution du rôle des médecins généralistes?

4.1 Vers plus de collégialité

Il n'y a pas de consensus parmi les médecins coordonnateurs qui sont assez incertains quant à l'évolution potentielle du rôle des médecins généralistes dans les EHPAD, mais aussi quant à la pérennité de leur propre poste, au vu des difficultés de recrutement actuelles. La crise sanitaire a fait vaciller un équilibre déjà précaire dans les rôles et les relations des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs, repositionnant dans certains cas le médecin coordonnateur malgré lui. Là où quelques médecins coordonnateurs ne projettent pas de changement du rôle des médecins généralistes, une majorité des médecins de moins de 60 ans aspire à plus de collégialité.

Les internes en médecine générale privilégient aujourd'hui l'exercice de groupe à l'exercice individuel (33). Il pourrait donc s'agir de répondre aux besoins des nouvelles générations de jeunes médecins, et de gagner en attractivité pour les territoires, grâce à un réseau de soutien et de communication efficace.

De plus, pour un quart des personnes qui sont décédées en France en 2018, l'EHPAD était leur dernier lieu de vie, d'après la DREES (40). Un quart de ces décès sont survenus à l'hôpital, avec plus de transferts en hospitalier en l'absence d'une infirmière de nuit. Le vieillissement de la population, l'augmentation du niveau de dépendance et de fragilité des résidents, associés à ces chiffres, laissent présager un besoin grandissant de soins palliatifs dans les EHPAD. Les soins palliatifs et les limitations et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) nécessitent des procédures collégiales, d'un point de vue légal, mais également afin de partager la responsabilité de décisions humainement lourdes à porter.

Une certaine ambivalence existe vis à vis de la collégialité en libéral. Elle est reconnue nécessaire par les généralistes dans certains cas (20) mais demande du temps qu'ils n'ont pas et le rôle de chacun est difficile à discerner. Pour Elie, dans son travail sur la prise de décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques en EHPAD (41), les médecins généralistes ne sont pas à l'aise avec les soins palliatifs car cela leur pose des difficultés d'organisation, de solitude, de manque de temps, mais aussi un sentiment d'incompétence. Ils sont donc soulagés de passer la main à des confrères jugés plus à l'aise, bien souvent les médecins coordonnateurs. Le MCO est l'interlocuteur privilégié des équipes mobiles d'accompagnement en soins palliatifs gériatriques, selon El Mouafek (42), de par sa connaissance de la structure et du relai qu'il peut réaliser avec le médecin traitant, qui reste prescripteur, mais dont l'implication fait défaut. Il relève toutefois que la formation à l'accompagnement de fin de vie reste insuffisante chez les MCO avec 33 % de médecins formés dans son étude.

L'étude réalisée dans le Maine-et-Loire sur la prise en charge des douleurs induites par les soins (43) a mis en évidence une insuffisance de prescriptions anticipées, qui serait améliorable avec une meilleure communication entre médecin coordonnateur et généraliste, mais aussi grâce à un travail pluridisciplinaire avec une revue des dossiers régulière. La collégialité permet d'améliorer le bien-être des résidents, mais aussi celui des soignants. Les réflexions collectives, collégiales, s'inscrivent dans une démarche de « care » et non plus nécessairement de « cure », correspondant à l'objectif de soin dans les EHPAD, qui est le maintien de la qualité de vie des résidents, dans une dynamique de bientraitance. Cette prise de décision collective n'est pas un réflexe en médecine générale, le médecin est souvent seul face à ses décisions, comme le soulève Savall dans son article « une visite de trop en institution ?» (44).

4.2 La création d'un poste de médecin prescripteur ?

La création d'un poste de médecin prescripteur pourrait être une réponse éventuelle à ce besoin de collégialité. Elle semble toutefois improbable de par la démographie médicale actuelle. Des postes de salariats existants en libéral et en hospitalier restent aujourd'hui à pourvoir par manque de médecins. De plus, la place du médecin généraliste serait difficile à trouver, certains coordonnateurs estiment qu'ils seraient plutôt débarrassés d'un fardeau, quand d'autres y sont opposés de par l'importance du médecin de famille pour le résident et leurs familles, à leurs yeux, en adéquation avec Luez (12). Les médecins de notre panel estiment également qu'en tant que médecin coordonnateur, ils pourraient se positionner eux-mêmes sur plus de soin s'ils avaient plus de temps à consacrer à l'EHPAD.

