



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Relations entre médecins coordonnateurs d'EHPAD et médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le mardi 9 mai 2017 à 18h
au Pôle Recherche

Par Cécile DUDZINSKI

Présentée également en tant que mémoire pour le Diplôme Universitaire de médecin
coordonnateur d'EHPAD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Monsieur le Docteur Jean-Paul LAMONNIER

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
MG	Médecin Généraliste
MCo	Médecin Coordonnateur d'EHPAD
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
ETP	Equivalent Temps Plein
HAS	Haute Autorité de Santé
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
DU	Diplôme Universitaire

Table des matières

Résumé	1
Abstract.....	2
Introduction	3
Matériels et méthodes.....	8
I. Etude quantitative	8
A. Choix de la méthode	8
B. Choix de la population et recueil des données	8
C. Elaboration du questionnaire.....	9
D. Analyse des données.....	9
II. Etude qualitative :	10
A. Choix de la méthode	10
B. Choix de la population.....	10
C. Elaboration du guide d'entretien	10
D. Analyse et recueil des données.....	10
Résultats	11
I. Etude Quantitative	11
A. Participation au questionnaire.....	11
B. Résultats généraux	12
1. Données sur les EHPAD	12
<i>a) Le temps de présence du MCo</i>	<i>12</i>
<i>b) L'ancienneté du MCo dans l'EHPAD</i>	<i>12</i>
<i>c) Nombre de résidents dans l'EHPAD.....</i>	<i>13</i>
<i>d) Nombre de MG intervenant dans l'EHPAD.....</i>	<i>13</i>
<i>e) Informatisation.....</i>	<i>13</i>
2. Données sur les MCo.....	14
a) Genre	14
b) Age.....	14
c) Ancienneté en tant que MCo.....	14
d) Formation	15
e) Nombre d'EHPAD.....	15
f) Propre pratique de MG.....	15
II. Etude Qualitative	16
A. Caractéristiques de l'échantillon	16
B. Résultats généraux	19
1. Relations entre MCo et MG.....	19
<i>a) Entente générale.....</i>	<i>19</i>
<i>b) Travail en équipe.....</i>	<i>19</i>
<i>c) Les moyens de contact.....</i>	<i>20</i>
<i>d) Ententes et conflits : sujets et facteurs favorisants.....</i>	<i>23</i>
2. Le rôle du MCo	28
<i>a) Dans le cadre des 13 missions du MCo.....</i>	<i>28</i>
<i>b) En pratique.....</i>	<i>33</i>
3. Interventions du MG dans l'EHPAD	36

a) <i>Les visites</i>	36
b) <i>Les transmissions et dossier médical</i>	38
c) <i>L'informatique</i>	39
d) <i>L'accueil dans l'EHPAD</i>	40
Discussion	41
I. Forces et limites de l'étude	41
A. La première partie quantitative	41
B. La seconde partie qualitative	41
II. Analyse des principaux résultats	42
A. Profil des EHPAD	42
B. Profil des MCo	43
C. La relation entre MCo et MG	44
1. Les échanges entre MCo et MG : une relation humaine	44
2. La coordination des soins entre MG et MCo	46
3. La bonne pratique gériatrique	47
Conclusion	51
Références bibliographiques	52
Annexes	55
Annexe 1 : Questionnaire quantitatif.....	55
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	58
Annexe 3 : Verbatim des interviews individuels.....	61

RESUME

Contexte : Face au vieillissement de la population et au manque croissant de médecins généralistes, des interrogations demeurent sur le lien entre les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et la médecine générale libérale. L'objectif était d'analyser la représentation des médecins coordonnateurs d'EHPAD sur leurs relations avec les médecins généralistes.

Méthode : La première partie était une étude quantitative descriptive transversale par questionnaire structuré, interrogeant les médecins coordonnateurs d'EHPAD du Nord, sur leurs profils et leurs parcours professionnels.

La deuxième partie était une étude qualitative thématique, interrogeant des médecins coordonnateurs sur leurs relations avec les médecins généralistes. L'échantillonnage était raisonné à variation maximale, réalisé à partir des résultats de la première étude. Les entretiens étaient individuels, semi-dirigés, à questions structurées et ouvertes, aidés d'un guide d'entretien évolutif.

Résultats : L'activité de 111 groupes d'EHPAD et le parcours de 66 médecins coordonnateurs ont été analysés. Parmi ces derniers, 10 ont bénéficié d'un entretien individuel. Ces médecins coordonnateurs déclaraient avoir de bons rapports avec la plupart des médecins généralistes. Ces bonnes relations étaient favorisées par les rencontres physiques et la propre expérience des médecins coordonnateurs en médecine générale libérale. Un travail en binôme s'observait surtout lors des soins palliatifs ou lors les relations problématiques avec les familles des résidents. Les rencontres se faisaient de façon informelle ou lors d'appels téléphoniques émis par le médecin coordonnateur. La difficulté de faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques gériatriques était déplorée. L'élargissement des missions des médecins coordonnateurs visait à favoriser la permanence des soins.

Conclusion: Le ressenti des médecins coordonnateurs sur leur rôle et leurs relations avec les médecins généralistes est hétérogène. Aujourd'hui, une collaboration étroite entre ces deux professionnels reste nécessaire pour mener à bien leurs missions respectives. L'adaptation du cadre légal respectant l'hétérogénéité du terrain, et clarifiant le rôle de chacun semble nécessaire.

ABSTRACT

Context : Considering the ageing of the population and the growing demand for general practitioners, questions remain as to the link between nursing homes for dependent elderly people (EHPAD) and general practice. The aim was to analyse how doctors coordinating EHPADS figure their relationship with GPs (general practitioners).

Method : The first part was a quantitative, descriptive and transversal survey carried out through a structured questionnaire asking doctors coordinating EHPADs in the Northern region about their profiles and careers. The second part was a qualitative and thematic survey inquiring about their relationship with GPs (general practitioners). The sampling was reasoned to maximum variation, taking into account the results of the first survey. The interviews were individual, semi-directed with structured and open questions, assisted by a guide of evolutive questions.

Results : The activity of 111 groups of EHPADs and the work experience of 66 doctors coordinating EHPADS were analysed. Among the latter 10 were interviewed individually. These doctors declared having good work relations with most of the GPs. The good relations were favoured by meetings and the personal experience of doctors coordinating EHPADS in general practice. Work in pairs was mostly achieved in palliative care or when problems arose with families. There were informal meetings and phone calls from the doctors in EHPADs. Deplored was the difficulty of having recommendations of good geriatric practices applied. The widening of the missions of EHPAD doctors aimed at favouring the permanence of care.

Conclusion : The general feeling of doctors coordinating EHPADs as to their role and relationship with GPs is mixed. Nowadays a tight collaboration between these two professions remains necessary to carry out their respective missions in the best way. Adapting the legal frame respecting the heterogeneity of the field and defining the tasks of each party seems necessary.

INTRODUCTION

Le département du Nord est, à ce jour, le plus peuplé de France (4,1% de la population de la France métropolitaine, soit 2.595.536 habitants(1)). Il est aussi l'un des plus jeunes départements de France avec 26,9% de sa population âgée de moins de 20 ans.(2)

Comme dans l'ensemble du territoire métropolitain, ce département est entré dans une nouvelle phase démographique qui se manifeste par un vieillissement progressif et régulier de sa population. Si à l'horizon 2025, le Nord devrait rester le département le plus peuplé de France, avec 2,6 millions d'habitants, il afficherait dans le même temps une caractéristique importante : 25 % de sa population serait âgée de plus de 60 ans selon les données de l'INSEE.

Outre le fait de vivre plus longtemps, la probabilité de devenir dépendant s'accroît avec l'avancée en âge. Les démographes prévoient de ce fait, une nette augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (66.000 en 2025 soit + 34 % par rapport à 2007).(3)

Ce constat a ouvert une réflexion sur la question de l'accompagnement de ces personnes vieillissantes devenues dépendantes, et plus précisément encore, sur le type et la qualité de leur hébergement. En effet, pour une partie cette population, ni les structures d'aide à domicile, ni l'entourage familial, ni l'hôpital, ne semblaient pouvoir répondre à ce besoin croissant d'hébergement adapté.

C'est dans ce cadre, que les pouvoirs politiques du secteur médico-social ont décidé de créer des structures nouvelles, proposant des soins et un accompagnement spécifiques. Elles sont regroupées sous l'appellation d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA).

Ces établissements proposent des fonctionnements divers : certains peuvent accueillir les personnes âgées de façon permanente, d'autres de façon temporaire ; certains de jour, d'autres de nuit.

Ils se différencient également en fonction de l'autonomie et des besoins de soins de la personne. Ils peuvent être des structures :

- non médicalisées comme le foyer logement, la petite unité de vie, la Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées ou la Résidence service ;
- médicalisées. On distingue alors l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) proposant une surveillance médicale constante pour des soins lourds; et l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) proposant une surveillance médicale et infirmière quotidienne pour des pathologies moins sévères.

L'EHPAD représente le plus grand nombre des structures d'hébergement : fin 2011, il constitue près de 75 % des EHPA de France (contre 67 % en 2007)(4).

Il se définit comme une maison de retraite médicalisée, accueillant des personnes âgées de plus de 60 ans (dérogation possible) présentant une forme de dépendance variable selon leur classement en Groupe Iso-Ressource (GIR). Cette dépendance psychique ou psychologique nécessite une aide dans les actes de la vie quotidienne. Toutefois, l'état de santé de la personne étant considéré comme stabilisé, seule une surveillance médicale et infirmière classique est indispensable.

De plus, au-delà d'être une structure de soins avec la présence de personnels salariés paramédicaux, l'EHPAD a pour vocation première d'être le nouveau lieu de vie de la personne. Pour remplir ses missions, l'EHPAD se doit de garantir à ses résidents le maintien du lien social et la préservation de leur autonomie ainsi que des services de logistique, d'hôtellerie et de restauration.

Il existe différents types de fonctionnement d'EHPAD : privé à but lucratif, privé sans but lucratif ou public ; autonome ou rattaché à un hôpital.

Le directeur est le chef de l'établissement. Il est responsable de sa bonne marche tant sur le plan administratif et financier que sur le plan de la qualité des services rendus aux personnes âgées résidentes.

Les dispositifs qui encadrent ce type de structure sont décrits dans la loi n°97-60 du 24 janvier 1997, puis à travers les décrets n°99-316 et 317 du 26 avril 1999 (5)

Ces établissements signent une convention tripartite avec le Conseil Général du département concerné et l'Agence Régionale de Santé (ARS), fixant tous les 5 ans,

les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et des soins qui leur sont prodigués, ainsi que les moyens financiers de fonctionnement (article L313-12 CASF).

Un élément est fondamental au sein de la plupart des EPHAD : des professionnels de santé libéraux peuvent y intervenir. En effet, le médecin généraliste (MG) peut poursuivre le suivi de son patient après son admission dans la structure. Il en est de même pour d'autres intervenants comme les kinésithérapeutes ou ergothérapeutes. Dans d'autres EHPAD, les soins sont assurés par du personnel médical ou paramédical salarié de l'établissement.

Pour beaucoup de personnes âgées, le MG libéral habituel apparaît comme étant le lien avec « leur vie d'avant l'EHPAD ». Il continue d'effectuer ses visites, comme il pouvait le faire au domicile de la personne âgée, avant son entrée à l'EHPAD.

Avec ce mode d'intervention, le MG, quant à lui, voit l'organisation de ses consultations se modifier. Au-delà d'être son patient, la personne âgée devient le résident d'une structure d'hébergement. Afin de permettre la bonne continuité des soins de son patient, le MG doit ainsi prendre connaissance de l'organisation de l'établissement et de son personnel. Dans la relation duale qu'il entretenait avec son patient, viennent s'ajouter les salariés de l'EHPAD (infirmières, médecin coordonnateur, etc...).

C'est dans le but de coordonner les soins, qu'est née la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD (MCo) en 1999 (6). Il s'agit d'un médecin, salarié de l'établissement, qui ne substitue pas au MG, mais qui est désigné comme étant l'interlocuteur privilégié entre les salariés de l'EHPAD et les intervenants libéraux.

Depuis sa création, les missions de ce poste, ses formations et son temps d'exercice ont été légiférés et amendés à travers différents décrets et circulaires :

- A partir de 2005, la création d'un poste de MCo est rendue obligatoire au sein de tout EHPAD, puisqu'il est stipulé au sein de l'article D312-156 du CASF que « *tout EHPAD relevant de l'article L. 312-1 doit se doter d'un MCo* ».

Le MCo a l'obligation de justifier d'une formation gériatrique. A défaut, il dispose d'un délai de 3 ans pour le faire. (7)

- L'arrêté du 30 décembre 2010 fixe une série d'engagements mutuels entre les MG et l'EHPAD. La création du contrat d'intervention a pour objectif d'instaurer « une bonne coopération entre le médecin traitant, l'EHPAD et le MCo de l'établissement ».(8)
- Le décret du 2 Septembre 2011 ajoute une autre mission au MCo, qui a désormais le droit de prescrire «en cas de situation d'urgence vitale». Ce décret augmente également le temps de présence minimale des MCo en fonction de la capacité des établissements (9)
- L'arrêté du 5 septembre 2011, précise les modalités d'organisation de la commission de coordination gériatrique. Cette dernière est présidée par le MCo. Elle a pour but de favoriser le dialogue, les échanges, les propositions et la concertation entre tous les professionnels de santé, salariés ou non, intervenants dans l'établissement.(10)
Cet arrêté est la dernière modification des 13 missions du MCo dans sa fonction au sein de l'EHPAD.(11)
- La circulaire DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 explicite les dispositifs du décret du 2 septembre 2011 et l'arrêté du 5 septembre 2011.(12)

Ainsi, la fonction de MCo présente comme caractéristiques d'être relativement récente et de bénéficier d'évolutions régulières.

Pour autant, aujourd'hui, le rapport entre le MCo et les MG ne semble pas être formalisé dans le détail. Malgré les différents décrets mis en place visant à majorer les rôles du MCo et à asseoir la coordination entre la vie institutionnelle et la médecine libérale, les mêmes interrogations demeurent.

De 2010 à 2015, plusieurs travaux ont déjà exploré ce sujet (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) . A travers chacun d'eux, nous retrouvons un constat récurrent: celui de la nécessité d'apporter des améliorations dans le domaine relationnel ou organisationnel. Différentes problématiques sont soulevées de façon répétitive :

- le manque de disponibilité à la fois de la part des MG, mais aussi des MCo,
- la méconnaissance (totale ou partielle) de la part du MG sur le fonctionnement de l'EHPAD et du rôle du MCo,
- le travail en EHPAD jugé chronophage pour les MG,

- et, plus récemment, le pouvoir de prescription du MCo dont le critère d'urgence semble encore flou.

Aujourd'hui, au problème du vieillissement de la population et à la majoration des besoins de soins en EHPAD, vient s'ajouter un manque global et grandissant de MG. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, confirme la diminution, dans tous les départements français, du nombre des MG liée au non-remplacement d'une partie des départs à la retraite. Il annonce la perte d'un MG sur quatre, sur la période 2007-2025.(20)

Ainsi, en l'absence de nouveaux décrets encadrant le rôle du MCo et le fonctionnement des EHPAD ; et dans ce contexte démographique, des questions se posent :

- Quels rapports nouveaux s'établissent, ou non, entre MG et MCo ?
- Comment les MCo s'adaptent à ces nouvelles contraintes afin de remplir leurs différentes missions ?

L'objectif principal de ce travail était d'analyser la représentation que se font les MCo de leurs relations avec les MG.

L'objectif secondaire était d'établir un constat sur le parcours professionnel et l'activité actuelle des MCo dans la région du Nord.

MATERIELS ET METHODES

I. Etude quantitative

A. Choix de la méthode

Afin de permettre un recrutement raisonné des MCo du département du Nord, une étude quantitative a d'abord été réalisée. L'objectif était de recueillir leur profil, leur parcours professionnel et leur activité actuelle. Cette première partie était une étude descriptive transversale par questionnaire structuré (annexe 1).

B. Choix de la population et recueil des données

Durant la période de mars à août 2016, l'ensemble des EHPAD du département du Nord a été contacté par téléphone. Les coordonnées des EHPAD étaient celles fournies par l'ARS. (21)

Les critères d'exclusion étaient l'absence de MCo (par défaut de recrutement) ou l'absence d'intervention des MG libéraux au sein de l'EHPAD (fonctionnement de type hospitalier avec médecin salarié exclusivement)

Le premier contact téléphonique se faisait soit avec la secrétaire de l'établissement, soit avec une des infirmières. Un entretien téléphonique avec le MCo était demandé.

Lorsque le MCo était disponible directement par téléphone, et après son accord pour sa participation à l'étude, le questionnaire était soumis, selon son choix, par téléphone ou par mail.

En cas d'indisponibilité du médecin lors de l'appel, un nouvel essai était effectué à un moment où le médecin était présent dans la structure.

Lorsque le médecin n'était pas joignable directement par téléphone, un contact par mail lui était proposé.

Le questionnaire a également été distribué lors de la formation au DU de médecin coordonnateur d'EHPAD à Lille en mars 2016.

C. Elaboration du questionnaire

Les deux premières questions portaient sur le profil général du MCo : son âge et son genre.

Les troisième et quatrième questions s'intéressaient à sa formation et son activité en tant que MCo

Une série de questions lui était ensuite proposée pour chacun des EHPAD où il exerçait actuellement, afin d'identifier le type et la taille de la structure, et son exercice au sein de cette dernière.

Enfin, nous revenions sur le parcours professionnel du MCo et ses autres activités libérales ou salariées.

La septième question était une question dichotomique, permettant d'aborder les relations de travail avec les MG au sein des EHPAD.

Le questionnaire se terminait en demandant son accord pour être contacté lors de la seconde partie de l'étude, proposant une interview approfondie sur le sujet des relations avec les MG.

D. Analyse des données

Les données recueillies ont d'abord été anonymisées puis retranscrites sur un tableau EXCEL.

Les données ont ensuite été réparties en deux groupes :

- Les données concernant le MCo
- Les données concernant l'EHPAD

Les pourcentages ont été calculés pour chacune des réponses.

II. Etude qualitative :

A. Choix de la méthode

Dans la deuxième partie de l'étude, il a été effectué une étude qualitative thématique, visant à interroger des MCo sur leurs relations avec les MG.

B. Choix de la population

L'échantillonnage était raisonné en variation maximale, réalisé à partir des résultats de la première étude quantitative.

Les médecins qui avaient donné leur accord dans le premier questionnaire quantitatif, étaient contactés par téléphone ou par mail selon leur choix, afin de fixer un rendez-vous.

Les interviews ont été réalisées en parallèle du recueil des données de la première étude quantitative. Les MCo étaient sélectionnés progressivement afin d'obtenir des profils et types d'exercices variés.

C. Elaboration du guide d'entretien

Les entretiens étaient individuels, semi-dirigés, à questions structurées et ouvertes. Le guide d'entretien (annexe 2) a été rédigé au préalable afin de guider les entretiens. Il a été modifié et enrichi au fil des interviews et des nouvelles données recueillies.

D. Analyse et recueil des données

Les enregistrements audio ont été faits par dictaphone. Les verbatim ont été intégralement retranscrits sur WORD et anonymisés (annexe 3)

L'analyse des données a été faite avec le logiciel N'VIVO. Un double codage a été effectué par deux chercheurs ; puis une triangulation des données a été réalisée.

Les interviews ont été poursuivies jusqu'à saturation des données, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

RESULTATS

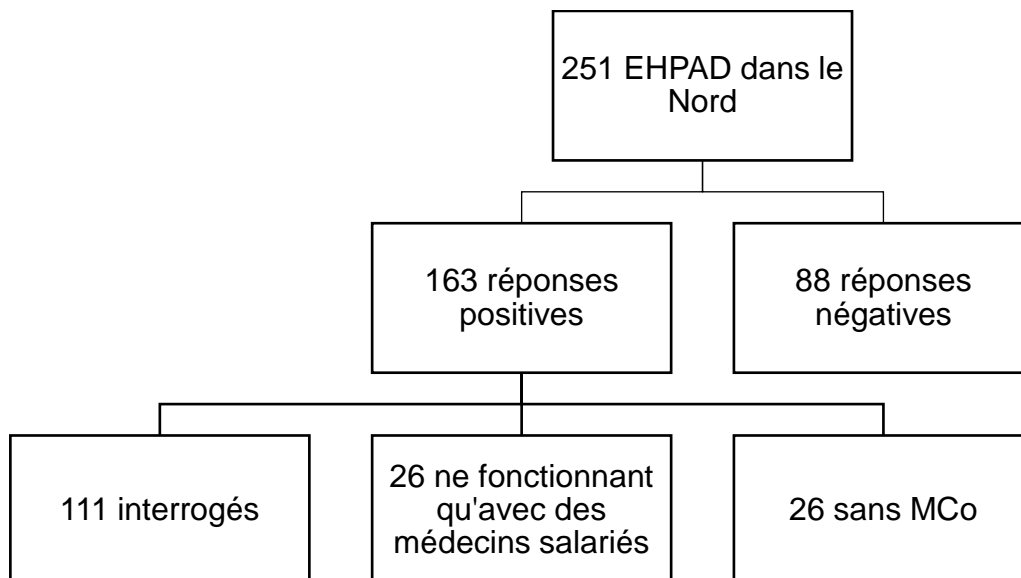
I. Etude Quantitative

A. Participation au questionnaire

Sur les 251 EHPAD du Nord, il a été obtenu 65% de taux de réponse.

Parmi ces EHPAD ayant répondu, 68% ne présentaient pas de critères d'exclusion et ont pu être inclus dans l'étude.

Tableau 1 : FLOW CHART



B. Résultats généraux

1. Données sur les EHPAD

L'étude a été effectuée sur un total de 101 groupes d'EHPAD, et non les 111 EHPAD cités ci-dessus. En effet, 3 MCo travaillaient dans un groupement de plusieurs petits bâtiments appartenant à une même direction:

- Un MCo travaillait pour un même ensemble composé de 6 établissements
- Un autre MCo travaillait pour un même ensemble composé de 2 établissements
- Un autre MCo travaillait pour un même ensemble composé de 2 établissements

De plus, pour un EHPAD, il existait 2MCo.

a) Le temps de présence du MCo

Le temps de présence est donné en Equivalent Temps Plein (ETP). Un ETP équivaut à un temps plein par semaine, soit 35h par semaine, soit 5 journées par semaine, soit 10 demi-journées par semaine.

La moyenne est de 0,39 ETP.

Tableau 2 : répartition des EHPAD en fonction du temps de présence du MCo par semaine

Temps de présence	0,1ETP	0,20ETP	0,30ETP	0,4ETP	0,5ETP	0,6ETP	1 ETP
Nombre d'EHPAD	9 (8,91%)	21 (20,79%)	7 (6,93%)	17 (16,83%)	38 (37,63%)	5 (4,95%)	4 (3,96%)

b) L'ancienneté du MCo dans l'EHPAD

L'ancienneté minimale du MCo était de 2 semaines, le maximum de 17 ans.

Tableau 3 : répartition des EHPAD en fonction de l'ancienneté du MCo dans la structure

Ancienneté	≤ 2ans	3 à 5ans	6 à 10ans	>10ans	Non communiqué
Nombre d'EHPAD	40 (39,6%)	22 (21,78%)	19 (18,81%)	15 (14,85%)	5 (4,95%)

c) Nombre de résidents dans l'EHPAD

Le nombre minimum de résidents par EHPAD était de 32, le maximum de 170.

Tableau 4 : répartition des EHPAD en fonction du nombre de résidents.

Nombre de résidents	≤ 44	45 à 59	60 à 99	100 à 199
Nombre d'EHPAD	14 (13,86%)	10 (9,90%)	60 (59,41%)	17 (16,83%)

d) Nombre de MG intervenant dans l'EHPAD

Le nombre de MG intervenant dans l'EHPAD était 1, le maximum 67.

Tableau 5 : répartition des EHPAD en fonction du nombre de MG intervenant dans la structure.

Nombre de MG	≤10	11 à 20	21 à 30	>30	Non communiqué
Nombre d'EHPAD	11 (10,89%)	31 (30,69%)	24 (23,76%)	21 (20,79%)	14 (13,86%)

e) Informatisation

Etaient considérées comme « informatisées », les structures utilisant un logiciel informatique pour la traçabilité des soins (prescriptions et/ou dossiers médicaux)

Tableau 6 : répartition des EHPAD en fonction de l'utilisation d'un outil informatique

Etablissement informatisé	oui	non	Non communiqué
Nombre d'EHPAD	96 (95,05%)	4 (3,96%)	1 (0,99%)

2. Données sur les MCo

Un total de 66 MCo a été interviewé. En voici les caractéristiques.

a) Genre

Tableau 7 : répartition des MCo en fonction de leur genre

Genre	Féminin	Masculin
Nombre de MCo	37 (56,06%)	29(43,94%)

b) Age

Le plus jeune MCo avait 29 ans, le plus âgé avait 69 ans. La moyenne est de 51,18 ans.

Tableau 8 : répartition des MCo en fonction de leur âge

âge	≤40 ans	De 41 à 50 ans	De 51 à 60 ans	≥61 ans
Nombre de MCo	17 (25,76%)	10 (15,15%)	25 (37,88%)	14 (21,21%)

c) Ancienneté en tant que MCo

La plus courte expérience en tant que MCo était de 2 semaines, la plus longue de 17 ans.

Tableau 9 : répartition des MCo en fonction de leur ancienneté en tant que MCo

ancienneté	<1an	De 1 à 5ans	De 6 à 10ans	>10ans
Nombre de MCo	6 (9,09%)	23 (34,85%)	16 (24,24%)	21 (31,82%)

d) Formation**Tableau 10 : répartition des MCo en fonction de leur(s) diplôme(s)**

Diplôme(s)	DU* de MCo	DESC** de gériatrie	Capacité de gériatrie	DU + capacité	Non débutée	Autre	Pas de réponse
Nombre de MCo	39 (59,09%)	1 (1,51%)	10 (15,15%)	9 (13,64%)	5 (7,58%)	1 (1,51)	1 (1,51%)

DU* = Diplôme universitaire

DESC** = Diplôme d'étude spécialisée complémentaire

e) Nombre d'EHPAD**Tableau 11 : nombre d'EHPAD suivi par MCo**

Nombre d'EHPAD	1	2	3	4	6	7
Nombre de MCo	38 (57,57%)	18 (27,27%)	7 (10,60%)	1 (1,52%)	1 (1,52%)	1 (1,52%)

f) Propre pratique de MG**Tableau 12 : répartition des MCo en fonction de leur propre pratique professionnelle de MG**

Propre pratique de MG	actuelle	ancienne	aucune	Non communiqué
Nombre de MCo	24 (36,36%)	30 (45,45%)	10 (15,15%)	2 (3,03%)

II. Etude Qualitative

A. Caractéristiques de l'échantillon

Dix entretiens ont été réalisés de février à décembre 2016. L'intégralité des verbatim est disponible en annexe 3.

L'ensemble des caractéristiques des MCo interviewés est regroupé dans le tableau 13.

Ces caractéristiques sont celles du MCo lors de l'entretien individuel et non celles récoltées lors de l'étude quantitative. En effet, plusieurs mois se sont parfois écoulés entre ces deux contacts. Par exemple, leur ancienneté ou leur situation professionnelle actuelle ont pu évoluer.

Les données sont tirées des déclarations du MCo.

Tableau 13 : caractéristiques de l'échantillon

	Sexe	Age (années)	Diplômes	Ancienneté de MCo	Nbre d' EHPAD	Caractéristiques de(s) l'EHPAD						Autre(s) activité(s) professionnelle(s)	
						Tps de présence (ETP**)	Date d'entrée dans l'EHPAD	Nombres de MG intervenant dans l'EHPAD	Statut	Nombre de résidents	Informatisé	Actuelle (s)	Passée (s)
MCo1	Féminin	49	DU*	Une dizaine d'années	2	0.4	2008	35	PrBNL***	75	oui	salariée à la MDPH 1j / semaine	MG remplaçante
						0.4	2014	35	public	84	oui		
MCo2	Masculin	56	DU et capacité de gériatrie	16ans	3	0.6	2009	Une trentaine par établissement	public	2 établissements : 86 et 40 résidents	oui		MG installé, Urgentiste
						0.6	2012	35	public	100	oui		
MCo3	Féminin	46	Capacité de gériatrie	11ans	6	1 (pour les 6 résidences)	01/2016	67	public	une vingtaine pour 5structures une trentaine pour 1structure	oui		Service hospitalier de gériatrie
MCo4	Féminin	29	DU	5mois	1	0,5	03/2016	Non connu	PrBNL	80	pour les prescriptions	médecin coordonnateur en HAD	MG remplaçante
MCo5	Masculin	65	DU	2ans ½	2	0,6	depuis 2ans ½	non connu	public	110	oui	Retraité MG installé	Maître de stage
						0,4	depuis 2ans ½	25	public	86	oui		

MCo6	Féminin	50	DU	14ans	2	0,4	09/2015	une vingtaine	public	61	oui	MG remplaçante, MCo dans un EHPAD du Pas-De-Calais	Salarié en SSR et dans d'autres EHPAD privés
						0,2	01/2016	une vingtaine	public	46	oui		
MCo7	Féminin	55	Capacité de gériatrie	3ans	2	0,2,	Depuis 3ans	6	PrBNL	20	oui	MG installée	
						0,2	Depuis 3ans	17	PrBNL	20	oui		
MCo8	Féminin	58	DU et capacité de gériatrie	14ans	1	0,4	janvier 2008	32	PrBL****	142	oui		MG remplaçante
MCo9	Masculin	32	Non débutée	1an	1	0,5	juillet 2015	3 +3médecins salariés	Public hospitalier	152	oui	salarié hospitalier en soins palliatifs	MCo
MCo10	Féminin	49	DU et capacité de gériatrie	17ans	1	1	2008	25	public hospitalier	136	Pour les prescriptions		salarié hospitalier

DU* : Diplôme université de médecine des personnes âgées et de médecin coordonnateur d'EHPAD

ETP** : Equivalent temps plein (temps de présence)

PrBNL*** : Privé à But non lucratif

PrBL**** : Privé à But lucratif

B. Résultats généraux

1. Relations entre MCo et MG

a) Entente générale

Six MCo déclaraient avoir de bons rapports avec la majorité des MG, même s'ils reconnaissaient rencontrer des difficultés avec certains: *« pour 80%, les relations se passent très bien, et il y a 20% pour qui c'est plus compliqué... »*(MCo1)

Les 4 autres MCo n'avaient pas de problème dans leurs relations avec les MG : *« je trouve que c'est agréable. Quand on lit, ou qu'on voit d'autres médecins lors des congrès, moi je n'ai pas de soucis. J'avoue qu'ici, ça se passe bien. »*(MCo10)

b) Travail en équipe

- Un réel travail en binôme ?

Deux MCo évoquaient la nécessité absolue d'un travail en binôme avec le MG : *« pour moi ce n'est pas possible autrement. Il ne faut pas qu'il y a cette défiance. On travaille, je ne vais pas dire main dans la main, mais voilà, on travaille pour un résident, dans l'intérêt du résident. Ça doit être synergique, ça ne doit pas être en opposition. »*(MCo5)

Le MCo4 ne définissait pas de réel travail en binôme : *« Est-ce qu'il existe un binôme ? Ça, c'est une bonne question... je pense que oui, on a besoin l'un de l'autre. Après dans la pratique, parler de binôme, c'est fort. Pour moi un binôme ça fonctionne ensemble, main dans la main, il y a un vrai échange. Je n'irai pas jusqu'à utiliser le terme de « binôme ». Après c'est une question de langue française. Mais il y a une barrière quand même. »*

- A quelles occasions ?

C'est lors de situations problématiques avec les familles des résidents, que 5 MCo décrivaient un réel travail en binôme: *« c'est vraiment important qu'on fasse bloc en quelque sorte. Qu'on ait les mêmes visions des choses. »*(MCo8).

Trois d'entre eux, évoquaient cette dualité également lors de soins palliatifs : *«lors de fin de vie ou dans les situations un peu compliquées. Il s'agit de situation où il faut que tout le monde ait le même discours, qu'on soit tous d'accord. Pour les familles il n'y a rien de pire que des discours différents.»(MCo6)*

Etait évoquée également, par 6 MCo, une coordination entre l'équipe de l'EHPAD et le MG. Des réunions étaient organisées lors de situations évoquées précédemment : *« Quand il y a eu des réunions avec les familles, il y avait la famille, l'infirmière coordinatrice, voire la psychologue de l'établissement. S'il y avait des problématiques, chacun donne son avis. Et après on se met d'accord sur la prise en charge qui va être prise, et aussi sur qui fait quoi. Ça évite de se tirer dans les pattes. Je trouve que pour la famille, c'est bien plus rassurant de voir qu'on collabore »(MCo7)*

Le MCo2 relatait un travail en binôme avec le MG lors de la rédaction de la liste préférentielle de médicaments : *« on a fait une liste des médicaments préférentiels. Ce qui est quelque chose de demandé, dans nos missions, par l'ARS.»*

c) Les moyens de contact

Le contact entre MCo et MG peut s'effectuer de plusieurs façons.

i. De la part du MCo vers le MG

- Lors de rencontres physiques :

La majorité des MCo décrivait des rencontres le plus souvent au hasard, dans les couloirs ou dans le bureau des infirmières, lorsque le MG venait faire ses visites mensuelles : *« au hasard de leur consultation, et au hasard de mes temps de présence. Actuellement je suis à temps plein, mais comme c'est sur 6 résidences... je les rencontre au hasard de leur emploi du temps, quand ils sont là au même moment que moi.»(MCo3)*

- Grâce au téléphone :

Les MCo appelaient le MG lorsque leur patient présentait un problème aigu, après ou avant d'intervenir.

L'ensemble des MCo déclarait prévenir le MG en cas de changements dans la prise en charge du patient par le MCo : « *Il y a toujours un retour, rien derrière leur dos. Je ne change pas de traitement ou de protocole.* »(MCo5)

L'ensemble des MCo appelait également directement les MG pour faire des recommandations dans le suivi global, hors situations d'urgence: « *quand il faut parler d'un résident ou modifier un traitement, je les appelle.* »(MCo1)

Le MCo6 n'appelait que pour des remarques jugées importantes, dans le but de ne pas déranger le MG : « *Uniquement quand c'est urgent, pour pas les déranger, parce que je sais ce que c'est, je fais encore des remplacements (...). C'est vraiment lors d'un gros changement que j'appelle le MG pour l'avertir, pour le tenir au courant (...). Mais je ne vais pas l'appeler en disant « j'ai mis de l'eau Hépar pour ton patient », il ne faut pas exagérer.* »

Le MCo8 trouvait que les appels téléphoniques lui prenaient du temps : « *c'est assez chronophage. Les informer c'est parfois compliqué. Il y a certains qui sont durs à contacter car on n'a pas leur portable. On a le secrétariat, qui peut être fermé.* »

- Par le biais de l'infirmière :

Pour 2 MCo, c'était par l'intermédiaire des infirmières que des messages ou recommandations étaient transmis aux MG : « *Quand il y a un problème, des fois ce n'est même pas moi qui appelle, c'est l'infirmière, elle dit « le docteur propose ça ». »* »(MCo10)

Pour 4 MCo, ce sont essentiellement les infirmières qui appelaient le MG pour demander une consultation d'un résident en cas de problème aigu, ou pour la visite mensuelle : « *l'infirmière a son planning, avec les dates de passage, et souvent c'est elle qui prévient chaque médecin, en début de semaine ou en fin de semaine précédente, en disant « vous avez la visite mensuelle de Mr ou Mme »* »(MCo7)

- A travers le dossier médical :

Trois MCo utilisaient le dossier médical pour laisser une trace écrite de leur désaccord avec le MG : « *Maintenant je mets un mot dans le dossier médical. Cela a*

plus de poids, au moins il a été informé, il ne peut pas dire, « je ne savais pas ». »(MCo6)

Quatre MCo écrivaient des informations ou recommandations jugées peu urgentes : « je mets un petit mot dans le dossier médical. Comme ça, lorsqu'il n'y a pas d'urgence, et lorsqu'il prend en charge son patient, il le voit. »(MCo6)

Le MCo6 utilisait ce moyen de communication lorsque le MG n'était pas joignable par téléphone : « Quand ils ne sont pas joignables, je prends la décision et je me mets un mot dans le dossier médical. »

- Grâce à des dossiers nominatifs :

Quatre MCo utilisaient ce moyen de contact pour transmettre des recommandations non urgentes : « dans chacun des EHPAD on a un classeur « médecin traitant ». Donc ils ont chacun une petite pochette à leur nom, et là, quelque fois, je leur mets un petit mot en disant « est-ce qu'il ne faudrait pas diminuer ça » « est ce qu'il ne faudrait pas revoir ça » ou « est-ce qu'il ne faudrait pas refaire une consultation pneumo/cardio ». »(MCo1)

Seul le MCo8 utilisait ce moyen pour convoquer le MG aux réunions de coordination annuelle : « On le met dans leur trieur. Car c'est la maison de retraite qui paye les médecins, donc ils ont des classeurs et ils doivent cocher quand ils passent. Normalement, ils sont obligés de regarder. Et il y en a, chez qui on voit les papiers qui s'accumulent, qui s'accumulent. On se demande s'ils regardent vraiment. On n'a pas même quelque fois de réponse. Il y en a qui disent qu'ils ne viennent pas. »

- Par mail :

Seul le MCo7 informait les MG par mail s'ils le souhaitaient : « Avec certains, j'envoie des mails. Ça dépend du souhait du MG. ». Ce moyen de communication pouvait générer des conflits : « il m'a répondu, en me disant qu'il avait lu le mail 5 jours après, parce qu'il ne regardait pas ses mails régulièrement, et qu'il aurait préféré avoir un coup de fil. J'ai répondu en m'excusant, en disant que j'avais choisi le mail, en pensant ça serait moins gênant pour lui. Je pensais qu'un coup de fil pendant une consultation l'aurait dérangé. »

- Par courrier :

Trois MCo envoyaient par courrier les invitations aux réunions de coordination annuelle : « *C'est la seule fois où j'envoie un courrier, parce que pour 35, je ne vais pas appeler 35 médecins, enfin c'est impossible! Donc c'est la seule fois* »(MCo1)

ii. Du MG vers le MCo

- Par téléphone :

Deux MCo déclaraient être disponibles sur leur téléphone personnel : « *Moi je donne même facilement mon portable pour être joignable. Ou parfois je leur envoie un SMS, c'est très pratique* »(MCo8)

Trois MCo étaient joignables par l'intermédiaire de la ligne téléphonique de l'EHPAD : « *Oui. Par mon téléphone(...) L'établissement a mes coordonnées.* »(MCo6)

- Par mail :

Deux MCo pouvaient être contactés par mail : « *Ceux qui le souhaitent, ont mon mail.* »(MCo7)

- Par le biais de l'infirmière :

Pour 2 autres MCo, les MG faisaient appel aux infirmières pour transmettre des messages: « *Par l'intermédiaire de l'infirmière, où il va dire : « demandez au Dr... de faire l'ordonnance ou de faire la prescription ou de modifier le traitement ».* »(MCo5)

d) Ententes et conflits : sujets et facteurs favorisants

i. Les recommandations de bonnes pratiques gériatriques

Tous les MCo déclaraient rencontrer des désaccords lorsqu'ils émettaient des recommandations de bonnes pratiques gériatriques au près des MG.