Plusieurs études ont évoqué la création d'un poste de médecin prescripteur ces dernières années. Herbert-Demay dans son mémoire sur la mise en place d'une démarche palliative (45) évoque l'emploi de médecins prescripteurs salariés pour répondre aux problématiques de démographie médicale, d'augmentation de niveau de dépendance et du besoin d'accompagnement pour les soins palliatifs. Une étude danoise a elle évalué un programme de diminution du nombre de médecins généralistes intervenants dans les établissements (46). Le but était de faire gagner du temps aux équipes et d'améliorer la qualité et la régularité des informations échangées sur la prise en charge des résidents. En attribuant un médecin généraliste volontaire à l'établissement et en proposant aux résidents qu'il assure leur suivi, les nombres d'hospitalisations dites évitables et de réadmissions ont diminué. L'auteur conclut que l'amélioration de la communication ainsi obtenue au sein de

l'établissement permet de diminuer les hospitalisations. Pour Dudzinski (13), il faut lever les freins aux VAD des MG ou laisser la prise en charge des personnes âgées à des médecins salariés de l'EHPAD, tout en notant que sur les 163 réponses obtenues à son questionnaire envoyé au EHPAD du Nord, 26 ne fonctionnaient déjà qu'avec des médecins salariés, soit 16 %.
Une étude de l'ARS Ile-de-France est en cours pour évaluer la qualité du suivi médical dans les EHPAD ayant des médecins salariés, les premiers résultats intermédiaires publiés semblent positifs pour la prise en charge de la douleur et l'accompagnement de fin de vie (58).

D'après l'évaluation du temps clinique passé par le médecin en EHPAD (17), le temps médical reporté à une année entière représenterait 613h pour 100 lits, soit 0,55 ETP de médecin traitant pour 100 patients, sans prendre en compte les visites non programmées. Cela semble donc cohérent avec le poste de médecin prescripteur proposé par le manifeste des gériatres, sans toutefois laisser de marge pour la prise en charge d'urgences éventuelles qui viendraient en supplément.

Une alternative évoquée par les médecins coordonnateurs dans notre étude serait la division du poste de médecin prescripteur en plusieurs ETP, répartis sur quelques médecins généralistes souhaitant poursuivre leurs visites en EHPAD et s'intégrer à l'équipe de soin. Cela permettrait de ne pas écarter les médecins généralistes intéressés, tout en déchargeant ceux qui ne le seraient pas.

Les médecins généralistes dans l'étude de Michalak Collerais et Studer (20) proposaient 3 modèles : un avec un médecin traitant d'établissement, à l'instar du médecin prescripteur proposé par les gériatres, l'intégration d'infirmiers en pratiques avancées en gériatrie et pathologies chroniques sous responsabilité d'un médecin éventuellement le MCO, ou une organisation territoriale de suivi de proximité avec un cabinet proche favorisant la prise en charge des résidents.

Outre l'intérêt sur l'aspect collégial du fait de travailler avec une équipe médicale restreinte, il apparaît intéressant de réduire le nombre d'intervenants dans l'EHPAD dans une optique d'uniformisation et d'amélioration des pratiques. En effet, Andreo dans sa thèse sur les déterminants de la décision de prescription d'antibiotiques en EHPAD (47) relève que la prescription en EHPAD est multifactorielle, elle est notamment influencée par le médecin prescripteur ainsi que par la vulnérabilité de la personne âgée, la structure et la situation clinique. Le Bigot (29), dans son étude pour identifier les mécanismes expliquant les transferts de l'EHPAD vers les urgences, parle aussi de problèmes d'uniformisation des prescriptions et des prises en charge, dus au nombre de MG intervenants. Pour El Mouafek (42), l'hétérogénéité des pratiques entre les médecins généralistes, qui sont parfois nombreux à intervenir en EHPAD est également un frein à la bonne pratique des soins palliatifs.

4.3 La formation gériatrique

Les médecins salariés de l'EHPAD, comme les médecins prescripteurs, pourraient bénéficier d'une formation complémentaire en gériatrie à l'instar des médecins coordonnateurs, dans une optique d'amélioration de la qualité des soins.

Dans ce sens, Veuillotte évoque en 2010 (16) une prise en charge en EHPAD par un médecin avec une capacité de Gériatrie. Pour Flety-Develay, dans son mémoire pour le DIU de médecin coordonnateur (48), les prescriptions des médecins coordonnateurs ne sont pas source de conflit avec les généralistes dans le contexte d'urgence vitale, mais il existe cependant des urgences relatives propres à la gériatrie et à l'organisation institutionnelle. Un futur dans lequel les médecins intervenant en EHPAD se spécialiseraient, voire avec des médecins prescripteurs gériatres salariés pour répondre à ces besoins, est donc envisagé.