L'ensemble des MCo, face à cela, adoptait un simple rôle d'information, et respectait le choix du MG en évitant le conflit : « *je suis le médiateur, mais je ne me bats pas avec eux, je privilégie le bon rapport, qu'on s'entende bien. Après je dis, et ils*

font ou ils ne font pas. Ce n'est pas que ça m'est égal, mais c'est tout, je comprends, ce sont eux les médecins »(MCo1)

Le MCo8 mettait en avant l'importance de la bonne entente : *« J'essaye de trouver des compromis. Pour moi, c'est important d'avoir de bonnes relations parce que je trouve ça tellement plus agréable. J'essaye le plus possible, quand il y en a qui viennent, de leur parler. Mais ça ne marche pas forcément toujours. Mais j'essaye. »*

ii. L'importance du contact personnel avec les MG

Face aux difficultés relationnelles, 3 MCo adaptaient leurs propos afin de favoriser la bonne entente : *« je les appelle en marchant sur des œufs »(MCo1)*

Quatre MCo insistaient sur l'importance du dialogue et du contact entre professionnels pour entretenir de bonnes relations : *« c'est le contact qu'on a, c'est vraiment la relation humaine qui compte. »(MCo10)*

De ce fait, les relations étaient décrites comme étant plus faciles lorsque le MG intervenait régulièrement dans l'établissement : *« le MG passe régulièrement dans l'EHPAD pour voir ses patients, dans ces cas-là, on le croise dans les couloirs, on arrive à échanger, et ça facilite les choses car on le connaît, du coup on peut l'appeler beaucoup plus facilement »(MCo9)*

Six MCo travaillaient plus facilement avec les MG qu'ils connaissaient personnellement : *« il me dit « c'est facile, c'est mon copain, c'est ma copine ». C'est facile, il y a une relation de confiance finalement qui se fait »(MCo4)*

Les lieux d'échanges de pratique entre professionnels étaient décrits par 2 MCo comme favorisant les liens : *«j'ai toujours fait partie des MG de la Formation Médicale Continue. Ça fait quelques années que j'y suis. Et je les rencontre régulièrement. Dès qu'ils sont là, je vais vers eux. C'est par la relation et le dialogue je pense.»(MCo10)*

iii. Les différences selon les MG

Huit MCo déclaraient adapter leur prise en charge du résident et leurs investigations en fonction du MG : *«ça dépend des médecins, il y a des médecins pour qui je ne le ferai pas. Il y a des médecins, avec qui je m'entends bien, et ils me disent, « non attends je passe », ou ils disent « je n'aurai pas le temps, allez-y. »(MCo1)*

Cinq MCo jugeaient que l'âge du MG n'intervenait pas dans l'entente entre confrère : *« C'est vraiment une question de caractère. Comme avec beaucoup de*

gens, parce qu'il y a aussi des petits jeunes qui sont exigeants, voir plus que les anciens, et pas forcément agréables parce qu'ils sont jeunes finalement. »(MCo4)

Le MCo1 identifiait l'ancienne génération : *« il y a 20% pour qui c'est plus compliqué... parce qu'ils sont de la vieille école, parce qu'ils n'entendent pas les conseils, parce qu'ils n'ont pas envie, pas le temps »*

iv. Les différences selon la taille des EHPAD

Le MCo8 affirmait que les contacts avec les MG étaient favorisés dans les EHPAD de grande taille : *« comme c'est grand, on a un temps plein de médecin. Donc il y a tout le temps quelqu'un. »*

A contrario, 2 MCo mettaient en avant la petite taille des établissements de campagne, comme étant propice à la bonne entente : *« c'est plus « campagne », il y a moins de MG qui interviennent, par rapport à ici. De l'autre côté, il y en a 5 ou 6. Ici, il y en a une vingtaine. Je dirais que la facilité des déplacements en campagne, fait que c'est beaucoup plus facile de les joindre. Ici, c'est plus compliqué. Et le fait qu'ils soient moins nombreux, fait que je les connais davantage. Ça aide. »(MCo7)*

v. La propre expérience du MCo en tant que MG libéral

- Une influence positive dans la relation ?

Pour l'ensemble des MCo ayant une activité actuelle ou passée de MG, cette expérience favorisait les relations avec les MG en liant davantage de lien : *« je pense qu'on ne peut pas avoir une bonne relation, une relation privilégiée avec les MG, si on n'a pas été MG soi-même. »(MCo5)*

Pour 4 MCo, une activité de médecine générale rendait méfiants certains MG en se sentant d'abord perçus comme des concurrents : *« ils te regardent de travers : « vous faites quoi comme boulot ?.. » avec un petit air d'inquiétude, de savoir si je ne vais pas leur piquer leur patient. Au début c'est un peu ça et puis après, quand ils te connaissent, tout le monde est rassuré. »(MCo3)*

- La vision des MCo sur l'activité libérale

Pour certains MCo, leur propre expérience de MG leur permettait d'être plus compréhensifs sur le travail libéral : *« je sais ce que c'est de voir je ne sais combien de patients dans la journée, qu'on ne peut pas forcément se déplacer dès qu'on nous*

appelle, des contraintes du métier! Je comprends des moments quand on les appelle, ils ne peuvent pas venir dans la journée»(MCo1)

Sept MCo, ayant ou non une expérience libérale, décrivaient le MG comme étant pressé et non disponible pour un investissement dans la vie institutionnelle de l'EHPAD : *«la conjoncture actuelle fait que les MG sont débordés, partout, tout le monde part à la retraite, il n'y a personne de remplacé(...) je le sais bien car j'ai remplacé des médecins de là-bas, et je suis allée à l'EHPAD. Tu y vas, tu tires ta liste de patient, tu fais tes renouvellements, et tu te casses. Le MCo et tout ce qui a autour, il y a une méconnaissance, mais je pense qu'ils n'ont même pas le temps de pallier à cette méconnaissance et savoir qui je vois, quel jour je suis là aussi, parce qu'ils sont débordés. Ils font leur boulot de MG, sans même des fois voir les patients, parce qu'ils mangent, ou X... Ils passent leur carte vitale et ils s'en vont. Et la vie de l'EHPAD, etc... je pense qu'ils manquent certainement de temps, puisque débordement, de s'intéresser à tout ça. »(MCo4)*

Le MCo3 évoquaient le manque de disponibilités des MG pour les recommandations: *« C'est quand ils ont des difficultés. Sinon, moi, je ne vais pas venir, ils ont un temps de travail qui est compté, ils sont autonomes, s'ils ne me demandent rien, je ne vais pas leur dire « vous savez que... » Ou alors si, quelqu'un que je connais bien, qui est accessible à la discussion tout ça, je vais lui dire « tu sais que maintenant on fait tel truc... » On distille plutôt des petites infos, s'ils veulent bien les entendre. »*

vi. Les besoins de formations complémentaires

Trois MCo ne pensaient pas qu'une formation théorique complémentaire aiderait aux bonnes relations avec le MG : *«Par rapport à la relation avec le MG, non, pas besoin de formation... c'est une question d'humain finalement, comment veux-tu qu'on t'apprenne l'humain ? »(MCo4)*

Deux autres MCo pensaient au contraire, qu'une formation serait utile : *«on est censé être l'animateur d'équipe, de grand négociateur, mais finalement, c'est fait en fonction du caractère de chacun. Car nous ne sommes absolument pas formés à ça. »(MCo7)*

vii. Un soutien légal

- Un nouveau texte législatif ?

Deux MCo affirmaient qu'un cadre légal ne faciliterait pas leurs relations avec les MG : *« Je trouve qu'il vaut mieux expliquer le pourquoi, qu'un texte de loi, non ça ne va pas fonctionner. »*(MCo1)

- Le rôle de l'ARS

Deux autres MCo ressentait un manque de soutien de l'ARS lors de conflits avec des MG : *« Je pense que ça nous manque énormément. Je dirais de l'ARS et de toutes les instances professionnelles. Parce qu'aujourd'hui on est un peu les parents pauvres du système. On nous impose des choses, mais on ne nous aide pas pour que ça soit effectué correctement. Donc nous on rame dans notre coin. On essaye de faire communiquer les choses, maintenant c'est parfois très compliqué, très difficile, je ne vous le cache pas. »*(MCo2)

- Le contrat d'engagement mutuel :

Six MCo proposaient la signature du contrat mais faisaient face à de nombreux refus de la part des MG, qui revendiquaient leur liberté en tant que professionnel libéral : *« ils estiment que ce qui est dedans est fait, ils n'ont pas envie de signer. Comme ils sont libéraux, ils sont libres. »*(MCo10)

L'ensemble des MCo jugeait ce contrat inutile dans leur pratique quotidienne : *« je ne sais pas à quoi il sert ce contrat. Franchement je ne bats pas pour. Moi j'étais contre la signature quand j'étais MG. Et puis après je me suis rendu compte que ça ne m'engageait à rien du tout, donc je l'ai signé ce contrat. Chacun fait ce qu'il veut ! Mais pour moi ce n'est pas ça qui va faire changer le comportement du médecin par rapport à son résident ! »*(MCo5)

Pour le MCo2, ce contrat n'avait pas de poids quant à l'encadrement des heures de visites du MG : *« C'est écrit dans la chartre qu'ils ont signé, c'est écrit dans le contrat, c'est écrit dans les bonnes recommandations, c'est écrit partout. (...) Alors celui qui nous a fait des ennuis, oui, il l'a signé. »*

2. Le rôle du MCo

a) Dans le cadre des 13 missions du MCo

i. Les recommandations de bonnes pratiques gériatriques

- Sur demande du MG :

Six MCo étaient sollicités par les MG concernant une prise en charge médicale de leur patient. Ces demandes étaient décrites comme occasionnelles, portant sur des situations exceptionnelles: *« quand ils sont un peu en difficulté, quand ils n'ont pas d'idée pour un diagnostic... ça arrive. Je ne vais pas dire que c'est hyper fréquent, mais c'est déjà arrivé. »*(MCo7)

Trois MCo ne recevaient aucune demande de la part des MG: *« Le plus souvent, c'est nous qui intervenons et non pas eux qui nous demandent un avis. »*(MCo6)

- Sur demande de l'équipe :

Les infirmières ont été citées par 4 MCo. L'ergothérapeute a été cité par le MCo1. Les premières interpellaient les MCo pour des difficultés lors de la prise de traitements; le second pour des chutes à répétition: *« Les infirmières nous interpellent souvent pour ça : « tu ne crois pas qu'on pourrait arrêter, elle est tellement évoluée de toute façon » (...) les infirmiers sont en première ligne, ils voient tout ce que les gens peuvent prendre »*(MCo8)

- Lors des révisions de dossiers

C'est lors des synthèses annuelles organisées par l'EHPAD, que 3 MCo revoyaient chaque dossier médical. Ils contactaient ensuite le MG pour lui soumettre des recommandations: *« si je vois que le résident n'a pas eu de bilan depuis 2ans, qu'il y a des médicaments qu'on pourrait peut-être diminuer, qu'il n'a pas eu son contrôle de pacemaker, moi je fais l'intermédiaire, j'appelle le médecin. »*(MCo1)

- Concernant les recommandations générales :

Trois MCo surveillaient le suivi du poids et le bilan nutritionnel grâce au logiciel de l'EHPAD et sensibilisaient les MG au bilan nutritionnel : *« on est sensible à la nutrition,*

à l'albumine. Certains MG ne sont pas habitués, ne demandent pas, ou ils demandent les protides, alors qu'on a besoin de l'albumine spécifiquement et la CRP. Il y en a qui n'ont pas cette pratique. »(MCo8)

Le MCo7 profitait des rencontres fortuites pour émettre des recommandations globales: « Il y en a certains avec qui c'est plus simple. S'ils passent quand je suis là, j'essaye de venir leur dire bonjour. Certains viennent me saluer systématiquement. Des fois, j'en profite pour leur dire «j'ai vu passer ça, vous l'avez-vu ? » Il y a eu des recommandations de l'ARS qui sont sorties. Je leur ai montré individuellement quand ils sont venus. Ça se fait de façon informelle. (...) Par exemple, j'ai mis le petit livret de l'ARS à côté de l'ordinateur, en me disant qu'ainsi, ils iront peut-être voir. »

- Concernant la iatrogénie

80% des MCo interrogés effectuaient des recommandations sur les prescriptions médicamenteuses mais rencontraient des réticences de certains MG : « je fais des révisions de prescriptions, donc là, c'est un peu plus délicat... En général, ça ne se passe pas trop mal. Ca dépend en fait des médecins et des EHPAD : on revoit un peu les prescriptions et je dis « là, ben voilà pourquoi ? », donc avec certains ça passe, avec d'autres c'est plus compliqué. »(MCo6)

Seuls 2 MCo réalisaient les révisions de prescriptions de façon systématique : « tous les 3 mois, je revois toutes les prescriptions des résidents. De ce fait, je demande « est-ce que vraiment ce médicament-là est utile ou est encore utile ? »(MCo10)

Deux autres MCo déclaraient ne pas avoir de pouvoir contre la iatrogénie : « C'est infaisable. En pratique, il faudrait que je me plonge dans toutes les ordonnances. Mais je n'ai pas que ça à faire. C'est monstrueux. »(MCo3)

Le MCo6 évoquait d'autres alternatives pour sensibiliser le MG : « J'avais entendu sur Valenciennes, dans le cadre du dispositif « PAERPA », il y a une consultation avec un gériatre, le pharmacien référent de l'établissement et le médecin traitant. Ils revoyaient à 3, les prescriptions de leur patient pour faire un nettoyage d'ordonnance. C'est intéressant. »

Le MCo3 jugeait l'ARS plus légitime pour transmettre les recommandations : « C'est à l'ARS d'aller voir les MG, de peut-être faire des courtes formations, actualisons les formations, s'ils n'ont pas le temps d'y aller, les inciter à y aller. Et leur expliquer : «pour les infections urinaires, la prescription, ça ce n'est pas bon, ça c'est

bon ». C'est à eux de faire les formations, pas à nous. Nous, on n'a pas le temps, et eux ils n'ont pas le temps. (...) il n'y a pas d'obligation. On ne peut rien imposer au MG. Et ça, ils ne l'ont pas compris. Ils pensent que le MCo apporte la bonne parole, et qu'il a le temps de l'apporter ; et surtout que le MG a le temps de comprendre et de s'arrêter. »

- Concernant les soins palliatifs

Six MCo proposaient des changements thérapeutiques lors de soins palliatifs : *« c'est moi qui leur propose en les appelant en disant "c'est vraiment une fin de vie, est ce qu'on ne mettrait pas une petite sous cut ?" en leur proposant ce qu'on peut mettre dans la sous cut et là... je dirais qu'ils sont assez contents, ils me passent la main facilement, parce qu'ils ne gèrent pas trop ça. »(MCo1)*

ii. La coordination avec le réseau

Quatre MCo faisaient eux-mêmes appel à l'équipe mobile de soins palliatifs : *« Je les appelle. Vraiment ça se passe super bien. Et quand je les appelle, je dis «le MG, c'est le docteur untel ». J'envoie un fax avec les coordonnées du patient, son numéro de chambre ; le nom du MG, son numéro de téléphone et son adresse. Et avant de venir, ils vont contacter le MG en disant «on compte venir voir Mr ». Moi, j'aurai prévenu le MG en amont, s'il était d'accord pour que j'appelle l'équipe de soins palliatifs. C'est un travail à trois. »(MCo5)*

Le MCo8 se mettait en lien avec l'équipe mobile de psychogériatrie et négociait les examens complémentaires demandés par le MG.

Deux autres MCo faisaient le lien entre le MG et la pharmacie : *« le pharmacien me dit « je ne comprends pas sur l'ordonnance dans l'ordi, il y a deux fois le même médicament. » Donc dans ce cas-là, ça m'est déjà arrivé d'appeler « tu ne t'es pas trompé ? », « en effet j'ai tapé 2fois, tu peux retirer ». Donc quand il y a un problème de prescription je peux appeler. »(MCo3)*

iii. Les réunions de coordination

- La fréquence :

Sept MCo déclaraient organiser des réunions tous les ans.

Le MCo7 n'en faisait jamais : « *Elles n'ont pas eu lieu, parce que le directeur n'y est pas favorable. (...) Il trouve que ça ne sert pas forcément à grand-chose. (...) (Pour moi) ça peut être intéressant. Mais je ne suis pas sûre de mobiliser les foules. »*

Quatre MCo émettaient des réticences sur la pérennisation de ces réunions du fait du faible taux de participation : « *C'est la première que je fais. Et j'ai bien dit à la directrice que c'est la première que je fais, et je vais voir comment ça va se passer ! Ça sera peut-être la dernière, même si ce n'est pas légal. Je ne vais pas travailler pour faire une préparation, parce que c'est quand même du boulot*»(MCo5)

- La participation :

L'ensemble des MCo organisant des réunions de coordination, ne réunissait que très peu de MG : « *En général, sur 40 médecins, s'il y en a 3 qui viennent, c'est un grand maximum.* »(MCo3)

Etaient évoqués le manque de disponibilité des MG libéraux « *Pour ceux qui travaillent sur 4 EHPAD, ça fait 4 réunions ! Les journées de médecine générale sont longues.* »(MCo7) ; ou le manque d'intérêt : « *ceux qui viennent, c'est ceux qui sont intéressés par la vie de la structure, par comment on peut travailler ensemble* »(MCo3)

- L'organisation :

L'ensemble des MCo modifiait les horaires pour s'adapter au planning des MG : « *j'essaye de m'adapter, je dis « si vous voulez, on peut le midi ou à 20h ». Mais ils ont du mal* »(MCo10)

Le MCo6 faisait des réunions communes avec plusieurs EHPAD : « *un seul établissement faisait une réunion de coordination gériatrique et on invitait tout le monde. Et chaque année on changeait d'EHPAD. Et comme les MG intervenaient dans tous les EHPAD, si chaque EHPAD faisait la réunion, on n'allait pas pouvoir toucher beaucoup de médecins.* »

Certains essayaient de les rendre plus attrayantes : « *ce sont des moments conviviaux. Après, il y a toujours un petit repas. Il y a quand même de grands professeurs de Lille qui sont venus.* »(MCo10)

Lors de ces réunions, 2 MCo sensibilisaient les MG à l'informatique ou abordaient des problèmes organisationnels : « *C'est un des thèmes de la commission de gériatrie très mal perçu par certain. Vous savez, ça ne fait pas du bien de mettre le doigt où ça*

ne va pas. C'est bien le problème, c'est typiquement français ça. Faut quand même que je le dise, car c'est mon métier. »(MCo2)

iv. Les protocoles

Aucun MCo ne rédigeait des protocoles spécifiques pour les MG.