De plus, l'importance de la spécialisation de la filière gérontologique dans les soins en EHPAD, notamment en matière de géronto-psychiatrie, a amené à la création d'unités mobiles extra hospitalières pour faciliter le maintien en EHPAD et limiter les hospitalisations des résidents présentant des troubles neurocognitifs majeurs, polymédiqués et dépendants (49). D'après une étude américaine parue au Journal of the American Geriatrics Society en 2013 (50), une consultation au moins avec un gériatre sur une période de 6 mois pour les plus de 66 ans était associée à une diminution de 11,3 % de passages aux urgences le mois suivant, pour les résidents des nursing home, comme pour les personnes à domicile. L'étude suggère que les avis gériatriques associés aux soins primaires seraient aussi efficaces que la consultation avec un gériatre, encourageant la coopération entre gériatres et généralistes pour permettre une prise en charge gérontologique qualifiée plus large.

Des interventions associant mesures pédagogiques et organisationnelles au cours de l'étude IQUARE ont amélioré la capacité d'intervention des équipes en matière de soins palliatifs d'après Guion (51). L'évaluation de l'impact d'une intervention basée sur l'éducation gériatrique du personnel de l'EHPAD sur des indicateurs de qualité des soins, sur un échantillon de l'étude IQUARE, a, quant à elle, mis en évidence une diminution des prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées à 18 mois (52). Ces études démontrent l'intérêt de mener des interventions dans les EHPAD qui permettront le développement de compétences gériatriques du personnel soignant paramédical et médical, pour améliorer les prises en charge des résidents.

La formation de l'ensemble des soignants peut avoir un bénéfice sur la qualité des soins en matière de soins palliatifs et de gériatrie (53). Le développement de ces compétences propres y compris parmi les infirmières pourrait limiter les appels aux services de soins d'urgence (54) . De plus, leur valorisation participerait à limiter le turn-over des équipes de soins en facilitant leur attachement à la structure. L'augmentation du nombre de soignants semble cependant également nécessaire pour favoriser le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses qui requièrent du temps soignant qualifié (55).

4.4 Une ouverture de l'EHPAD

D'autres pistes pour le futur ont été évoquées comme l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur, afin de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées, avec par exemple la création d'équipes mobiles incluant les médecins coordonnateurs, et le développement de la télémédecine en EHPAD.

L'article « Innovation et inclusion en EHPAD- LNA Santé » (55) propose des pistes d'ouverture de l'EHPAD en permettant par exemple une mutualisation du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) avec un accueil de jour pour le territoire de proximité. L'EHPAD pourrait ainsi être intégré aux démarches de prévention du bien vieillir (ateliers équilibre, gymnastique douce adaptée…) et devenir un centre de ressource pour le territoire. Le

rapport remis à l'assemblée nationale en 2018 par les députés Monique Iborra et Caroline Fiat, en conclusion des travaux de la mission sur les EHPAD, allait déjà dans ce sens en parlant d'un changement de modèle d'établissement nécessaire à moyen terme(2). D'après leur rapport, Il faut transformer l'EHPAD actuel en une plateforme de services et de soins, organisée autour du parcours de vie des personnes âgées, ouverte à un public extérieur et allant à sa rencontre dans une logique de décloisonnement et d'intégration au territoire.

La télémédecine peut présenter un intérêt pour des avis médicaux dans un certain nombre de spécialités, telles que la dermatologie ou la cardiologie notamment. Elle est déjà utilisée de manière plus ou moins informelle, mais inégalement en fonction des territoires. Elle peut aussi être utile dans les soins non programmés en EHPAD, tel que l'expose Husson dans sa thèse (56), mais nécessite cependant une formation préalable des soignants, des conditions matérielles avec un débit internet et des outils performants, ainsi que la collaboration des différents acteurs médicaux hospitaliers et libéraux. Sa mise en œuvre devrait bénéficier d'une enveloppe budgétaire suite au Ségur de la santé.

Le récent rapport de la cour des comptes sur la prise en charge des personnes âgées en EHPAD (57) dresse un portrait plutôt sombre de l'EHPAD, répondant aujourd'hui insuffisamment à ses missions, déconnecté des territoires, et semblant arrivé « à bout de souffle ». Il reprend le terme d'EHPAD centre de ressources comme un objectif d'évolution, décrivant un modèle qu'ils considèrent faire consensus, intégré au territoire, en coordination avec l'hôpital, la ville et le domicile. Il nécessite toutefois un cadre juridique et un financement adapté pour encourager son déploiement.

E Conclusion

Les médecins coordonnateurs respectent le rôle des médecins généralistes car ils l'ont été ou le sont encore pour beaucoup. Ils connaissent donc leurs contraintes, leurs qualités et disent entretenir avec eux des relations cordiales qu'ils cultivent. Ils ont une vision humaniste du médecin traitant, qui se doit d'être toujours présent pour son patient. Ils connaissent la fragilité de leurs résidents et leurs besoins de soins. Le manque de soutien vis-à-vis de l'EHPAD et les absences des médecins généralistes à travers cette crise sanitaire interrogent donc aujourd'hui. Quand certaines dynamiques de collaboration locale avec les généralistes étaient en place, l'adaptation a été aisée. Dans d'autres cas, le défaut de médicalisation est apparu de manière plus évidente. Il fait écho d'une part à une problématique de démographie médicale, marquée en Eure-et-Loir, mais également d'autre part à une forme de désengagement perçu à l'égard des EHPAD.