Quatre MCo évoquaient l'existence de protocole mais à destination de l'équipe infirmière de l'EHPAD. Deux de ces MCo évoquaient le manque de temps des MG pour lire les protocoles : *«ils n'auraient pas le temps de les lire. Ils font des passages éclairs en maison de retraite, comme ils font des passages éclairs au domicile (...) Ils sont complètement débordés. Donc on n'a jamais vraiment le temps de se poser et de leur dire « ah ben tiens, vous faites les bonnes pratiques de gériatrie ? J'ai un protocole à vous montrer... » Ou alors je peux en faire mais le gars il va être poli, il va le plier en deux, et puis il va le ranger chez lui. »(MCo3)*

Trois MCo déclaraient que les protocoles sont disponibles pour tous, y compris les MG.

v. La liste préférentielle de médicaments

Aucun MCo n'affirmait utiliser une liste préférentielle de médicaments dans leur EHPAD.

Seul le MCo2 avait rédigé cette liste avec les MG. Celle-ci n'était pourtant pas utilisée du fait de l'existence du « guide du bon usage du médicament en EHPAD » proposé par l'ARS. Deux autres MCo se référaient aussi à ce guide.

Le MCo10 avait créé un livret avec la pharmacienne: *« on s'est inspiré des grandes recommandations (Start and Stop etc...), et on a mis toutes les recommandations, et paramétré dans le logiciel, par exemple « TEMESTA, ne pas dépasser etc... » « ALPRAZOLAM, ne pas dépasser etc... ».»*

Le MCo3 trouvait infaisable la rédaction de cette liste : *« on se retrouve avec une cinquantaine de médecins, comment on les réunit tous en même temps pour discuter de quelle molécule choisir ? (...) Comment choisir celle-là plutôt qu'une autre, je n'en sais rien. »*

Trois MCo n'y voyaient pas l'intérêt : *« Non, je ne l'ai pas fait, je ne vois pas très bien l'intérêt. Je vais afficher cette fiche en salle de soins, ils vont à peine la regarder... et puis, chaque médecin a ses habitudes. S'il a l'habitude de travailler avec un*

antihypertenseur, je ne vais pas lui dire : « non, non, vous arrêtez de travailler avec celui-là, maintenant c'est celui-là ». »(MCo1)

Deux MCo affirmaient que la rédaction de cette liste était un projet à venir.

b) En pratique

i. Les prescriptions

- Lors de problème aigu :

Après être avoir été interpellé par l'infirmière, l'ensemble des MCo examinait le patient pour évaluer la situation.

Soit la situation était une urgence vitale et le MCo appelait le MG pour le tenir informé après avoir résolu la situation : « s'il y a quelque chose d'urgent, on gérait et on l'appelait derrière. »(MCo9)

Soit le MCo jugeait la situation comme étant une urgence relative et appelait le MG pour avoir ses instructions : « *Si je pense que c'est une urgence relative, et qu'on pourrait organiser une hospitalisation directe, je vais contacter le MG, en lui disant « voilà, il se passe ça, qu'est-ce que vous souhaitez ? Souhaitez-vous passer voir la résidente ? J'avais pensé faire ça, est-ce que vous adhérez ? Est-ce que vous voulez faire autre chose ? » »(MCo7)*

Cinq MCo demandaient l'accord du MG avant toute prescription : « *Avant de prendre quoi que ce soit comme décisions, avant de modifier quoi que ce soit comme traitement, j'appelle le MG. Je l'informe de la situation, je lui demande s'il est d'accord avec moi. Je lui propose de faire ça, à moins qu'il puisse passer. Sinon, il me donne le feu vert. »(MCo5)*

- Pour le suivi global :

Trois MCo prescrivait directement lorsque cela leur paraissait utile, même hors urgence vitale, puis informait ensuite le MG : « *les bilans systématiques, ou quelque fois, parce qu'ils oublient certaines choses. Nous, on est sensible à la nutrition, à l'albumine. Certains MG ne sont pas habitués, ne demandent pas, ou ils demandent les protides, alors qu'on a besoin de l'albumine spécifiquement et la CRP. Il y en a qui*

n'ont pas cette pratique. Ou on voit que ça fait longtemps qu'ils n'ont pas eu de bilan, plus d'un an, ou si il faut suivre quelque chose. Et on met le double au MG. Il est tenu au courant. Ils ne nous disent jamais rien. »(MCo8)

Le MCo6 proposait de prescrire le renouvellement de contention, les régimes, le certificat de décès ou les traitements à l'admission dans l'EHPAD dans le but de ne pas déranger le MG. Il s'occupait également du suivi des pansements : *«soit les infirmières ont un souci avec un pansement et elles vont m'interpeller, soit de temps en temps je fais le tour des pansements parce qu'elles me disent, « les MG ne regardent pas forcément » et moi j'aime bien, ça ne me dérange pas. »*

Six MCo trouvaient frustrant la limitation des prescriptions : *«pour des choses que je pourrai régler, qui me frustrent même d'ailleurs : des INR. Je trouve ça ridicule d'appeler un MG en pleine consultation, lui donner les poso du PREVISCAN avant/après. Alors que je suis là. C'est un peu dommage. »(MCo4)*

- En cas d'absence du MG :

Cinq MCo déclaraient prendre en charge les patients lorsque le MG était en vacances: *« le MCo à ce moment pallie un peu à l'absence du MG. Quand ils sont partis en vacances, qu'il n'y a personne, ou si c'est une question complexe sur un résident que le remplaçant ne connaît pas et on sait pertinemment qu'il ne pourra pas répondre à cette question, à ce moment-là on prend la décision. Mais je l'informe, toujours. Il y a toujours un retour. »(MCo5)*

- ii. Lorsque le suivi se fait exclusivement par le MCo

Le MCo9 proposait une prise en charge des soins exclusivement par des médecins salariés de l'EHPAD, excluant les MG libéraux : *« je pense que les patients qui sont suivis par les MCo qui font aussi du soin, sont mieux suivis que les patients qui sont suivis par les MG. Ils ont plus de chance en tout cas. S'ils ont mal, ils ne vont pas attendre le lendemain pour avoir un DOLIPRANE. C'est bête, mais... l'infirmière va lui donner son doliprane, mais s'il y a besoin de mettre un TOPALGIC, elle va attendre. Ça facilite quand même largement l'accès au soin. Mais s'il y a une infection, on ne va pas attendre le lendemain, elle sera vu par le médecin dans la journée. Elle*

chauffe à 39, le médecin l'ausculte, c'est une pneumopathie, on ne réfléchit pas et on met les antibiotiques, on ne va pas attendre le lendemain qu'elle décharge pendant la nuit et qu'elle soit transférée aux urgences. La double casquette coordination et soins me semble primordiale. »

Même s'il décrivait également cette facilité d'accès au soin lorsque le suivi était réalisé par le MCo, le MCo10 ne souhaitait pas réaliser le suivi exclusif : *« c'est quand même plus simple que ce soit mes collègues MG qui interviennent. Si j'ai moins de soins, j'ai plus de temps pour la coordination. Il ne faut pas non plus se faire manger par le soin, alors qu'il y a toute la coordination derrière. Il faut un bon équilibre. »*

Le choix du médecin traitant se décidait à l'admission : *« Selon la loi, ils ont le choix. Après, il y en a qui ne viennent pas d'ici mais des alentours, on leur propose et ils disent « il y a un médecin ici, c'est plus facile, donc je le prends ». Sinon, il y en a qui sont partis en retraite. Cette année et l'année dernière, il y en a quelques-uns qui sont partis en retraite, de ce fait, ils n'ont plus de médecin, et me prennent aussi. C'est le choix du résident. »*

Le MCo5 prenait en charge les soins en attendant le relai par le nouveau MG : *« pour les entrées qui sont délocalisées sur le plan géographique, pour qui, il faut trouver un nouveau MG. Mais on a un pool de MG qui prennent les entrées. Là, j'ai dû dépanner parce que le médecin qu'on visait était en vacances, donc je l'ai remplacé pendant un mois, mais secrètement et discrètement. Là c'est bon, j'ai passé le relais. »*

Le MCo8 décrivait une situation où il était plus simple de réaliser le suivi d'un résident : *« il y a même une résidente qui n'a jamais eu de MG. On a toujours fait office. Parce qu'elle avait des troubles cognitifs importants et c'était compliqué. Donc on a toujours géré. On a fait faire des économies ! »*

Le MCo9 contactait le MG lors de l'admission du patient en EHPAD. Le choix du médecin traitant ce faisait par le MG : *« même s'ils sont situés non loin de l'EHPAD, certains disent « je ne fais plus de suivis là-bas, ils se débrouillent, il y a des médecins sur place, c'est fait pour ».*

iii. Etre utile au MG

Six MCo aidaient les MG dans des tâches jugées chronophages : *« je sais très bien qu'ils n'ont pas le temps. Donc plus de l'entraide. Les BMR tout ça, j'ai le temps de chercher, j'ai le temps de voir ce qu'il faut mettre en place. C'est vrai que j'ai plus le temps. »*(MCo4) ; *« je les contacte en disant « ben voilà, ça, ça pourrait être*

programmé. Vous, vous n'avez pas forcément le temps, moi je peux passer des coups de fils. On pourrait programmer l'hospitalisation sans passer par les urgences, est-ce que vous êtes partant ? pas partant ? »(MCo7)

Pour ces MCo, leur rôle était d'être utile pour les MG, mais cette aide n'était pas comprise comme telle: « La difficulté majeure c'est de faire comprendre, qu'on a éventuellement un rôle d'aide, de conseil auprès des MG(...) On est perçu plutôt comme des personnes qui mettent des bâtons dans les roues, plutôt que des personnes qui essaient d'aller dans l'arrangement des choses. »(MCo2)

iv. Mise à jour du dossier informatique

Le MCo6 intégrait les données informatiques : « tout ce qui est antécédents ou allergies : j'ai tous les dossiers médicaux. Je les ai tous intégrés sur le dossier informatisé. Je demande aux infirmières de me noter tous les résidents qui partent en consultation. Il y a un courrier type à utiliser lorsque le résident part en consultation ou en hospitalisation et qu'elles mettent dans le dossier. Une copie est adressée au MG et une autre, m'est adressée également, cela afin que dans le suivi du parcours de soin du résident, je sois informée et que je puisse l'intégrer dans son dossier informatique. »

3. Interventions du MG dans l'EHPAD

a) Les visites

- La programmation des visites mensuelles:

Pour 4 MCo, le planning des visites mensuelles était organisé de façon variable d'un MG à un autre : « Ce sont eux qui décident. Il y en a qui aiment bien voir leur patient tous les mois. Donc on sait la date pour la prochaine fois. Il y en a qui disent « vous m'appellez si besoin, ou vous me tenez au courant ». Ce sont vraiment eux qui décident. Nous, on suit. C'est variable d'un MG à un autre. »(MCo10)

Deux MCo relataient des passages systématiques pluri hebdomadaires pour les MG ayant une grande patientèle : « Il y a certains médecins qui passent systématiquement par exemple lundi/jeudi ; une autre passe mardi/jeudi, un autre passe lundi/mercredi/vendredi. En dehors, c'est plus compliqué de les faire venir. (...)

il y a un médecin qui suit environ 20 patients. Il en a énormément lui ! Donc forcément il vient régulièrement (...) c'est arrivé que même avec celui qui en a beaucoup, je téléphone et qu'il me dise « ça peut attendre, je la reverrai demain ». Il n'aime pas que je fasse quelque chose donc il dit « je la verrai demain »(MCo8)

Dans un EHPAD du MCo1, c'est la pharmacie qui organisait la fréquence des visites : *« c'est la pharmacie qui appelle directement les médecins, en disant « on va être en rupture de médicaments, il faut que vous passiez »*

Le MCo3 soulevait la problématique des visites non programmées : *« il y en a toujours quelques-uns qui viennent malgré tout quand on s'y attendait pas. Mais dans la plupart des cas, on organise avec les infirmières leur venue (...) J'ai toujours fait en sorte de gérer leur venue parce que c'est confortable pour tout le monde. C'est même confortable pour eux. Car si on sait quand ils viennent, on prépare les dossiers, on prépare leur venue. Si on ne sait pas, le gars il arrive, on est en train de faire des soins, ou alors le kiné prend déjà en charge le patient. »*

- Les heures de visite:

Six MCo rencontraient des difficultés concernant les heures de passage de certains MG : *« Il y a des horaires à respecter. J'estime qu'une personne âgée, qui est en salle à manger, doit pouvoir bénéficier de son repas chaud. Pour moi, c'est un moment de convivialité, c'est un moment très important car avec les gens âgés, on a beaucoup de difficulté à ce qu'ils mangent correctement. Je pense que ce n'est pas le moment de les embêter pour un renouvellement de médicaments. Voilà. C'est très mal perçu par certain. »(MCo2)*

- Les demandes visites supplémentaires :

Lors de problèmes aigus, hors urgences vitales immédiates, 2 MCo jugeaient les MG disponibles : *« Je sais que chez une de mes collègues, lorsqu'ils appellent, le MG arrive 3 jours après. Moi j'avoue que je n'ai pas ce problème-là. Peut-être parce qu'ils savent que si on appelle c'est que ça ne va pas. Je ne sais pas... mais ils viennent. »(MCo10)*

Le MCo7 rencontrait des difficultés : *« c'est relativement facile quand c'est une visite qui est programmée. Par contre, quand il y a des pathologies aiguës, ils ne sont pas toujours dispo parce qu'ils auront autre chose à faire, donc ça, ça peut être parfois compliqué(...) c'est difficile de les faire venir... ça c'est mon interprétation, mais je*

pense que c'est parce ça prend trop de temps. Et en plus c'est la ville, donc pour peu qu'ils soient installés à l'autre côté de la ville, ils risquent de perdre une demi-heure pour venir à l'EHPAD, plus 20minutes, plus une demi-heure. Ca fait 1h20 pour la visite.»

- Le bureau d'examen :

Le MCo6 relatait les difficultés rencontrées avec un MG : « Un jour, je rentre à l'infirmierie, la porte était fermée et je ne frappe pas, parce qu'il n'y a pas de soins à avoir à l'infirmierie, il n'y a que de la gestion administrative. Ce confrère en l'occurrence me dit « vous ne frappez pas lorsque vous entrez ? ». Je lui dis « non pas à l'infirmierie, parce que pour moi l'infirmierie ce n'est pas un lieu de consultation, il n'y a pas de table d'examen ». J'en avais référé au directeur. En plus, c'était l'infirmier qui devait amener les résidents à l'infirmierie pour que monsieur, ça aille plus vite ! C'est de l'abattage. Je lui ai fait la remarque « palper un abdomen chez quelqu'un assis, position à 90 degrés, c'est compliqué ! ». »

- L'accompagnement lors des visites:

Pour l'ensemble des MCo, une infirmière se libérait afin d'accompagner le MG lors de ses visites et de faire les transmissions. L'infirmière était appelée par téléphone quand le MG arrivait dans la structure. L'infirmière accompagnait également le MG dans l'utilisation du logiciel informatique.

Le MCo6 avouait que cet accompagnement n'était pas toujours faisable pour les infirmières : « elles ne peuvent pas forcément tout le temps accompagner le MG. »

Le MCo8 évoquait la nécessité d'améliorer le contact avec les infirmières pour le MG : « il n'y a pas toujours une présence en salle de soins, il suffit de demander à l'accueil. Ils ont leur téléphone. Mais il y en a qui disent « il n'y a jamais personne en salle de soin, comment on fait pour les avoir ? » «Il faut demander à l'accueil quand vous arrivez, vous le dites. » mais c'est vrai en en parlant, je me dis que ça serait quand même bien de donner un petit peu d'informations expliquant comment on fonctionne, les numéros de poste à appeler. Ça serait bien c'est vrai. ».

b) Les transmissions et dossier médical

L'ensemble des MCo décrivait le mode de transmission variable en fonction des MG : oral, sur le dossier papier, par informatique.

Le MCo5 ne rencontrait aucun problème concernant la rédaction informatique des transmissions par les MG : *« ça fait partie aussi de cette commission gériatrique d'en parler, l'intérêt c'est que le résident ait un dossier qui soit complet, où tout soit noté et acté (...) maintenant ils s'y tiennent tous, à peu près. »*

Des MCo relataient que certains MG ne transmettaient aucunes informations ni oralement ni par écrit. Le manque de temps en était la cause pour 2 MCo : *« il y en a qui ne sont pas forcément sympas, qui vont shunter l'infirmière, qui vont shunter l'ordinateur, qui vont faire leur prescription papier, les poser sur le bureau, et ni vu ni connu ils partent. Mais ça ils ont le droit. Ils ont le droit. Donc il y en a qui participent, il y en a qui ne participent pas. Il y en a qui bossent avec nous, il y en a qui ne bossent pas (...) Par expérience on a toujours énormément de difficultés à faire en sorte que les MG mettent au moins des mots dans les dossiers. Il y en a qui vont me dire « ça va, je suis libéral, j'ai quitté l'hôpital, je n'ai de compte à rendre à personne donc... » (...) Et puis il y en a d'autre qui n'ont pas le temps (...) je leur propose toujours, plus qu'il y ait une traçabilité, on leur dit, « ce n'est pas grave l'ordi, ce n'est pas obligé, on garde toujours la trame papier ».»(MCo3)*

c) L'informatique

Pour 90% des MCo, le refus par de nombreux MG d'utiliser l'outil informatique restait problématique.

Pour 2 MCo, aucun MG n'utilise l'informatique. Pour les autres, seule une minorité refusait : *« j'ai 80% des médecins qui travaillent avec le logiciel qu'on a, ce qui n'est pas mal. J'ai encore des problèmes avec d'autres, toujours les mêmes, qui refusent de marcher avec le logiciel. Et qui travaillent encore par fax, par coup de téléphone, et par truc comme ça, ce qui est absolument illégal. Seul le médecin du SAMU peut faire une prescription téléphonique. »(MCo2)*

Ce refus favorisait les erreurs pour le MCo7 : *« il y a des médecins qui viennent, qui ne vont pas sur l'ordinateur, ils ont toujours leur vieille fiche de traitement, sur leur ordinateur ou je ne sais pas quoi, ce qui fait qu'en faisant le renouvellement de traitement, il y a tout le temps des erreurs. Alors on doit les rappeler : « est-ce que c'est une erreur ou est-ce que vraiment vous avez changé le traitement ? » « Ah ben non, j'ai dû me tromper » Ceux qui ne vont pas sur l'ordinateur, c'est vraiment casse-pieds ! »*

Les prescriptions papiers des MG étaient retranscrites sur le logiciel informatique par les infirmières pour 4 MCo. 2 MCo s'en chargeaient.

La diversité des logiciels dans chaque EHPAD, le caractère chronophage, ou la difficulté de manier l'informatique pour les MG plus âgés étaient cités comme étant des causes du refus : *« Quand vous allez sur plusieurs EHPAD, les logiciels ne sont pas les mêmes. Après, la moyenne d'âge des médecins est relativement élevée. Ceux qui ont 30 ou 35 ans, sont nés avec un ordinateur dans le berceau. Les personnes qui sont plus en fin de carrière, sont certainement moins à l'aise pour passer d'un logiciel à un autre. »*(MCo7)

d) L'accueil dans l'EHPAD

- L'admission :

Le MG n'intervenait pas lors des procédures d'admissions du résident au sein de l'EHPAD : *« le MG, son rôle, c'est de remplir le dossier médical national, de remplir la grille, les antécédents etc.... Son rôle est là et ça s'arrête là. Il n'intervient pas du tout dans l'admission. »*(MCo3)

- Le guide d'accueil :

Lors de la première visite des nouveaux MG dans l'EHPAD, aucun MCo n'avait élaboré de guide d'accueil. Les informations concernant le fonctionnement de la structure étaient transmises par oral : *« C'est oralement, c'est l'infirmière qui explique au fur et à mesure comment ça marche. Ou qui explique tout de suite. »*(MCo3)

Trois MCo trouvaient utile la rédaction d'un guide : *« je me dis que ça serait quand même bien de donner un petit peu d'informations expliquant comment on fonctionne, les numéros de poste à appeler (...) je me dis qu'on a certainement un travail à faire pour qu'ils soient mieux accueillis, qu'il y ait un support papier, pour qu'ils puissent s'y référer. »*(MCo8)

Trois autres MCo n'en trouvaient pas l'intérêt : *« c'est plus oral qu'écrit. Leur donner le projet de soin, avec le projet d'établissement, je pense que c'est illusoire. Ils ont trop peu de temps. »*(MCo10)

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. La première partie quantitative

- **Nous avons obtenu un taux de réponse satisfaisant à 65%.**

Nous avons été confrontés à la difficulté de joindre les MCo par téléphone: la plupart n'étant pas présent à temps plein dans la structure, il a d'abord fallu identifier leurs jours de présence. Puis, nous avons multiplié nos appels pour réussir à les contacter lorsqu'ils étaient disponibles.