Lorsque les gériatres parlent de généraliser la création de postes de médecins prescripteurs, comme ils existent déjà dans certains établissements, les coordonnateurs sont partagés car le premier défi, en Eure-et-Loir, sera de trouver des médecins pour ces postes.

Les médecins coordonnateurs aspirent globalement à plus de collégialité. L'investissement des outils de communication numérique au travers de l'épidémie en est un témoin. Les médecins se sont connectés pour s'apporter assistance technique et morale. La pérennisation de ces circuits de communication semble nécessaire pour répondre aux besoins d'échanges intra et interprofessionnels. On peut imaginer que la formation d'une équipe médicale, salariée ou non, avec des jours de passages réguliers, une formation gériatrique et une véritable implication dans le fonctionnement de l'EHPAD, pourrait être une réponse à ce besoin de collégialité. De plus, l'exercice mixte, de groupe, étant préféré par les jeunes médecins, il pourrait représenter un attrait.

Il s'agirait aussi de lutter contre l'isolement de l'EHPAD sur plusieurs plans.

Le coordonnateur serait moins seul et pourrait ainsi collaborer de manière plus efficace avec le prescripteur, et ce, pour le bénéfice du résident. Les résidents bénéficieraient de soins plus simples d'accès, notamment en cas d'urgence ou dans des contextes de soins palliatifs. Une intégration des médecins et l'établissement d'une relation de confiance avec le personnel paramédical amélioreraient le bien-être des soignants qui auraient un interlocuteur direct en cas de besoin, contribuant peut-être à limiter le turn-over des équipes.

L'ouverture de l'EHPAD semble aujourd'hui un objectif vers lequel nous devons tendre pour répondre aux défis démographiques de demain, mais aussi pour préserver la dignité et respecter le parcours de vie de nos aînés. Le décloisonnement doit être médico-social et permettre la réintégration des EHPAD à notre société. En inscrivant l'EHPAD dans un maillage territorial à l'aide des médecins, on crée des dynamiques de coordination nouvelles qui peuvent s'articuler avec le domicile et l'hôpital.

Il serait intéressant de réaliser un état des lieux des modèles de coordination des soins primaires qui émergent dans les localités rurales, impliquant les CPTS, MSP et EHPAD, sur le territoire de l'Eure-et-Loir, puis d'évaluer leurs impacts sur les indicateurs de qualité des soins pour les résidents.

F Bibliographie

(1). Prendre en charge une personne âgée poly pathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

(2). Nationale A. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (Mme Monique Iborra et Mme Caroline Fiat) [Internet]. Assemblée nationale. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b0769_rapport-information

(3). Christophe Jabaud. *Relations entre le médecin coordonnateur et les médecins généralistes* – 23p. Mémoire: DIU médecin coordonnateur: Paris V: Faculté Cochin-Port Royal: 2010 [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2009-2010/Relations%20entre%20le%20medecin%20coordonnateur%20et%20les%20medecins%20generalistes%20-%20Jean-Christophe%20Jabaud.pdf

(4). Vilquin PH. *Etude comparative des médecins traitants intervenant ou non en EHPAD dans les Hauts-de-France*. 70p. Thèse : Médecine : Lille : 2019.

(5). Legendre Blandine. *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population*, 6 p. Etudes et résultats, n° 1144, 2020-02, DREES, Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes-concernent-pres-de

(6). 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]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038730185/

(7). *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD*, point clé organisation des parcours, ANESM, juillet 2015[Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf

(8). Francopoulo A. *Point de vue des médecins et infirmiers coordonnateurs d'EHPAD concernant la gestion de la crise sanitaire du Covid19*, thèse : Médecine : Bordeaux : en cours de rédaction [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.questionnaire-ehpad-covid.com/par-regions/

(9). fiche professionnels de santé de ville, *propositions concernant l'appui des professionnels de sante de ville aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*, ministère des solidarités et de la santé, fiche-appui-ps-ville_ehpad_covid-19.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://sfgg.org/media/2020/04/fiche-appui-ps-ville_ehpad_covid-19.pdf

(10). Le manifeste des gériatres en 22 Mesures – Contribution des instances gériatriques nationales au Ségur De La Sante [Internet] [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/0062505977aee5ad76159

(11). Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier (DREES), *10 000 médecins de plus depuis 2012,* études et résultats, DREES, mai 2018, numéro 1061 [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012

(12). Docteur LUEZ Jean-Marc. *Quelle place pour le médecin traitant dans l'EHPAD? Analyse des problématiques actuelles et futures,* 34p. Mémoire: DU médecin coordonnateur: 2010. Disponible sur: [http://medco5962.free.fr/pdf/memoire_luez.pdf]

(13). Dudzinski Cécile. *Relations entre médecins coordonnateurs d'EHPAD et médecins généralistes,* 185p. Thèse : Médecine : Lille 2 : 2017. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M124.pdf]

(14). Raphaëlle Papet-Lépine. *Contrat de coordination entre médecins traitants et établissements de soins pour personnes âgées dépendantes : qu'en pensent les généralistes ? Enquête auprès de médecins généralistes des Yvelines*. Médecine humaine et pathologie. 2015. ffdumas-01302517. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302517/document

(15). BAYART Margot. *Analyse des freins à la pratique des visites à domicile par les médecins généralistes français*, 47p. Thèse: Médecine: Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2020. Disponible sur : http://www.sentinelles971.com/wp-content/uploads/2020/11/these-vad.pdf

(16). VEUILLOTTE Isabelle, *Implication des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,* 102p. Thèse: Médecine: Dijon: 2010. Disponible sur : https://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/07/these-isabelle-veuillotte.pdf

(17). Docteurs Apelbaum H., Caron E., Coriat–Haddad C., Grandmottet B., Kacher M., Leblond-Joly C., Lyubomirova-Stoyanova M., Nguyen–Quang Jm., Prodanova-Koleva M., Queste P., Roland P., Thiebaut F. *Evaluation du temps clinique passé par le médecin traitant en EHPAD,* 70p. mémoire: DIU de médecin coordonnateur: Université PARIS V DESCARTES: faculté Cochin Port Royal: 2009-2010. Disponible sur : http://docplayer.fr/18328244-Universite-paris-v-descartes.html

(18). Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), *Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine,* études et résultats, DREES, mai 2019, numéro 1113 [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-liberaux-travaillent-au-moins-50-heures-par-semaine

(19). Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, et al. *Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits*. BMC Fam Pract. 30 août 2016;17(1):123. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5006263/

(20). Béatrice Michalak Collerais, Tommy Studer. *Prise en charge des patients en EHPAD par le médecin généraliste : freins et leviers : une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de Drôme Isère-Savoie*. Médecine humaine et pathologie. 2021. ffdumas-03220251f. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03220251/document

(21). Karsch-Völk M, Lüssenheide J, Linde K, Schmid E, Schneider A. [*What are the Prerequisites for a Successful Cooperation between Nursing Homes and Physicians? - Results of a Mixed-methods Cross-Sectional Study in Bavarian Nursing Homes*]. Gesundheitswesen. nov 2016;78(11):742-8. Disponible sur : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25951115/

(22). Muller Marianne*, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015* Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015, études et résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juillet 2017, numéro 1015. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1015.pdf

(23). RIEUSSEC Delphine. *Amélioration des pratiques cliniques en EHPAD : impact d'une intervention par rédaction et diffusion de fiches pratiques de recommandations en Aveyron*, 51p. Thèse: Médecine: Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2014. Disponible sur : http://thesesante.ups-tlse.fr/340/1/2014TOU31003.pdf

(24). VIALLEIX Thomas. *Étude de faisabilité d'un outil de prévention du risque iatrogénique en EHPAD, à destination des médecins traitants*, 37p. Thèse: Médecine: Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2018. Disponible sur : http://thesesante.ups-tlse.fr/2323/1/2018TOU31040.pdf

(25). Docteur ANDRE Christophe, *une action du médecin coordonnateur auprès des médecins traitants au sein d'un EHPAD dans une perspective de réduction de la iatrogénie*, 23p. Mémoire: DIU médecin coordonnateur: Université René Descartes Paris V: Faculté Cochin-Port Royal: 2011-2012. Disponible sur : http://docplayer.fr/43607289-Une-action-du-medecin-coordonnateur-aupres-des-medecins-traitants-au-sein-d-un-ehpad-dans-une-perspective-de-reduction-de-la-iatrogenie.html

(26). Cécile Fournier, Lucie Michel, Noémie Morize, Laure Pitti, Matti Suchier avec la collaboration d'Isabelle Bourgeois et Vincent Schlegel, *Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale*, Questions d'économie de la santé, n°260, juillet-août 2021. Disponible sur : https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf

(27). *« Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? »* Monziols, M. et al. (2020, mai). DREES, Études et Résultats, n° 1150. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1150.pdf