Nous avons également proposé le questionnaire par mail, ce qui a permis d'augmenter le taux de réponse.

Cinq MCo ont été interrogés lors de leur formation au DU de MCo.

De plus, le questionnaire était court, composé de questions simples et ciblées.

- **Le biais déclaratif**

Concernant les données, l'étude ne se basant que sur les dires des MCo, on note un biais déclaratif, avec les limites, voire les incertitudes que cela peut générer.

- **Un élément clé pour participer au projet**

La dernière question permet d'ouvrir la réflexion sur leur relation avec les MG, en espérant ainsi encourager le MCo à participer à la seconde partie qualitative de l'étude.

B. La seconde partie qualitative

- **Sélection des interviewés**

L'un des points forts de cette étude est l'analyse quantitative initiale, permettant la sélection des participants en variation maximale.

Néanmoins, il faut noter le caractère non représentatif de l'échantillon, inhérent à l'étude qualitative.

On peut supposer également que les MCo répondant à l'étude se sentent davantage concernés par le sujet, générant un biais de sélection.

- **Le choix de la méthode qualitative**

La méthode qualitative est la plus appropriée pour évaluer un ressenti. Le questionnaire semi-dirigé permet de recueillir une opinion plus riche et spontanée qu'avec des questions fermées. Le caractère anonyme favorise les confidences dans le non jugement.

- **Le biais d'interprétation**

Le biais d'interprétation est minimisé par la retranscription intégrale des verbatim et la triangulation des données.

- **La durée des entretiens**

Les entretiens ont duré entre 19 et 59 minutes (41 minutes en moyenne), ce qui a permis d'explorer un grand nombre de critères.

II. Analyse des principaux résultats

A. Profil des EHPAD

- **Ancienneté des MCo dans la structure**

Dans 40% des EHPAD contactés, les MCo sont présents depuis moins de 2ans, ce qui suppose un turn-over important de la part des MCo. Ces changements réguliers ont été également évoqués dans la phase informelle des interviews individuelles. Cette donnée ouvre une interrogation : est-ce que ce turn-over n'est pas un frein à l'établissement d'une relation durable entre le MCo et les MG ? Les causes et conséquences de ces changements de MCo seraient à explorer dans une autre étude.

- **Le temps de présence**

Dans presque 38% des EHPAD contactés, le MCo travaille à mi-temps. Ce qui, là encore, n'ouvre pas un grand champ de possibilités de rencontre avec le MG.

Par ailleurs, on peut noter que 45,5% des EHPAD ne respectent pas le temps de présence minimum du MCo imposé en fonction du nombre de résidents(9) L'explication n'a pas été évoquée dans nos entretiens : est-ce du fait de la non disponibilité du MCo ? Est-ce une question de financement ? Là encore, des questions qui mériteraient un approfondissement.

B. Profil des MCo

- **Moyenne d'âge**

La moyenne d'âge que nous avons retrouvée (51 ans) est similaire à celle des médecins du Nord en 2013 selon l'INSEE (22)

- **Genre**

Nous constatons un pourcentage plus élevé de femmes MCo (56% de notre panel) par rapport aux 39% des médecins du Nord-Pas-de-Calais en 2013 selon l'INSEE.

- **Formation**

Presque 90% des MCo possèdent une formation en gériatrie, comme demandée dans le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 (7)

60% des MCo interrogés possèdent le DU. Il est intéressant de noter qu'une étude en 2014, portant sur « les facteurs de motivation à exercer la fonction de MCo » (23), retrouve ce même chiffre alors qu'elle repose sur un biais de recrutement.

C. La relation entre MCo et MG

1. Les échanges entre MCo et MG : une relation humaine

- **Facteur favorisant les bonnes relations : d'abord le dialogue**

La plupart des MCo interrogés estime avoir de bonnes relations avec la majorité de leurs collègues MG. Ce résultat est similaire à celui des études déjà publiées (19). Ces dernières soulignent, comme nous, l'importance des rencontres physiques et du dialogue téléphonique pour favoriser la bonne entente.

- **L'atout d'être ou d'avoir été MG**

Un lien uni le MG et un grand nombre de MCo : tous deux ont, ou ont eu, une activité libérale de médecine générale. Ce lien est potentiellement un atout favorisant la compréhension du MCo et la confiance du MG. C'est particulièrement vrai par le fait que notre étude montre que 82% des MCo ont une activité actuelle ou passée de MG.

Les liens amicaux, souvent construits lors des formations communes, potentialisent cette bonne entente.

- **Le contrat d'engagement mutuel : inadapté ?**

Dans ce contexte et à contrario, ce n'est pas le contrat d'engagement mutuel qui favorise la coordination entre la vie institutionnelle et la pratique libérale ; et cela pour deux raisons :

D'une part, d'après les MCo interrogés, de nombreux MG expriment leur réticence vis-à-vis de ce contrat qui, selon eux, porte atteinte à leur indépendance professionnelle. On retrouvait déjà ce même constat en 2012 dans une étude réalisée dans les Pays de la Loire, où seuls 38% des MG l'avaient signé.(24)

D'autre part, les MCo considèrent que ce contrat n'est pas un outil adapté pour encadrer la coordination avec les intervenants libéraux. Sur la question des heures de visites, ce contrat instaure une obligation avant tout morale qui n'empêche nullement les conflits.

Le concept d' « engagement mutuel » qui est utilisé dans ce type de contrat, est généreux, mais se heurte à une réalité : le MG est profondément libéral, c'est-à-dire peu ou pas enclin à parapher le moindre engagement écrit, fut-il mutuel. Toutefois,

cette non-signature n'est pas un désaveu. Les MCo estiment qu'une majorité des MG adapte, de fait, leur organisation à celle de la structure.

L'absence de tout type de contrat pose problème, par contre, en cas de désaccord. Le MCo peut se trouver désarmé pour appliquer la totalité de ses missions sans la participation du MG. Dans cette situation, le MCo n'a pas d'outil pour agir, n'ayant ni pouvoir hiérarchique ni formation au management. Ainsi, il privilégie une attitude conciliante en favorisant le compromis et le rapport confraternel.

- **Les réunions de coordination annuelle : impossibilité de les mettre en place**

Les réunions de coordinations annuelles ne sont pas citées comme étant un lieu d'échange, du fait de la faible participation des MG. Leur organisation ne semble pas pouvoir être corrélée avec l'organisation libérale des MG.

- **L'apport d'un guide d'accueil**

En 2013, dans le cadre d'un mémoire de DU, la création et l'utilité d'un « guide d'accueil du médecin traitant intervenant en EHPAD » ont été étudiées. Ce guide avait pour but d'améliorer et de faciliter la tâche des MG libéraux, d'optimiser leur temps de visite, de les informer et de favoriser les échanges avec le MCo.(19)

Aucun MCo interviewé n'utilise actuellement ce genre d'outil. Le format papier apparaît comme encombrant et chronophage. Pour les MCo, la transmission orale des informations semble être plus pratique pour sensibiliser les MG. Seul un MCo reconnaît l'utilité d'un tel outil pour majorer la visibilité de l'organisation de la structure.

- **Les contacts spontanés et informels : plus efficaces que les propositions formalisées**

Comme retrouvé dans le travail de thèse réalisé en 2015 sur le rôle du binôme entre MG et MCo (14), les rencontres informelles semblent être le principal mode de communication, propices aux échanges entre professionnels. Ces échanges sont complétés par des communications téléphoniques, par mail ou à travers les dossiers médicaux, peu perturbateurs de l'organisation du travail libéral du MG et en cohérence avec le temps de présence souvent partiel du MCo.

2. La coordination des soins entre MG et MCo

- **Le travail en binôme: une priorité pour les soins palliatifs**

C'est lors des relations conflictuelles avec les familles, ou principalement lors des soins palliatifs, que le travail collégial entre MG et MCo est primordial.

Dans la thèse réalisée à Lille en 2013 consacrée aux soins palliatifs en EHPAD, on retrouve ce même constat : les MG ont une part active à la vie de l'EHPAD au moment de la prise en charge palliative de leurs patients; ils sont spontanément cités dans 53% des cas lors de la décision du passage du résident en soins palliatifs. (25) Plus récemment en 2016, une thèse portant sur l'équipe mobile de soins palliatifs, appuie de nouveau sur l'importance de la qualité de la relation entre le MCo et le MG pour l'appropriation par les MG de la démarche palliative.(26)

- **Les contraintes de l'activité libérale et les impératifs de la vie institutionnelle : un monde opposé ?**

Dans notre étude, les MCo ont conscience des contraintes imposées au MG durant leur travail en EHPAD.

Tout d'abord, les visites en EHPAD sont jugées comme étant chronophages. Le temps passé auprès des personnes âgées dépendantes est de 16 minutes en moyenne, selon une étude réalisée en 2012 chez des MG exerçant dans les Pays de la Loire. A cela, il faut ajouter le temps de trajet, et les démarches dites « administratives » : remplissage du dossier, utilisation du logiciel informatique, transmissions avec l'équipe de l'EHPAD, etc....

De plus, le suivi des personnes âgées dépendantes poly pathologiques et fragiles demande du temps. Il demande des réévaluations cliniques régulières, des conciliations médicamenteuses, des fins de vies, l'information des familles, etc...

Enfin, dans le contexte démographique actuel de vieillissement de la population et du manque de médecins, les MG sont déjà très sollicités et le seront encore plus dans les prochaines années.

Malgré ces contraintes relevées par les MCo, force est de constater que l'indisponibilité des MG est à modérer. Un travail de thèse réalisé dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015, montre que sur 102 entrées aux urgences de patients vivant en EHPAD, 28% des patients sont adressés avec une lettre du médecin traitant contre

4% par le MCo.(27) Cela suppose une certaine disponibilité du MG à se déplacer lors des urgences. Les données fournies dans cette thèse ne permettent pas néanmoins de dégager les caractéristiques de ces MG, ou de les comparer au nombre de MG ayant refusé de se déplacer en cas d'urgence.

Les MCo interviewés avancent l'idée que les MG les plus disponibles ont plutôt tendance à «aimer» la gériatrie, à suivre de nombreux patients, et ainsi à venir régulièrement dans l'établissement et s'y intégrer d'autant plus facilement.

- **MCo au service du MG ?**

Dans notre étude, pour atténuer les contraintes des MG dans leur activité en EHPAD, tous les MCo interrogés se mobilisent. Ils estiment que leur compétence, leur disponibilité, et leur présence dans l'EHPAD leur permettent d' « aider » leur confrère.

Pour cela, ils assurent spontanément différentes missions: évaluation et prise en charge des problèmes aigus, permanence des soins en cas d'absence du MG, révisions des ordonnances, prise en charge des soins palliatifs, accompagnement lors des visites et pour l'utilisation de l'outil informatique, suivi des pansements etc...

Ces mêmes interventions du MCo étaient déjà relatées en 2012, lors d'une étude réalisée dans un EHPAD à Macon (17)

Ces missions vont au-delà du rôle initial du MCo stipulé dans les textes de lois. L'ensemble des MCo souligne, de ce fait, l'importance, dans ces situations, de s'adapter aux MG : avec certains, un accord implicite a été établi les autorisant ou pas à agir immédiatement ; avec d'autres une discussion au préalable est nécessaire.

Si cette démarche du MCo peut paraître intéressante, il n'empêche qu'elle peut être mal perçue par certains MG pour qui la prescription relève de leur seule autorité.

Ainsi, dans le flou des limites du champ d'action du MCo, des désaccords apparaissent. Le dialogue entre MCo et MG est là encore, essentiel.

3. La bonne pratique gériatrique

- **Des difficultés d'action du MCo ?**

A contrario des prescriptions, les recommandations de bonnes pratiques gériatriques font, elles, partie des missions demandées aux MCo. Pour autant, ces

derniers sont confrontés, là aussi, à certaines difficultés. Les MCo déclarent avoir davantage un rôle consultatif et d'information ; le MG reste le décisionnaire final.

- **MCo = référent gériatrique en EHPAD ?**

Dans la plupart des cas, les MCo ne se sentent pas perçus comme étant le référent des bonnes pratiques gériatriques. Dans ce sens, ils ne sont que très peu sollicités par les MG pour un avis concernant les soins. Les propositions émanent majoritairement du MCo et non d'une demande du MG. Les MCo défendent pour autant leur formation spécifique et leur disponibilité, complémentaires aux actions du MG.

Il en est de même pour la lutte contre la iatrogénie. Les MCo déclarent des difficultés à s'y atteler, du fait de la réticence et la méfiance de certains MG. Les MCo se sentent perçus comme ayant un rôle « répressif » mettant en avant les éventuelles « erreurs » des MG. Les difficultés pour les MCo à faire appliquer les bonnes pratiques de gériatrie ne seraient-elles alors qu'une question de forme et de diplomatie ?

Il est important de souligner que la formation au DU de MCo est majoritairement accès sur ces recommandations, ce qui suppose l'importance théorique de cette mission face aux missions jugées plus administratives comme le rapport d'activité. Une étude serait à mener pour explorer la perception du rôle et de la formation du MCo par les MG.

- **L'apport du MCo face aux sources d'informations extérieures à l'EHPAD ?**

Dans le but de diminuer la iatrogénie, il a été demandé au MCo, avec l'aide des MG, de rédiger une liste des médicaments préférentiels. Dans les faits, sa rédaction ne semble pas réalisable d'une part, par manque de temps, d'autre part, par une perception d'inutilité. En effet, il existe déjà, un « guide de bon usage des médicaments en EHPAD » publié par plusieurs ARS.

Par ailleurs, d'autres acteurs externes participent activement à l'amélioration des soins en EHPAD : l'HAS avec ses recommandations, les équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs, ou encore les médecins spécialistes hospitaliers. D'autres informations sont disponibles pour le MG lors des Formations Médicales Continues, des congrès ou à travers les revues médicales. Quelle est alors la place du MCo parmi tous ses intervenants ?

Cette question de l'accès aux différentes sources d'informations serait à explorer auprès des MG pour en mesurer la pertinence.

De nouveau, le dialogue et les contacts entre professionnels paraissent primordiaux. Le rôle de chacun semble être issu d'un accord implicite, décidé en fonction des disponibilités et des compétences.

- **L'amélioration des soins en EHPAD : un projet d'actualité**

La iatrogénie est une question fondamentale. Malgré tous ces dispositifs visant à améliorer la qualité des soins en EHPAD, les dernières études montrent que les prescriptions demeurent majoritairement inappropriées :

- 20% des hospitalisations des personnes de plus de 80 ans sont liées à la iatrogénie.
- Un travail de thèse réalisé en 2015 dans 4 EHPAD lillois, retrouve que seules 18,1% des prescriptions d'antibiotiques étaient jugées adéquates.(28)
- De 19 à 67% des hospitalisations seraient évitables si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en EHPAD (29)

Face à cela, l'HAS multiplie, là encore, ses recommandations convergeant vers les mêmes objectifs :

- La diminution des hospitalisations non programmées (29)
- La lutte contre la poly médication et les complications qui en découlent comme les chutes et la perte d'autonomie, schématisés dans la cascade 1+2+3 de Bouchon.(30)
- Le bon usage des antibiotiques visant, entre autres, à la réduction de l'apparition des Bactéries Multi-Résistantes(BMR).
- La création du Projet Personnalisé de soins dans le cadre de l'expérimentation PAERPA en 2013.(31)

Au-delà de permettre une meilleure qualité de soins et de vie des personnes âgées, ces recommandations ont aussi une portée économique, éthique, et démographique. Elles favorisent la prévention, préviennent l'aggravation des

dépendances et des soins lourds, visent à diminuer les passages aux urgences ou les hospitalisations, et en encourageant l'anticipation des fins de vie

CONCLUSION

Notre étude, par sa méthode qualitative, nous a permis de mettre en évidence des ressentis très hétérogènes, de la part des MCo, sur leurs relations avec les MG. Ils seraient liés à différents facteurs :

- le temps de présence et l'implication dans les soins du MCo,
- la taille de la structure et le nombre de MG intervenant dans l'EHPAD,
- le nombre de résidents à la charge du MG, l'investissement de ce dernier dans la vie de la structure et sa formation ou non en gériatrie.

Face à ce constat, et face aux contraintes démographiques prochaines, une proposition dichotomique émerge :

- Soit, il faudrait affirmer le rôle pivot du MG dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD et lui donner les moyens de mener correctement ses interventions, comme par exemple en revalorisant financièrement les consultations en EHPAD ou en uniformisant les logiciels ;
- Soit, la prise en charge des personnes âgées dépendantes par les MG se limiterait au domicile. Des médecins salariés de l'EHPAD prendraient en charge la personne une fois institutionnalisée. Dans ce cas, il serait intéressant d'étudier ce type d'organisation existant, rappelons-le, dans presque 16% des EHPAD que nous avons contactés.

Ces réflexions peuvent paraître réductrices : peut-on imaginer un dispositif unique face à l'hétérogénéité des EHPAD ? Peut-on imaginer un dispositif trop incitatif qui serait contraire au statut libéral du MG ?