(28). Jean-Noël Escudié. *Conférence des métiers sociaux : Jean Castex annonce une enveloppe de 1,3 milliard et la généralisation du Ségur* [Internet]. Banque des Territoires. Publié le 18 février 2022 [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: https://www.banquedesterritoires.fr/conference-des-metiers-sociaux-jean-castex-annonce-une-enveloppe-de-13-milliard-et-la

(29). LE BIGOT Laetitia. *Identifier les mécanismes expliquant les transferts de l'EHPAD vers les urgences et les leviers pour améliorer le parcours de soins, Étude qualitative par entretiens semi-dirigés des intervenants dans le parcours de soins*, 114p. Thèse: Médecine: Nancy: 2019. Disponible sur : https://docnum.univ-lorraine.fr/ulprive/BUMED_T_2019_LE_BIGOT_LAETITIA.pdf

(30). Rémont PL. *Analyse des patients provenant d'EHPAD adressés aux urgences : étude multicentrique sur le nord pas de calais,* 49p. Thèse: Médecine: Lille 2: 2015. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2015/2015LIL2M398.pdf

(31). MORANA Claire. *Observation du passage des patients provenant d'EHPAD aux urgences : existe-t-il un moyen d'optimisation de la collaboration entre médecins de SAU et médecins généralistes ?,* 90p. Thèse: Médecine: Nancy: 2018. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_MORANA_CLAIRE.pdf

(32). Diagnostic territorial partagé, Eure-et-Loir, Version examinée par le CTS d'Eure-et-Loir le 29 mars 2017. [internet] Disponible sur : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Diagnostic_Territorial_Eure_et_Loir.pdf

(33). Dagot C, Fouquet J-P, Rusch E. *Médecins généralistes en région Centre-Val de Loire et décisions d'installation en activité libérale. Enquête auprès des internes spécialisés en médecine générale sur leur projection des choix d'exercice et d'implantation géographique* [Internet]. Université de Tours- UMR 7324 CITERES-ETICS; 2021 mars [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03178417

(34). Khaled Larbi (pôle Emploi-population, Insee), Delphine Roy (Drees). *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050* - Insee Première - 1767 [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949

(35). Albane Miron de l'Espinay et Delphine Roy (DREES), 2020, « *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)* », Études et Résultats, n°1172, Drees, Décembre. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf

(36). Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000257443/

(37). Bazin M et Muller M. *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD. DREES*. *Etudes et résultats 2018* ; 1067. Juin 2018. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf

(38). Piraux A, Mosnier A, Barthelmé T. *Covigie, une plateforme pour les soignants et les coordonnateurs d'équipes de soins*. Actualités Pharmaceutiques. 1 oct 2020;59(599):54-6. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370020303050

(39). LIARD Roxane. *Utilisation des nouvelles technologies dans l'organisation des soins primaires. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes d'Île de France*, 103p. Thèse: Médecine: Sorbonne Université: 2019. Disponible sur : https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/05/The%CC%80se-Roxane-LIARD.pdf

(40). Marianne Muller, Delphine Roy (DREES), 2018, « *L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015* », Études et Résultats, n°1094, Drees, novembre. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/lehpad-dernier-lieu-de-vie-pour-un-quart-des-personnes-decedees-en

(41). Edwige Elie. *La prise de décision de Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques en EHPAD : enquête qualitative auprès de onze médecins coordonnateurs généralistes en Lorraine*. Médecine humaine et pathologie. 2018. ffhal-03297520. Disponible sur : https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297520/document

(42). EL MOUAFEK Mehdi. *Impact du passage d'une Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs Gériatriques sur les pratiques de soins en EHPAD*, 113p. Thèse: Médecine: Lille 2: 2016. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M228.pdf

(43). Clarisse de Crouy-Chanel, Aude Pignon, Maria Ghali, Mathieu Chopin, Clément Guineberteau*, Prise en charge des douleurs induites par les soins dans les EHPAD : Analyse des prescriptions anticipées des médecins généralistes*, Exercer 2018; numéro 149, janvier 2019:4-9.

(44). Angélique Savall, Lucie Naudin, Xavier Gocko*, Une visite de trop en institution ? De l'agacement à la bienveillance. Narration d'une situation authentique. Réflexion éthique*. Exercer 2018; numéro 139, janvier 2018:24-6.