Quoi qu'il en soit, actuellement, le MCo, comme le MG, n'ont pas d'autres possibilités que de travailler en étroite collaboration pour mener à bien leurs missions respectives. L'un et l'autre se sont déjà adaptés pour cela dans un cadre local. Toute la difficulté est de trouver maintenant un cadre légal, respectant l'hétérogénéité du terrain, et clarifiant le rôle de chacun.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Populations légales 2013 | Insee [Internet]. [cité 4 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2119468?sommaire=2119504>
2. Essoufflement des naissances et montée du quatrième âge | Insee [Internet]. [cité 4 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285560>
3. Fragilité sociale des personnes âgées du Nord : entre vieillissement, précarité et dépendance Février | Insee [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2045873>
4. Enquête auprès des EHPA en 2011 - Premiers résultats [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpa2011_premiers_resultats_juillet2013.pdf
5. Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance | Legifrance [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703>
6. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales | Legifrance [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>
7. Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du MCo exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles | Legifrance [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/5/27/SANA0521723D/jo/texte>
8. Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les EHPAD | Legifrance [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023334544>
9. Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles | Legifrance [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024532249&dateTexte=&categorieLien=id>
10. Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les EHPAD | Legifrance [Internet]. [cité 14 déc 2016]. Disponible sur:

- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024537584&dateTexte=&categorieLien=id>
11. Les 13 missions du MCo. Syndicat national [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.mg-coordonnateurs.org/spip.php?article607>
 12. circulaire du 7 decembre 2012 [Internet]. [cité 4 janv 2016]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/circulaire_du_7_decembre_2012_medecin_coordonateur.pdf
 13. Veuilotte I. Implications des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Thèse de doctorat en médecine] Dijon 2010 [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/07/these-isabelle-veuilotte.pdf>
 14. Cellier M. Rôle du binôme médecin traitant-médecin coordonnateur dans le respect de l'intimité en EHPAD. [Thèse de doctorat en médecine]. Montpellier; 2015 [Internet]. [cité 9 sept 2015]. Disponible sur: http://www.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:262610&resolution=&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A371&file=
 15. Jabaud JC. Relations entre le médecin coordonnateur et les médecins généralistes. [DIU de médecin coordonnateur]. Paris V: Université René Descartes; 2010 [Internet]. [cité 1 mars 2017]. 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>
 16. Luez JM. Quelle place pour le médecin traitant dans l'EHPAD? [DU de médecin coordonnateur]. Lille; 2010 [Internet]. [cité 9 sept 2015]. Disponible sur: http://medco5962.free.fr/pdf/memoire_luez.pdf
 17. Flety-Develay I. 13 ème mission du médecin coordonnateur d'EHPAD: la prescription dans les situations d'urgence = source de conflits avec le médecin traitant? [DIU de médecin coordonnateur] Paris V: Université René Descartes; 2012 [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <http://ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/memoire-2011-2012/13eme%20mission%20du%20medecin%20coordonnateur%20dEHPAD%20-%20La%20prescription%20dans%20les%20situations%20durgence%20-%20Isabelle%20Flety%20Develay.pdf>
 18. Bigot-Temgoua M. Activités des médecins coordonnateurs et relations avec les médecins généralistes : entretiens avec les 12 médecins coordonnateurs de Loire-Atlantique. [Thèse de doctorat en médecine]. Nantes; 2011.
 19. Baroiller Ciesielski V. et Do Trinh Q. Guide d'accueil du médecin traitant intervenant en EHPAD : mise en place et évaluation. [DIU de médecin coordonnateur] Paris V: université René Descartes; 2013.
 20. Atlas de la demographie medicale en france - 2016 - Conseil national de l'ordre des médecins [Internet]. [cité 4 janv 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
 21. Annuaire des établissements et services médico-sociaux du Nord-Pas-de-Calais [Internet].

- [cité 6 janv 2017]. Disponible sur:
http://www.partenairesars.fr/~partenain/aesms/php/pa_ehpad.php
22. nord_pas_de_calais_2013.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2017]. Disponible sur:
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf
23. Xerri B. Quels sont les facteurs de motivation pour exercer la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD? [DIU de médecin coordonnateur]. Paris V: Université René Descartes; 2014 [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur:
<http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2013-2014/Quels%20sont%20les%20facteurs%20de%20motivation%20pour%20exercer%20la%20fonction%20de%20medecin%20coordonnateur%20en%20EHPAD%20-%20Bertrand%20Xerri.pdf>
24. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution par les MG des Pays de la Loire - URPS - février 2014.
25. Jacob-Fondeur E. Soins palliatifs en EHPAD: état des lieux et limites de prise en charge dans la métropole lilloise. [Thèse de doctorat en médecine]. Lille; 2013 [Internet]. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/9185ea74-ce95-4257-a745-2c00a852d987>
26. El Mouafek M. Impact du passage d'une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs gériatriques sur les pratiques de soins en EHPAD. [Thèse de doctorat en médecine]. Lille; 2016 [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7b924bb4-b8dd-491c-ab1f-d0cd6c5e022e>
27. Rémont L. Analyse des patients provenant d'EHPAD adressés aux urgences : étude multicentrique sur le Nord Pas de Calais [Thèse de doctorat en médecine]. Lille; 2015 [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4abb9687-af88-4bd8-9873-41b2eacec266>
28. Dinia M. Evaluation prospective de l'antibiothérapie dans quatre EHPAD lilloises. [Thèse de doctorat en médecine]. Lille; 2015 [Internet]. [cité 24 févr 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d94d9ac3-82dd-4e86-91d3-2e5e61b1069b>
29. HAS - comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD [Internet]. [cité 25 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
30. HAS - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. [cité 25 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
31. HAS - PPS et PAERPA [Internet]. [cité 25 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa?xtmc=&xtr=1

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire quantitatif

1. Etes-vous : une femme un homme

2. Quel âge avez-vous?

3. Depuis combien de temps exercez-vous la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD?

4. Quelle a été votre formation pour accéder à cette fonction?
 - DU de médecin coordonnateur
 - DESC de gériatrie
 - Capacité de gériatrie
 - Non débutée
 - Autre:.....

5. Dans combien d'EHPAD travaillez-vous actuellement?.....

Pour chacun des EHPAD, merci de préciser:

EHPAD 1:

- Nom de l'EHPAD et sa ville :
- temps alloué par semaine:
- date de la prise des fonctions:
- nombre de résidents:
- informatisé: oui non
- statut : privé à but lucratif
 privé à but non lucratif

public

➤ nombre de médecins généralistes :

EHPAD 2:

➤ Nom de l'EHPAD et sa ville :

➤ temps alloué par semaine:

➤ date de la prise des fonctions:

➤ nombre de résidents:

➤ informatisé: oui non

➤ statut : privé à but lucratif

privé à but non lucratif

public

➤ nombre de médecins généralistes :

EHPAD 3:

➤ Nom de l'EHPAD et sa ville :

➤ temps alloué par semaine:

➤ date de la prise des fonctions:

➤ nombre de résidents:

➤ informatisé: oui non

➤ statut : privé à but lucratif

privé à but non lucratif

public

➤ nombre de médecins généralistes :

EHPAD 4:

➤ Nom de l'EHPAD et sa ville :

➤ temps alloué par semaine:

➤ date de la prise des fonctions:

➤ nombre de résidents:

➤ informatisé: oui non

➤ statut : privé à but lucratif

privé à but non lucratif

public

➤ nombre de médecins généralistes :

6. Avez-vous exercé ou exercez-vous encore:

○ en tant que médecin généraliste libéral : oui non

Si oui, quand? :.....

Si cet exercice est actuel :

- temps alloué par semaine:.....

- êtes-vous le médecin traitant de certains de vos résidents? Oui non

Si oui, combien:.....

○ salarié dans un service hospitalier: oui non

Si oui, préciser la période et le poste:.....

Si cet exercice est actuel, temps alloué par semaine:.....

○ autre: oui non

Si oui, préciser la période et le poste :.....

Si cet exercice est actuel, temps alloué par semaine:.....

7. Dans le cadre de votre travail en EHPAD, vos relations avec les médecins généralistes libéraux vous paraissent-elles problématiques ?

Oui non

8. Accepteriez-vous d'être contacté pour discuter plus profondément de vos relations avec les médecins généralistes libéraux ? oui non

Si oui, merci d'indiquer un numéro de téléphone ou une adresse mail :

.....

Merci pour votre participation.

Annexe 2 : Guide d'entretien

1) Introduction

A priori, au maximum, je vais vous prendre une demi-heure...

Je travaille actuellement sur ma thèse pour l'obtention du doctorat de médecine générale.

Mon étude porte sur la représentation qu'a le MCo de sa relation avec le MG.

Pour cela, et compte tenu de votre expérience, j'ai besoin de votre témoignage, votre expertise, votre ressenti sur votre fonction dans cette relation avec les MG.

J'insiste bien sur le fait que je ne m'intéresse pas sur la qualité de l'EHPAD, mais bien sur votre regard sur le travail du MCo

Ensuite, je vais analyser les résultats des différents entretiens

Je vais, avec votre accord, enregistrer notre entretien à l'aide d'un dictaphone. Bien sûr, les propos recueillis seront anonymisés.

Je m'engage à respecter l'anonymat et le compte-rendu ne laissera apparaître ni votre nom ni celui de l'établissement. Jamais vous n'apparaitrez de façon nominative.

Etes-vous d'accord?

2) binôme

A quelle occasion rencontrez-vous les MG?

Pour quelle raison êtes-vous amené à contacter les MG ?

Comment faites-vous pour contacter les MG?

Comment les MG peuvent-ils vous joindre ?

Pour quelles raisons les MG vous sollicitent ils ?

A quelle occasion/sur quel type de dossier, avez-vous travaillé en binôme avec un ou plusieurs MG?

Que pensez-vous de votre relation de travail avec les MG?

Pouvez-vous me parler des difficultés de travail que vous avez pu rencontrer avec certains MG?

Avez-vous eu une formation sur la gestion des conflits / le management ? En ressentez-vous le besoin ?

Constatez-vous plus de conflit selon âge/taille de l'EHPAD/privé-public/dépendance des résidents ?

Que vous apporte votre pratique personnelle de MG libéral dans l'exercice de MCo ?

Intervenez-vous en tant que MG dans d'autres EHPAD ?

Que pensez-vous personnellement du rôle du binôme MG/MCo ?

3) missions du MCo

Parmi les 13 missions du MCo...

En pratique, comment travaillez-vous avec les médecins généralistes pour:

- Emettre une recommandation de bonne pratique gériatrique ?

Comment voyez-vous votre rôle de conseil par rapport à une équipe mobile de gériatrie ou l'avis des gériatres hospitaliers ?

- Lutter contre la iatrogénie ?
- Rédiger une liste médicamenteuse préférentielle?
- Élaborer des protocoles?
- Se réunir lors des réunions de coordination annuelle ? Participation ?

Quelles seraient les raisons de la difficulté de les réunir ?

- Les situations d'urgence ?

Pouvez-vous me parler de la coopération des MG pour la tenue des dossiers et les transmissions ?

La compliance à l'informatique ?

La place du MG lors de l'admission ?

4) accueil du MG

Comment se passent les visites mensuelles du MG? (planifications, heures de visites, absence...)

Quelles ont été vos actions pour :

- L'accueil des MG lors de visites ? Transmissions des informations aux MG ?

Libération d'une IDE ?

Planification des visites pour le renouvellement ?

- L'accueil des nouveaux MG au sein de l'EHPAD ? (guide d'accueil, explication fonctionnement de l'EHPAD, dossiers médicaux, charriot d'urgence, protocoles, réseaux habituels)

Existe-t-il un contrat que vous faites signer au MG?

5) Conclusion

Quels seraient vos besoins pour améliorer vos relations avec vos confrères MG ?

Voulez-vous ajouter quelque chose ? Ou aborder un dernier point que nous n'aurions pas évoqué et qui vous semble important ?

Annexe 3 : Verbatim des interviews individuels

Entretien 1 – 17/02/2016

À quelle occasion êtes-vous amené à rencontrer les MG?

Alors en fait ici, la salle de soins est au 3ème, moi je suis rarement dans mon bureau, je suis plutôt au 3ème,

En fait je les vois quand... euh bien quand ils viennent faire les renouvellements ou quand vous appelez quand il y avait un souci pour un résident. Après...

Donc vous les appelez quand il y a un souci ?

Ce sont les infirmières.

Et du coup, ils viennent s'il y a une bronchite, ben n'importe quoi!

Donc je les rencontre quand ils viennent voir leur résident. Et après s'il y a un souci, je les appelle en disant que je veux bien m'en occuper, enfin pour faire une hospitalisation.

Dans un contexte d'urgence alors dans ce cas-là ?

Voilà, c'est ça.

Et après j'essaie... alors à l'EHPAD n°2, c'est systématique, c'est une fois par an, on fait la réunion avec les médecins euh.... Je ne sais plus comment elle s'appelle cette réunion

La réunion de coordination annuelle ?

Voilà c'est ça. Alors à l'EHPAD n°2, c'est une fois par an et ici ça sera plutôt tous les 2 ans

Et comment faites-vous pour les convoquer ?

Je fais un courrier. Et ici, comme l'EHPAD n°2, on les invite à manger le midi, et puis je donne un ordre du jour.

Et viennent-ils ?

Un peu... (Rire) C'est-à-dire que... je ne sais pas je vais dire sur 35, si on en a 6 ou 7 on fait la danse de la joie, enfin on est super content

Quand vous avez quelque chose à leur dire mais de façon plus officielle, leur adressez-vous aussi un courrier ou faites-vous autrement ?

C'est la seule fois où j'envoie un courrier, parce que pour 35, je ne vais pas appeler 35 médecins, enfin c'est impossible ! Donc c'est la seule fois. Après quand il faut

parler d'un résident ou modifier un traitement tout ça, soit je les appelle. Oui et après dans chacun des EHPAD, on a un classeur « médecin traitant », donc ils ont chacun une petite pochette à leur nom, et là quelque fois je leur mets un petit mot en disant « est-ce qu'il ne faudrait pas diminuer ça » « est ce qu'il ne faudrait pas revoir ça » ou « est-ce qu'il ne faudrait pas refaire une consultation pneumo/cardio »....

Donc quand vous suggérez quelque chose vous le faites sur le dossier. Mais quand il y a quelque chose d'urgent vous les appelez.

Oui c'est ça

Et vous avez une réponse ?

Euh...

Eux aussi sont amenés à communiquer avec vous ?

Alors soit ils mettent une petite réponse sur mon papier en disant « ok » ou « pas ok », et puis un truc sympa. Alors moi je suis le médiateur, mais je ne me bats pas avec eux, je privilégie le bon rapport, afin qu'on s'entende bien. Après je dis, et ils font ou ils ne font pas. Ce n'est pas que ça m'est égal, mais c'est tout je comprends, ce sont eux les médecins

Vous suggérez ?

Ouais

Tout ce que vous venez de m'évoquer se déroule dans un contexte d'urgence. Mais est-ce que vous pouvez me raconter des situations au cours desquelles vous avez vraiment travaillé en tant que confrères avec un MG, en tant que binôme ?

Oui, c'est surtout quand ce sont des situations de soins palliatifs. En fait j'ai fait le DU de soins palliatifs aussi.

Il y'en a pour les sous-cut tout ça, il y en a qui ne gèrent pas trop donc souvent ils me passent la main.

Avez-vous vos propres patients ici ?

Non du tout du tout

Ce sont les MG qui vous demandent de l'aide dans ces situations ?

En fait c'est moi qui leur propose en les appelant et en disant « bon là c'est vraiment une fin de vie, est ce qu'on ne mettrait pas une petite sous cut » en leur proposant ce qu'on peut mettre dans la sous cut et là... je dirais qu'ils sont assez contents, ils me passent la main facilement, parce qu'ils ne gèrent pas trop ça.

Que pensez-vous de vos relations avec les MG en général?

80% elles se passent très très bien, et puis il y a 20% pour qui c'est plus compliqué...

parce qu'ils sont de la vieille école, parce qu'ils n'entendent pas les conseils, parce qu'ils n'ont pas envie, pas le temps... mais non non non, en plus le fait que je sois sur 2EHPAD sur Croix, je retrouve toujours les mêmes médecins des 2 cotés, donc ils me connaissent, ils savent que je ne vais pas leur faire de l'ombre, que je ne vais pas leur prendre leur résident, parce qu'il y a ça aussi quand même.. Ouais, non non ça se passe bien

Pouvez-vous me détailler un peu plus des difficultés que vous avez avec certains MG?

Ça serait par exemple pour une contention, en leur disant « bon là ben y'a pas, elle se lève toutes les nuits, chaque nuit du coup elle chute ou elle déambule dans les couloirs, elle se met en danger. Ça serait vraiment bien de mettre un pyjadrapp et 2barrières. » Ils ne veulent pas ils ne veulent pas, je leur ai proposé, mais la du coup, ouai, je peux m'énerver un peu, en disant « bon ben un moment elle va se casser le col du fémur c'est sûr. » Mais s'ils disent « non non non », ben c'est tout elle n'aura pas de contention, moi je le note dans le dossier, et puis voilà. Mais ce sont des médecins qui ont besoin de leur autorité, ils n'aiment pas qu'on vienne leur dire ce qu'il faut faire. Pour 80% si je leur dis « là on y arrive plus il faut mettre des contentions », ils vont m'écouter.

Et est-ce que votre ancienne pratique de MG vous apporte quelque chose dans votre pratique actuelle de MCo ?

(Réflexion) Non... enfin si ce n'est que d'avoir fait des remplacements. Oui je sais ce que c'est de voir je ne sais combien de patients dans la journée, qu'on ne peut pas forcément se déplacer dès qu'on nous appelle, des contraintes du métier ! C'est surtout ça. Je comprends des moments quand on les appelle, ils ne peuvent pas venir dans la journée, ils viendront demain matin.

Et qu'est-ce que vous pensez du rôle du binôme MCo-MG? Selon vous, quelle est son utilité ? Permet-il une complémentarité... ?

Si, par exemple, pour chaque résident, on fait ce qu'on appelle un PP : « un projet personnalisé » pour chaque résident.

Dès son entrée ?

6mois après l'entrée. Alors 1mois après l'entrée, on fait une petite synthèse pour voir si tout se passe bien, et après 6 mois de l'entrée et après tous les ans. Et donc il y a toute l'équipe : infirmières, aides-soignantes, l'accueil, l'hôtelière, le restaurant, l'ergo, animatrice, enfin une représentante de chaque truc. On fait la synthèse. Et du

coup, là, si je vois que le résident n'a pas eu de bilan depuis 2 ans, qu'il y a des médicaments qu'on pourrait peut-être diminuer, qu'il n'a pas eu son contrôle de pacemaker, moi je fais l'intermédiaire, j'appelle le médecin.

Pour suggérer ?

Oui c'est ça, voilà, tout à fait.

Mais les MG n'assistent pas à ces réunions ?

Non, ils n'ont pas le temps.

Ont-ils le compte rendu ?

Moi, après je mets une synthèse dans le logiciel. Ils le lisent ou ne les lisent pas... mais non je ne pense pas qu'ils les lisent beaucoup.

Après si, par exemple, on fait un suivi de poids tous les mois, si je vois qu'ils ont perdu 5 kilos en 2 mois, je mets un petit mot, ou je les appelle, en leur disant « soit c'est tout c'est une fin de vie, il ne mange plus ou il a un cancer où on connaît la cause, c'est tout ». S'il a perdu 5kg dans le suivi, est ce qu'on ne ferait pas un grand bilan ou alors même l'hospitaliser si on voit qu'il y a un truc ». Je les appelle facilement

Dans ce cas-là précis, est-ce que c'est l'équipe soignante qui vous alerte ou revoyez-vous les dossiers systématiquement ?

Normalement, je fais le suivi systématiquement, mais en début de chaque mois je regarde tous les poids des résidents, et en fait le logiciel est bien fait, c'est-à-dire qu'en rouge je vois s'il y a une perte de plus de 3%, donc ça va très vite.

Après pareil, si l'ergo me dit « oulala madame machin elle est tombée 4 fois » donc je rappelle « est ce qu'on ne pourrait pas mettre en place du kiné, est ce qu'on ne ferait pas si, pas ça ? » avec le médecin traitant

Donc, vous vous plongez quand même dans le dossier ?

Oui complètement

Et êtes-vous amené à examiner des patients ?

Oui, alors là, ça dépend encore une fois. Il y a des médecins qui ont tellement de patients qui ont du mal à venir, du coup, je vais les voir, je les appelle, et là je dis, « oui il faut passer », ou je dis, « bon là je les mets sous antibiotiques », et ils disent « oui » ou « non ».

Encore une fois, ça dépend des médecins, il y a des médecins pour je ne le ferai pas. Il y a des médecins, avec qui je m'entends bien, et ils me disent, « non attends je passe », ou ils disent « je n'aurai pas le temps, allez-y ».

Vous êtes amené à les dépanner en quelque sorte ?

Oui complètement.

Vous me parlez de la prescription des médicaments. Cela rentre dans le cadre des 13 missions du MCo.

Ainsi, quand vous avez une recommandation gériatrique, si j'ai bien compris, soit vous l'écrivez dans le dossier, soit vous les appelez directement.