(45). Dr HEBERT-DEMAY Michèle. *Mise en place d'une démarche palliative en EHPAD Le médecin coordonnateur comme fédérateur Utopie ou réalité ?*, 27p. Mémoire: DU d'accompagnement et fin de vie: Université Pierre et Marie Curie Paris VI: 2014-2015. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01250630/document

(46). Weatherall CD, Hansen AT, Nicholson S. *The effect of assigning dedicated general practitioners to nursing homes.* Health Serv Res. Juin 2019;54(3):547-54. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6505413/

(47). Victoria Andreo*. Les déterminants de la décision de prescription d'antibiotiques en EHPAD : étude qualitative auprès des médecins généralistes prescripteurs d'un EHPAD du Var*. Médecine humaine et pathologie. 2021. ffdumas-03200355f. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03200355/document

(48). FLETY-DEVELAY Isabelle*, 13ème mission du médecin coordonnateur d'EHPAD: la prescription dans les situations d'urgence = source de conflits avec le médecin traitant? Etat des lieux à la RDAS, propositions d'amélioration*, 32p. Mémoire: DIU médecin coordonnateur: Université René Descartes Paris V: Faculté Cochin-Port Royal: 2011-2012. Disponible sur : https://www.yumpu.com/fr/document/read/38802864/13ame-mission-du-macdecin-coordonnateur-dehpad

(49). Buisson A, Ojardias E, Viceriat A, Fakra É, Celarier T*. Intérêt d'une unité mobile multidisciplinaire extra-hospitalière de neuro-psychogériatrie intervenant en EHPAD : analyse de 288 interventions*. L'Encéphale. 1 sept 2019;45(4):327-32. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001370061830191X

(50). D'Arcy LP, Stearns SC, Domino ME, Hanson LC, Weinberger M. *Is Geriatric Care Associated with Reduced Emergency Department Use?* J Am Geriatr Soc. janv 2013;61(1):4-11. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3545012/

(51). Vincent Guion. *Prise en charge de la douleur et de la fin de vie en EHPAD : prévention, anticipation et accès aux soins palliatifs*. Médecine humaine et pathologie. Université Paul Sabatier - Toulouse III, 2020. Français. ffNNT : 2020TOU30107ff. Fftel-03117832. Disponible sur : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03117832/document

(52). Charlène Cool. *Prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).* Médecine humaine et pathologie. Université Paul Sabatier - Toulouse III, 2017. Français. ffNNT : 2017TOU30181ff. fftel-01978761f. Disponible sur : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01978761/document

(53). Karim Aouragh. *Pertinence de la décision médicale par l'équipe paramédicale en phase palliative en EHPAD*. Médecine humaine et pathologie. 2016. ffdumas-01413195f. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413195/document

(54). McGilton, K.S., Bowers, B.J., Heath, H., Shannon, K., Dellefield, M.E., Prentice, D., Siegel, E.O., Meyer, J., Chu, C.H., Ploeg, J., Boscart, V.M., Corazzini, K.N., Anderson, R.A. & Mueller, C.A. (2016). *Recommendations From the International Consortium on Professional Nursing Practice in Long-Term Care Homes*. Journal of the American Medical Directors Association, 17(2), doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.001. Disponible sur : https://core.ac.uk/reader/42630315?utm_source=linkout

(55). Siret W, Berrut G. *Innovation et inclusion en Ehpad – LNA Santé*. Regards. 6 oct 2020;57(1):153-64. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-153.htm

(56). Anne-Laure Husson. *Attentes des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en EHPAD concernant l'utilisation de la télémédecine pour la prise en charge des soins médicaux non programmés*. Médecine humaine et pathologie. 2019. ffhal-03297695f. Disponible sur : https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297695/document

(57). *La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, Un nouveau modèle à construire*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Février 2022, cour des comptes. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220228-prise-en-charge-medicale-Ehpad.pdf

(58). Cnam. *La forme salariale permettrait d'améliorer la qualité du suivi médical en Ehpad* | CEET | Cnam [Internet]; [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: https://ceet.cnam.fr/le-ceet/medias/la-forme-salariale-permettrait-d-ameliorer-la-qualite-du-suivi-medical-en-ehpad-1271917.kjsp?RH=1507626485692

G Annexes

I Guide d'entretien

- Pour faire connaissance:
  - Caractéristiques du médecin coordonnateur:
    Sexe/ âge
    Depuis combien de temps êtes-vous médecin coordonateur?
    Dans combien d'établissements travaillez vous?
  - Caractéristiques des établissements:
    Rural/ urbain, public/ privé à but lucratif ou non, nombres de lits, nombre d'ETP/ nombre de lits.
  - Avez-vous une activité libérale?
    Avec combien de médecins généralistes travaillez vous?
    Quelles étaient vos relations avec les médecins généralistes avant la pandémie?

- Le médecin généraliste dans l'EHPAD, ça vous évoque quoi?

- Comment se sont déroulés les mois de mars et avril 2020 dans l'EHPAD?
  - Covid dans l'EHPAD: oui/ non
  - Vécu des MCO: comment avez vous travaillé?
  - Comment les MG ont-ils été mobilisés? les autres intervenants?
  - Quel était le rôle des médecins généralistes? Comment ont-ils travaillé?
  - Qu'en avez vous pensé?
  - Avez-vous eu des retours des médecins traitants? et si oui lesquels?
  - Et de votre point de vue?
  - A posteriori, d'un point de vue organisation, referiez-vous la même chose?