Concernant la iatrogénie, est-ce pareil ?

Oui, je les appelle en marchant sur des œufs ! Si je vois qu'il y a un truc aberrant, oui, évidemment. Ou s'il y a un truc qui devient vraiment compliqué à gérer. Si c'est quelqu'un qui est sous PREVISCAN, ses INR qui montent, qui descendent, on n'arrive pas à stabiliser. Et on dit qu'il y a vraiment de gros risques de chute. A un moment je dis « soit on l'arrête ou pas, ou on reprend rendez-vous chez le cardio, est-ce qu'il faut vraiment continuer ce PREVISCAN ? » Donc oui bien sûr je les...

Pardonnez-moi, mais comment faites-vous ? Vous avez 80 patients ici, et 80 patients de l'autre côté...

Ce ne sont pas des patients. Ce n'est pas 80 que je vais ausculter, que je vois... après c'est aussi des retours d'infirmières qui me disent « Mme Machin, elle a des comprimés, elle n'arrive pas à les avaler ». Pareil je mets un petit mot en disant « est-ce qu'on ne diminuerait pas le nombre de comprimé ? ».

Maintenant, je ne suis pas la police. Je ne scanne pas tous les traitements de tous les résidents. C'est quand on m'interpelle en fait.

Estimez-vous que l'infirmière va plus vous interpeler que le MG ?

Si l'infirmière ne le voit pas et elle y pense quand elle me voit. Oui, donc moi je fais le lien.

Pareil pendant les « projets de vie », souvent je revois le traitement rapidement.

Est-ce que vous avez fait la liste des médicaments préférentiels ?

Non, je ne l'ai pas fait. Non, ben je ne vois pas très bien l'intérêt. Je vois bien, je vais afficher cette fiche en salle de soins, ils vont à peine la regarder... et puis, chaque médecin à ses habitudes. S'il a l'habitude de travailler avec un antihypertenseur, je ne vais pas lui dire : « non, non, vous arrêtez de travailler avec celui-là, maintenant c'est celui-là ». Non, j'y vois peu d'intérêt quoi.

Est-ce que vous avez fait des protocoles particuliers ?

Oui, on a notre liste de protocoles.

Est-ce que les MG l'utilisent ?

Ah non, c'est pour l'équipe. Eux, ils ne passent pas en coup de vent, mais ils ne vont pas lire les protocoles...

Et en situation d'urgence, comment les choses se passent ? Vous prévenez le MG je présume ?

Oui, je préviens en cas d'hospitalisation, etc....

Etes-vous informatisé ici ?

Oui

Utilisez-vous l'outil informatique avec les MG, pour la tenue des dossiers, les transmissions, etc....

Je dirais qu'il y a 2/3 qui vont sur l'ordi, qui font des changements thérapeutiques et qui impriment leurs ordonnances. Ça c'est pas mal quand même. Parce qu'il y a quand même des médecins réticents pour qui l'outil informatique c'est un petit peu compliqué. En plus dans chaque maison de retraite il y a quasi un logiciel différent, donc c'est compliqué. Non, non, je trouve qu'ils sont réglo quand même.

Par contre les transmissions, non pas trop. En fait ils sortent leur ordonnance. Il y en a certains, mais alors là... en fait il en a ¾ qui sortent leur ordonnance, et il y en a ¼, ou je ne sais même pas s'il en a ¼, qui mettent des transmissions...

Donc dans ce cas, ils transmettent oralement directement à l'équipe infirmière ?

Oui, voilà.

Concrètement lors des visites, comment êtes-vous organisés avec l'équipe soignante, est-ce qu'il y a des directives particulières ?

Alors, ils ont signé une convention avec l'établissement. Alors là pareil on a réussi qu'il y a pas mal de médecins qui la signe. Mais ça n'engage pas à grand-chose de toute façon. C'est-à-dire qu'ils essayent d'éviter de venir pendant les heures de repas. Après s'ils viennent pendant le repas, ben c'est tout. En fait, les résidents, leur chambre c'est leur domicile privé. On ne peut pas interdire. On peut dire « évitez, c'est compliqué le résident il faut le sortir du restaurant tout ça. C'est casse pied pour tout le monde. »

Est-ce que vous avez fait signer cette convention à l'entrée ?

Non en fait c'est l'ARS je crois, qui avait demandé que les médecins généralistes signent un contrat mutuel. Mais quand est-ce que je l'ai demandé ? Ben quand on m'a demandé que les médecins traitants signent. Donc là, je leur présentais en disant que ça n'allait pas changer leur quotidien. Et après quand on a un nouveau médecin qui intervient dans la résidence ben je lui propose, mais pareil...

Y-a-t-il eu des refus ?

Oui, il y en a qui ont refusé, il y en a qui ont modifié, (rire) qui ont barré des trucs.

Mais concrètement, est-ce que cette convention vous a permis de cadrer votre pratique, vos recommandations?

Non

Et est-ce que vous avez un guide d'accueil, quelque chose comme ça ?

Pour les médecins ?

Oui, pour expliquer le fonctionnement, les horaires, les étages, les numéros, le réseau avec lequel vous travaillez ?

Non, on n'a pas. Ça se fait à l'oral. Je ne suis pas sûre qu'ils le liront. Ils mettront sur leur pile... (Rire)

Et est-ce que vous avez été amené à faire des changements dans votre organisation ou dans celui de l'équipe pour un meilleur travail avec eux... pour une question d'horaire par exemple?

Non

Est-ce que pour la communication, vous avez été amené à opérer des changements sur des choses qui n'avaient pas fonctionné ? Est-ce que cela a été positif ?

Alors, là oui, dans les 2 établissements, on travaille avec une pharmacie à l'extérieur. Alors il y a des médecins, qui sont très rigoureux, ils vont passer toutes les 3-4 semaines. Et il y en a d'autres pour qu'il faut toujours les rappeler en disant « mais faut passer faire le renouvellement de l'ordonnance quoi ».

Alors, ici, c'est la pharmacie qui nous donne la liste des médecins qu'il faut appeler, donc ce sont les infirmières qui les appellent en disant « il faut passer ».

Et à l'EHPAD n°2, c'est la pharmacie qui appelle directement les médecins, en disant « on va être en rupture de médicaments, il faut que vous passiez »

Enfin, ça n'a pas modifié nos horaires mais c'est une petite contrainte, c'est casse pied.

Au domicile j'imagine c'est le patient qui appelle le médecin. Ici, les patients se laissent bercer on va dire.

Quels seraient vos besoins pour améliorer vos relations avec le tiers des MG, si j'ai bien compris, qui vous pose un peu soucis ou qui sont moins coopérants dans votre organisation?

Qu'ils aillent plus sur l'informatique... enfin c'est compliqué. On ne peut pas les

obliger.

Après c'est pareil, qu'il arrive sur Croix, Wasquehal ou Roubaix ; il arrive avec son médecin traitant. Donc on ne va pas le changer, c'est un lien avec sa vie d'avant, donc c'est important.

Par contre, un résident qui vient de loin, moi je lui donne une liste de médecins qui sont coopérants.

Donc je vous dis, cela, pas que j'essaye qu'il ne vienne plus, parce que je ne peux pas dire « ben non changez de médecin, on y arrive pas quoi »

Qu'est qu'on pourrait améliorer ?

Après c'est des tempéraments, je pense qu'il faut accepter.... Enfin je ne vois pas...Je ne vais pas réussir à les convaincre que moi j'ai raison, je n'ai peut-être pas raison, je ne sais pas...

Oui je ne sais pas trop... je ne vois pas....

Oui ça serai bien que ça aille plus sur l'informatique, pour mettre des trans' tout ça, mais ils n'ont pas forcément le temps

[Pensez-vous qu'un cadre légal ou quelque chose de similaire, pourrait générer de nouvelles organisations plus efficaces ?](#)

Je pense que si on leur met des obligations, ça va être compliqué. Je pense que par réaction ils ne vont pas accepter...

Non, il vaut mieux faire la diplomatie, essayer de leur dire par intérêt tout ça...

Comme à l'EHPAD n°2, je n'y suis pas depuis longtemps, et en fait c'était les infirmières qui faisaient encore tous les blisters, et en fait les infirmières ne rentraient pas les ordonnances. Donc c'est vrai, je les ai rencontré, je leur ai expliqué que c'était hyper important maintenant qu'ils mettent leur ordonnance sur le logiciel, parce qu'il y a une liaison avec la pharmacie, pour qu'ils préparent les piluliers, et les ¾ ont joué le jeu.

Je trouve qu'il vaut mieux expliquer le pourquoi, que un texte de loi, non ça ne va pas fonctionner.

[Donc vous avez été directement vers eux et ils ont compris ?](#)

Oui, tout à fait.

[Est-ce qu'il a quelque chose que vous voulez ajouter, un dernier point que j'aurais oublié de vous demander, et qui vous semblerait important?](#)

Ben moi je trouve qu'il serait bien que les MCo aient plus de pouvoir de prescription Parce qu'il y en a peut-être qui refuse complètement de prescrire, il y en a qui

prescrivent... c'est vrai que moi souvent j'appelle pour avoir l'aval du MG. Mais ça c'est un peu compliqué du coup. Ben en même temps est ce que ça serait compliqué ?... enfin je ne sais pas comment...enfin au moins. Enfin je ne sais pas.... Oui, qu'on puisse plus prescrire. Après les MG ne vont pas être forcément d'accord !

Parce qu'imaginons, vous êtes amené à prescrire...

Un antalgique, un antibiotique tout ça, je vais appeler le médecin pour le prévenir.

Et si vous n'arrivez pas à le joindre ?

Ah ben je lui laisse un message

Donc vous attendez vraiment l'accord avant de le mettre en place ?

Ben si je n'arrive pas à le joindre et que je lui laisse un message sur son répondeur, c'est bon, je le fais. En me disant s'il n'est pas d'accord, il me rappelle 1h après pour me dire non on ne fait pas ça. Mais je l'ai prévenu.

Je vous remercie.

Entretien 2 – 03/06/2016

A quelle occasion êtes-vous amené à rencontrer les MG en tant que MCo?

Quand ça ne va pas, quand on est hors des bonnes pratiques médicales, lorsqu'il y a de l'urgence, et éventuellement, lorsque l'on souhaite discuter le cas d'un résident qui pose problème et qui nécessite parfois, soit des examens complémentaires, soit des modifications de traitement.

Dans ces cas-là, comment les contactez-vous ? Est-ce vous qui les interpelez quand il y a quelque chose qui ne vous semble pas correcte ?

Deux méthodes : la première est un contact direct téléphonique ; la seconde est que chaque MG a un cahier qui se trouve à l'infirmierie, dans lequel on peut mettre ce que l'on souhaite. Eventuellement quand il y a moins d'urgence ou quand ce n'est pas pressé, on laisse un petit mot dans le cahier de façon à pouvoir fixer un rendez-vous pour se voir etc.... mais souvent c'est par téléphone, ou en direct s'il passe voir un patient. Moi j'ai ma porte ouverte en permanence, donc il n'y a pas de soucis, ils peuvent me rencontrer s'il le souhaite également.

Pouvez-vous me raconter votre dernier travail en binôme avec un MG pour un patient ?

Oui, et bien ça arrive quasiment tous les jours. La dernière fois c'était une patiente, en fait, qui n'allait pas bien, dénutrie, qui refusait l'alimentation et en fait avec son MG on souhaitait l'hospitalisé, et elle a refusé, donc on a mis en route ensemble un traitement d'attente et ensuite son MG l'a revu le lendemain et a rectifié et modifié son traitement, voilà.

Dans ce cas, est-ce lui qui vous a sollicité ?

Non c'est moi, parce que les infirmières me posaient le problème de cette dame qui n'allait pas bien. Et en fait je suis allé la rencontrer et c'est vrai elle n'allait pas bien, donc je l'ai contacté.

Comment a-t-il reçu vos conseils ?

Ben ça va. A vrai dire, on essaye de ne pas se marcher sur les pieds déjà. Et ensuite de travailler en bonne intelligence.

Que pensez-vous de la relation de travail avec les MG ?

Elle est complexe parce qu'en fait on est mal perçu par le MG. On est perçu comme étant un prédateur qui peut éventuellement bouleverser/modifier le traitement ou

alors faire l'anarchie dans ce qui est établi. Ce qui est fort dommage parce que c'est faux, d'accord ?

Moi je suis MCo, avant tout bien sûr pour les résidents, première chose.

Deuxièmement, j'ai un rôle important sur le plan administratif. On a nos missions qui sont à remplir.

Et ensuite au niveau soin, on a deux missions essentielles par rapport au MG: la première c'est l'urgence. Ça, ça se comprends. C'est clair que si je suis ici, et quelqu'un ne va pas bien, dans le cadre de l'urgence, c'est normal que je puisse le voir. Et je pense que ça personne ne le contredira. Et par contre on a aussi cette mission, en fait, de faire respecter les bonnes pratiques de gériatrie, qui ne sont pas des choses que j'ai inventé moi, mais des choses qui ont été décidées par l'HAS. Et en fait ces bonnes pratiques... ben je pense que nous on puisse faire comprendre à certain qu'elles sont nécessaires et à appliquer en gériatrie, d'accord ?

Moi, vous savez, la gériatrie c'est la discipline, je le dis tout le temps à chaque fois qu'il y a une commission, qui pour moi est la plus complète de la médecine. C'est une discipline qui regroupe tout : la cardio, la neuro, la néphro, la dermato... enfin vous avez un panel énorme en fait en gériatrie. C'est une discipline compliquée parce qu'en plus vous avez des gens poly-pathologiques fragiles. Et la troisième chose: ils sont souvent poly-médiqués. Donc par conséquence, c'est excessivement complexe. Et je pense que ça nécessite une formation spécifique à la gériatrie. Là, je vais me mettre à dos tous les médecins traitants, ça c'est clair.

Et ensuite si on essaye de faire respecter ces bonnes pratiques de gériatrie, par rapport aux gens âgés qu'on a en charge, parfois ça nécessite éventuellement qu'on rencontre nos confrères, soit par téléphone, soit en direct, pour discuter certaine chose. Voilà. Et il n'y a pas pour moi, si vous voulez, de polémique là-dedans. Je ne tiens absolument pas à prendre leur rôle, bien au contraire.

[Rencontrez-vous des difficultés ?](#)

Bien sûr.

[Quels-types de difficultés ? L'opposition de certains MG? Des désaccords ? Un problème de rencontre ?](#)

La difficulté majeure c'est de faire comprendre, qu'on a éventuellement un rôle d'aide, de conseil auprès des MG.

C'est très difficile. C'est une profession assez hermétique. Je suis bien placé pour le savoir, j'ai fait beaucoup de médecine générale avant, donc je connais bien le

problème. Et c'est vrai que bon, on est mal perçu globalement. On est perçu plutôt comme des personnes qui mettent des bâtons dans les roues, plutôt que des personnes qui essaient d'aller dans l'arrangement des choses. Et donc forcément, à un moment, ça ne colle pas. On a parfois des difficultés de communications avec certains.

Alors, je dis bien avec certains parce qu'avec d'autres, ça se passe très bien. Et franchement, c'est vraiment un travail de binôme. Et avec d'autres ça pose problème. Je ne sais pas s'ils ont peur, si ça leur fait bizarre. Alors c'est vrai, on a l'impression parfois d'être le trublion de service, mal apprécié, mal perçu.

Pourquoi considérez-vous être mal perçu ? Est-ce votre fonction ou vos conseils qui sont mal perçus ?

Remettre en cause un traitement pour un MG, je pense que c'est un problème. Voilà. Donc ça je pense que c'est un énorme souci. Des fois, cibler, toujours dans le cadre des bonnes pratiques, dans le cadre des recommandations HAS, il y a des choses qui sont quand même bien carrées, bien précises ; et on voit quand même des prescriptions qui sortent des clous. On essaye parfois de le dire, mais c'est très mal perçu. On a l'impression, si vous voulez, de revenir dans l'école maternelle : « t'as vu, t'as fait une faute ». Mais ce n'est pas ça, ce n'est pas du tout ça. L'intérêt final, c'est le bien être du résident. Et je pense qu'on l'oublie trop. Le résident doit être placé au centre du traitement. C'est vraiment le patient qui doit bénéficier de ce qu'on fait. Et non pas l'inverse. C'est là que c'est mal perçu. Le fait de dire à quelqu'un, à un confrère : « là je pense que peut-être éventuellement, ça serait intéressant de... » C'est parfois très mal vécu.

Que se passe-t-il lorsque le MG refuse d'entendre vos remarques ou vos conseils ?

Le MG a toujours le dernier mot. Je m'incline. Moi je ne peux, si vous voulez, que tracer ce que je dis, je ne peux que tracer sur l'informatique en maison de retraite ce que je pense, ce que j'ai conseillé, ce que j'ai dit éventuellement. Maintenant le MG a la liberté totale de ses prescriptions. Je la respecte. Et advienne que pourra.

Vous-même, vous avez été MG me disiez-vous ?

Oui, pendant 20 ans.

Qu'est-ce que cette pratique personnelle vous apporte dans cette relation avec vos collègues MG ?

Ça m'apporte déjà de rencontrer des collègues très sympathiques avec lesquels je m'entends bien, déjà. Ça permet éventuellement de discuter de certaines situations

pour lesquelles nous devons remettre en cause certaine chose, donc c'est très positif.

Mais est-ce que votre expérience passée de MG vous aide dans votre pratique actuelle de MCo ?

Quand j'étais MG pur et dur, il n'y avait pas de MCo. Donc la question était résolue. Je travaillais en maison de retraite en tant que MG. Mais il n'y avait personne qui pouvait contrôler, il n'y avait pas de MCo. Après je pense que parfois, ça m'aurait probablement aidé. Mais après, je ne peux pas vous donner mon ressenti de l'époque quand j'étais MG.

Sens de la question non comprise...

Quelle est la fonction du binôme MG-MCo ?

Etre au service du résident. Tout simplement.

Intéressons-nous aux 13 missions du MCo: par exemple pour émettre une recommandation de bonne pratique gériatrique, vous m'avez dit déposer une remarque écrite ou téléphoner quand cela est plus urgent. Pour lutter contre l'iatrogénie, c'est la même chose ?

C'est fondamental.

Avez-vous rédigé une liste des médicaments préférentiels ?