- Et après le pic épidémique, début mai, quelle était l'ambiance?
  - Comment s'est passé le retour des médecins généralistes?
  - Comment l'avez vous vécu?

- Et aujourd'hui, la relation est-elle différente?
  - Est-ce que vous considérez que le rôle des médecins traitants et celui des médecins coordonateurs dans l'EHPAD ont changé? pourquoi?
  - Comment vous vous voyez travailler avec les médecins généralistes? Envisagez-vous des changements durables?
  - Comment peut-on faire évoluer la relation MG/MCO? Quels leviers pourraient être utilisés?

- Comment imaginez-vous le fonctionnement médical des EHPAD dans 10 ans?

En préparation du Ségur de la santé, les gériatres ont écrit un manifeste, les points 7 et 8 parlent de créer une fonction médicale statutaire au sein de l'EHPAD à l'instar des USLD, et le 10 parle d'un 0.6 ETP médecin de soin.

- Que pensez-vous de ces mesures?

II Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant :

« L'évolution du rôle du médecin généraliste en EHPAD à travers la crise sanitaire Covid19 »
RECHERCHE QUALITATIVE auprès d'un panel de médecin coordonnateur en Eure-et-Loir
Cette analyse est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale.
L'objectif principal est d'explorer la représentation que se font les médecins coordonnateurs de l'évolution du rôle des médecins généralistes en EHPAD après la crise sanitaire covid19.
Les objectifs secondaires sont :
- Recueillir le point de vue des médecins coordonnateurs sur la place des médecins généralistes en EHPAD pendant le pic épidémique de mars et avril 2020.
- Découvrir les axes d'évolution du médecin généraliste en ce qui concerne leur rôle en EHPAD, et la vision du futur dans ces mêmes axes de transformation.
- Recueillir le point de vue des médecins coordonnateurs concernant les soins primaires en EHPAD dans le futur.

Réalisation de l'entretien :
Cet entretien sera réalisé par Anaïs Collin, suivant vos disponibilités, dans les locaux de l'EHPAD ou au cabinet du médecin coordonnateur.
Il durera environ 60 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience de médecin coordonnateur et vos relations avec les médecins généralistes travaillant dans l'EHPAD.
Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?
Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.
Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Anaïs Collin, en collaboration avec le Dr Chartier Aude, la directrice de thèse.
Les résultats seront utilisés dans le cadre de ma thèse de médecine générale, auprès du DUMG de Tours, et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)_____ Signature (investigateur)_____

Date_____ Date_____

Nom_____ Nom_____

Vu, le Directeur de Thèse

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

COLLIN Anaïs

79 pages – 1 tableau

Résumé :
Introduction: La pandémie de Covid19, la démographie et les besoins de la société ont entraîné des changements de dynamique de coordination des soins primaires dans les EHPAD, qu'il convient de repenser.
Objectifs: Analyser la représentation que se font les médecins coordonnateurs de l'évolution du rôle des médecins généralistes en EHPAD après la crise sanitaire covid19. Secondairement, recueillir le point de vue des médecins coordonnateurs sur la place des médecins généralistes pendant l'épidémie et sur les soins primaires en EHPAD dans le futur.
Méthode: analyse qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de neuf médecins coordonnateurs d'Eure-et-Loir entre novembre 2020 et juillet 2021, enregistrés, retranscrits et analysés par thème.
Résultats: Les médecins coordonnateurs attribuent de l'importance au rôle des généralistes, lien avec la vie d'avant pour les résidents. Il existe cependant un décalage entre leurs représentations, les besoins des patients et le suivi mis en œuvre. Au désinvestissement perçu des généralistes à l'égard des EHPAD, s'ajoutent leurs absences au printemps 2020. Le médecin prescripteur est une réponse potentielle mais la désertification médicale actuelle semble un frein majeur. Les médecins coordonnateurs cherchent à collaborer plus efficacement avec les généralistes, prescripteurs, pour mener à bien leurs missions.
Conclusion: Les médecins coordonnateurs aspirent à plus de collégialité. La formation d'une équipe médicale intégrant des généralistes avec des compétences gériatriques, améliorerait la qualité des soins et participerait au décloisonnement médico-social de l'EHPAD et à sa réintégration au territoire local.

Mots clés : médecin généraliste – médecin coordonnateur – EHPAD – covid19 – médecin prescripteur – soins gériatriques

Jury :
Président du Jury:
Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours
Directeur de thèse : Docteur Aude CHARTIER, Médecine Générale
Membres du Jury :
Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Jean ROBERT, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Donatien MALLET, Soins Palliatifs, PA, Faculté de médecine - Tours
: Date de soutenance : 05/05/2022