Alors là, vous tapez dans le mille. Je vais vous expliquer. Oui, j'ai travaillé, avec les MG, vous voyez on peut rien me reprocher, dans le cadre de ma mission de MCo. Avec les MG, on a fait une liste des médicaments préférentiels. Ce qui est quelque chose de demandé, dans nos missions, par l'ARS. Bon. A l'issue de cette liste, quand elle a été établie, avant de la mettre en place dans le logiciel de la maison de retraite, j'ai écrit à l'ensemble des organismes responsables, en particulier : le conseil de l'ordre des médecins, le conseil de l'ordre des pharmaciens, les responsables de l'ARS, les responsables de la sécurité sociale, les conseils syndicaux éventuellement des médecins. 11 lettres au total. Pour leur demander 2 choses : d'abord la première, est ce que, ce qu'on a fait comme travail, vous semble logique et intéressant ? Et la deuxième chose, est ce que le fait de squeezer des molécules ou des noms de principes actifs, dans cette liste thérapeutique, ne peut pas être éventuellement considéré comme étant de la concurrence déloyale vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques ? Comprenez bien que demain, vous supprimez le MOPRAL de la liste des maisons de retraite, le laboratoire pharmaceutique qui fait le MOPRAL peut très bien vous dire : « Mr ..., mais de quel droit vous avez supprimé mon

médicament de votre liste ? » Normal, c'est une concurrence déloyale. Moi j'induis un biais si vous voulez, parce que je vais favoriser peut être une autre molécule. Je n'ai eu aucune réponse. Aucune. Zéro. C'est simple, zéro. Sauf une, le conseil de l'ordre des médecins, qui m'a dit : « on a bien compris votre truc. C'est vrai que vous avez l'obligation, mais sachez que le médecin traitant a la liberté de prescription. Point. » Vous le prenez comme vous voulez, vous l'analysez comme vous pouvez, mais ça voulait dire : « ben écoutez, nous on ne s'ennuie pas, à la limite débrouillez-vous avec votre bazar ». Et puis, récemment, il y a 1 mois de ça, on a vu, nous MCo, se voir adresser par courrier, un magnifique bouquin, contenant si vous voulez tous les principes actifs, qui sont autorisés en gériatrie. Et, dans la préface de ce livre, vous avez une ligne très intéressante, qui dit que : « il ne faut pas trop utiliser et faire un livret thérapeutique. Il ne vaut mieux pas. » Et tout ça, contresigné par l'ARS, et certaines grandes instances médicales. Ce qui fait que tout le travail qui avait été fait tombait à l'eau. J'avoue que j'étais un peu perplexe sur l'utilité du livret thérapeutique qu'on nous a imposé. Vous voulez voir ?...

Vous voyez, il y a un magnifique logo de l'ARS. Vous l'ouvrez... vous voyez les grands noms de la faculté de médecine de Lille...grands noms de l'ARS... puis vous tournez, vous tournez, et vous arrivez sur une phrase magique : « recommandations de bonne pratique pour les pathologies les plus fréquemment rencontrées en EHPAD classées par thèmes. » très bien, super, c'est ce qu'il faut faire... « Les pilotes préconisent de ne pas élaborer de liste préférentielle pour ne pas privilégier certains principes actifs plutôt que d'autres. » ça veut dire quoi ? C'est le tout et son contraire. Donc par conséquent, voilà, bon... faut pas pousser grand-mère dans les orties.

[Qu'avez-vous fait de cette liste ?](#)

Elle est là. Elle est magnifique. On l'a même reliée parce que je trouvais ça très beau. Je vous le montre... on a quand même joint le courrier de l'ordre des médecins, vous voyez, ça tient en 4 lignes : c'est démerdez vous en résumé en 3 mots...l'ordre des pharmaciens, qui dit que ça ne les concerne pas. Et puis plus rien... et puis plus rien... mais on l'a faite, elle est là. Tout est répertorié dans ce qu'on utilise en maison de retraite. Elle est magnifique. Voilà. Elle est classée. C'est du travail foutu en l'air.

[Cela signifie-t-il que vous ne l'utilisez pas ?](#)

Si, pour caler mon bureau quand il y a mon pied de bureau qui est trop petit, donc ça fait exactement un demi-centimètre d'épaisseur, qui me permet de le mettre en dessous pour pouvoir éviter que ça bascule.

[Est-ce qu'il y a eu un retour des MG ?](#)

Bien sûr. Durant la dernière commission de gériatrie je me suis excusé de la part de l'ARS d'avoir demandé à ces gens un travail, qui est quand même un travail qu'ils ont pris après leur journée de travail, donc je sais ce que c'est, j'ai été MG. Et que aujourd'hui, à cause de ça, je ne le mettrai pas en route, c'est marqué noir sur blanc. Donc par conséquent, je me suis excusé auprès d'eux, du travail que je leur avais demandé.

[Concernant les protocoles cette fois : est-ce que vous en avez rédigé ?](#)

Pleins.

[Sont-ils à la disposition des MG ?](#)

Ils sont à disposition de tout le monde, mais avant tout et d'abord à mon personnel soignant.

[Vous avez évoqué vos réunions de coordinations annuelles.... Comment se déroulent-elles ?](#)

Mal... Mal parce que c'est exactement le même sujet que là, que dans le relationnel qu'on peut avoir. La dernière commission de gériatrie, je ne m'en suis pas encore remis. Moi je parlais en essayant de me faire comprendre qu'il y avait des choses qu'on ne faisait pas en EHPAD. Et il y a eu d'énormes représailles, de la part d'un confrère. Donc, j'en suis encore si vous voulez, actuellement à m'en remettre de cette dernière commission de gériatrie. Je ne vous cache pas que je me demande si l'année prochaine j'en referai une. Je pense que je vais adopter une autre technique, celle que je fais que je fais sur un autre EHPAD, c'est la technique du referendum. C'est-à-dire que je leur envoie un courrier, en leur expliquant qu'il y a une commission, que ça les embête car il n'y a pas beaucoup de participation mais que je reste à leur disposition pour répondre à toutes leurs questions. Donc s'ils veulent en poser, il n'y a pas de soucis, même de façon anonyme, j'essayerai de leur répondre. Voilà. Je pense que ça permettra d'éviter l'éclat qu'il y a eu lors de la dernière commission.

[Comment fonctionniez-vous ?](#)

C'était une réunion, un soir... voilà on proposait une date, et on se réunissait ensemble, de façon très sympathique. Ça s'est toujours bien passé, sauf la dernière.

Et j'avoue que ce que j'ai dit, je l'ai dit et je le maintiens, et je pense que j'étais dans mon bon droit de le dire, mais c'était excessivement mal perçu par certains de mes confrères.

Est-ce que cela portait sur des recommandations gériatriques ?

Absolument. Sur des choses qui sont choquantes.

Ce MG en question est-il venu de son plein gré ?

Bien sûr, je ne force personne moi vous savez.

Mais il n'était pas d'accord avec vos recommandations ?

Absolument.

Sur le fond ou la forme ?

Les deux. Il m'a reproché ma façon de le dire. Et surtout ce que je disais, qui lui semblait tout à fait aberrant.... Et je maintiens ce que je dis.

Aujourd'hui, travaille-t-il encore dans cet EPHAD ?

Oui bien sûr.

Et je ne lui en veux pas vous savez. Il faut savoir le surmonter et être un petit peu critique sur ce qu'on dit et ce qu'on fait. Moi j'estime que ce que j'ai dit était réel, c'était quelque chose qui allait dans le bon sens, dans le bon sens dans tous les sens du terme d'ailleurs, mais surtout pour le bien être des résidents. Il a mal compris, il a mal perçu, qu'est-ce que vous voulez que j'y fasse ? C'est comme ça...

En cas de conflits, quelles sont vos ressources ?

Ben d'abord je dois en référer à la direction. Et ensuite si c'est nécessaire, en référer à l'ARS. Mon patron c'est l'ARS.

Avez-vous déjà été amené à contacter l'ARS ?

L'ARS ? Des dizaines de fois pour des cas X, Y, Z, oui bien sûr.

Et ... ?

Et ? Pareil que le livret thérapeutique.... (Rire) voilà, j'attends les réponses.

Juste un dernier point relatif aux réunions... avez-vous beaucoup de participation ?

Pour les commissions de gériatrie ?

Oui, les réunions de coordination annuelle.

J'ai eu 5 médecins, et 6 à 7 kinés.

Sur combien ?

Alors 5 à 6 médecins sur 35 à 40, et 7 à 8 kinés sur une trentaine.

En cas de situation d'urgence, comment procédez-vous pour travailler avec les MG ?

Je leur téléphone. Le dernier cas, une dame qui a une hernie étranglée, inguinale, avec occlusion, et que j'ai géré en l'envoyant à l'hôpital et prévenir tous ceux que je devais prévenir, et ensuite j'ai contacté son MG. C'est d'abord le patient, d'accord ?

Un dernier point concernant l'accueil des MG,

Il n'y a pas de soucis.

Plus précisément, quand un MG arrive en consultation, est-ce qu'il y a des aménagements particuliers? Des recommandations pour les horaires ? Est-ce qu'une infirmière se libère, ou autre chose ?

Vous êtes envoyée par le gars qui était à la réunion de commission de gériatrie pour me demander ça ?

Je me base que sur les textes pour établir mon questionnaire... mais pourquoi me posez-vous cette question ?

Parce que sincèrement c'est justement ça qui a posé problème.

Il y a des horaires à respecter. J'estime qu'une personne âgée, qui est en salle à manger, doit pouvoir bénéficier de son repas chaud. Pour moi, c'est un moment de convivialité, c'est un moment très important car les gens âgés, on a beaucoup de difficulté à ce qu'ils mangent correctement. Je pense que ce n'est pas le moment de les embêter pour un renouvellement de médicaments. Voilà. C'est très mal perçu par certain.

Mais cela n'est-il pas précisé dans le contrat ?

C'est écrit dans la chartre qu'ils ont signé, c'est écrit dans le contrat, c'est écrit dans les bonnes recommandations, c'est écrit partout.

Est-ce que les médecins généralistes l'ont signé ?

Alors celui qui nous a fait des ennuis, oui, il l'a signé. Mais avec en plus l'avenant du conseil de l'ordre. Qui est ridicule car c'est exactement le même terme.

Je suppose que vous avez présenté ce contrat à tout le monde ?

Bien sûr

Et combien l'on signé ?

50%... un peu plus maintenant, 70

Pourquoi certains ne l'ont pas encore signé ?

La dernière fois que je l'ai proposé à un médecin qui avait un nouveau résident chez nous elle m'a dit : « je suis libre comme l'air »

Autre aspect : est ce qu'il existe un guide d'accueil pour les MG ?

Oui, il y a un livret d'accueil pour les résidents. Et vous avez ensuite la chartre, qui est donnée systématiquement à tout médecin nouveau qui arrive dans l'établissement et ensuite, je me tiens à leur disposition quand ils le souhaitent, pour en discuter si nécessaire.

[Vous m'avez dit que vous êtes informatisé...](#)

Oui

[Comment ça se passe avec le logiciel, les dossiers, la participation des MG pour remplir les dossiers ? Les prescriptions informatiques ?](#)

J'ai eu de la chance. Je veux dire qu'ici dans cet EHPAD, j'ai 80% des médecins qui travaillent avec le logiciel qu'on a, ce qui n'est pas mal. J'ai encore des problèmes avec d'autres, toujours les mêmes, qui refusent de marcher avec le logiciel. Et qui travaillent encore par fax, par coup de téléphone, et par truc comme ça, ce qui est absolument illégal. Seul le médecin du SAMU peut faire une prescription téléphonique.

Par conséquent, on a encore des soucis par rapport à ça. C'est un des thèmes de la commission de gériatrie très mal perçu par certain. Vous savez ça ne fait pas du bien de mettre le doigt où ça ne va pas. C'est bien le problème, c'est typiquement français ça. Faut quand même que je le dise, car c'est mon métier.

[Que contient le guide d'accueil ? explique-t-il le fonctionnement de l'EHPAD ? Est ce qu'on trouve vos coordonnées, celles du réseau...](#)

Il y a mieux que ça, on a même un site internet, où il a nos coordonnées qui sont dessus, il y a même ma photo, alors franchement il y a tout ce qu'il faut dessus pour contacter les gens concernés.

[Quel est votre temps de présence à l'EHPAD ?](#)

Moi je suis à 0,6ETP, je suis ici le lundi matin, le mercredi toute la journée, le jeudi matin, et le vendredi après-midi. 5 demi-journées par semaine.

[Pouvez-vous me raconter comment se passent les transmissions entre les infirmières et les MG?](#)

Ça se passe mal pour certain, c'est toujours pareil. Le problème c'est que pour la plupart de mes confrères, ça se passe très bien. Il y a des gens qui vont tout à fait dans le moule et qui ont tout à fait compris le fonctionnement de l'établissement. Et qui recherchent une infirmière, font des transmissions correctes. Franchement je n'ai rien à dire. Mais vous avez toujours une tranche, qui laisse l'ordonnance là sur le bureau, qui sont partis et qu'on ne voit jamais. On se demande ce qu'il faut changer,

ce qui a été fait, ce qui a été dit. On n'en sait rien. Il n'y a aucune transmission informatisée ou écrite, donc on est dans le flou artistique. Donc là évidemment ça pose un souci, on n'arrive pas à comprendre des fois, mais bon, ça concerne une frange des professionnels, ça ne concerne pas tous, heureusement d'ailleurs. On essaye de leur dire, mais ce n'est pas toujours facile et ce n'est pas toujours bien perçu.

Les MG préviennent-ils de leur venue ? Est-ce mensuellement ? Devez-vous les appeler pour le renouvellement ? Je suppose que c'est variable d'un MG à un autre ?

Oui tout à fait. Il y en a qui revienne systématiquement à date fixe. Super, très bien. Pour leur renouvellement. Il y en a d'autre à qui on dit « voilà, il faut revenir à telle date parce qu'on va être en panne de médicament », et qui viennent 8 jours après... les gens n'ont plus de médicament bien sûr. Ça ne choque personne. Si, moi. Je fais leur travail à leur place. Je prescris ce qu'il faut quand même pour qu'on puisse continuer traitement.

Et puis ensuite, j'en ai qui vienne jamais. Jamais. Même quand vous les appelez. Voilà, ils ont leur liberté, ils font ce qu'ils veulent.

Voilà, mais globalement, la majorité du temps, c'est franchement, des rendez-vous réguliers, hors urgence, hors quand on les appelle. Quand on les appelle bien sûr ils viennent, il n'y a pas de souci.

Et vous, est-ce que vous êtes amené à prescrire hors situation d'urgence ?

Oui

Quand ?

Quand il n'y a plus de médicaments par exemple, et que le MG n'est pas passé, et qu'il ne vient pas, que vous téléphonez, vous tombez sur un répondeur un jour, deux jours, trois jours. Et vous finissez par apprendre qu'il est en vacances. Je viens pour qu'on donne les médicaments aux gens, je ne veux pas les laisser sans. Donc oui je prescris à ce moment-là bien sûr.

Les MG ne sont-ils pas censés justement assurer cette permanence de soins, soit avec des remplaçants, soit en prévenant de leur absence. Est-ce que ça se fait ainsi ?

Globalement, majoritairement oui. Mais parfois non. Mais majoritairement oui quand même. Heureusement d'ailleurs. Sinon ça serait invivable.

Et quels seraient vos besoins pour améliorer vos relations avec ces MG avec lesquels ça pose problème ?

Si je vous dis réellement le fond de ma pensée, ça va être difficile.

Dites le moi, je suis là pour ça

Vous êtes là pour ça ?

Oui

Ben vous savez, moi je vais vous dire, quand j'ai commencé ce boulot, c'est vrai que j'adore la gériatrie, c'est une discipline que j'aime bien, je me suis investi totalement. J'ai fait le DU de médecine des personnes âgées, j'ai fait le DU de la coordination, puis j'ai fait la capacité sur 2ans de médecine des personnes âgées, qui est une discipline toute récente. Aujourd'hui si vous voulez, je m'estime être de haut niveau par rapport à la gériatrie, par rapport à ses bonnes pratiques, il y a quand même des diplômés qui ont jalonné mon cursus.

Qu'on nous laisse un peu aussi, la possibilité de faire des choses. Moi actuellement je me sens bridé, je dirais entre guillemets « inutile sauf situations d'urgence » au sein d'une EHPAD. Et à côté de ça, j'ai des confrères qui me disent « nous on est débordé, on ne sait plus, on n'a pas le temps, de toute façon au-dessus de 75 ans ce n'est plus la peine »... hou ! C'est chaud quoi. Il y a quelque part quelque chose qui ne colle plus, entre nous qui sommes hyper formés on va dire, à la gériatrie en maison de retraite, à qui on colle un boulot administratif de remplir des cases à longueur de journée, parce que ça c'est une grosse partie du temps. Et à côté de ça, si vous voulez, des confrères qui sont ultra débordés, qui vous le disent. Moi j'en ai une qui m'a dit « je n'en peux plus, je ne m'en sors plus, les EHPAD ce n'est pas possible, les EHPAD ça bouffe un temps... » . Ben oui mais on est là quoi ! Et on nous sous utilise, médicalement parlant.

Voilà, donc peut-être qu'éventuellement, rééquilibrer un petit peu les choses. Ce serait ça. C'est ce que moi je souhaiterais. Mais bon, ce n'est pas moi qui décide ce genre de chose. J'ai 13 missions, j'essaye de les respecter comme je peux.

D'accord, est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez ajouter ? Quelque chose qu'il serait important à dire et que nous n'avons pas abordé ?

Vous savez, je vous dirais qu'il me semble très très important. Quand vous regardez le site internet, on m'a demandé ce que moi je pensais de mieux pour mon EHPAD, ce qu'il fallait vraiment faire. Ce que j'ai répondu, ça tient en une phrase : « pour moi, la finalité des choses, c'est que les résidents qui se trouvent dans mon établissement soient heureux. C'est tout. Heureux à tous les niveaux : heureux sur le plan matériel, sur le plan relationnel, et aussi sur le plan médical. Qu'ils aient un suivi de leurs

pathologies de façon ultra correct comme vous savez aujourd'hui dans le cadre des bonnes recommandations. Voilà ce que je souhaite, pas plus, pas moins.

Maintenant, mettre en œuvre autour de tout ça, si vous voulez tout ce qu'il faut. Bien sûr il y a la partie que je ne maîtrise pas qui est la partie finance de l'établissement, ça je ne maîtrise pas, c'est vrai qu'aujourd'hui c'est un arbre difficile. Et il y a la partie que je peux maîtriser dans le cadre du soin. Moi ce que je souhaite c'est que ça se passe bien, que ça se passe très bien avec l'ensemble des partenaires qui travaillent dans l'établissement, aussi bien que les kinés que les paramédicaux que nos confrères médecins, que ça se passe très bien ! Moi je ne demande que ça. Parce qu'en finalité c'est pour le résident qu'on le fait. Voilà, moi je veux la guerre avec personne. Au contraire, moi je veux que tout rentre correctement dans les cases. Est-ce que vous aimeriez, quand il a des MG avec lesquels ça se passe mal, pour des questions organisationnelles, parce qu'ils n'ont pas de temps, parce que la gériatrie demande un certain investissement ; est-ce que justement, vous aimeriez avoir plus d'appui de la part de l'ARS, avoir un peu plus de pouvoir dans certaines situations ? C'est quelque chose qui vous manque ?

Je pense que ça nous manque énormément. Je dirais de l'ARS et de toutes les instances professionnelles. Parce qu'aujourd'hui on est un peu les parents pauvres du système. On nous impose des choses, mais on ne nous aide pas pour que ça soit effectué correctement. Donc nous on rame dans notre coin. On essaye de faire communiquer les choses, maintenant c'est parfois très compliqué, très difficile, je ne vous le cache pas.

Je vous remercie.

Entretien 3 – 07/06/2016

A quelle occasion rencontrez-vous les MG, concrètement dans votre pratique ?

Je dirai au hasard de leur consultation, et au hasard de mes temps de présence. Là, actuellement je suis à temps plein, mais comme c'est sur 6 résidences... je les rencontre au hasard de leur emploi du temps, quand ils sont là au même moment que moi. Et puis inversement quand j'étais à mi-temps, ben c'était pareil aussi. Il y avait des jours où je ne voyais personne, et il y a des jours où je les vois. Donc c'est au hasard du moment où ils venaient consulter.

Et pour quelle raison êtes-vous amené à les contacter ?

Alors, à les appeler... ben quand.... Ce n'est pas souvent... par exemple, le pharmacien me dit « *je ne comprends pas sur l'ordonnance dans l'ordi, il y a deux fois le même médicament.* » Donc dans ce cas-là, ça m'est déjà arrivé d'appeler « *tu ne t'es pas trompé ?* », « *en effet j'ai tapé 2fois, tu peux retirer* ». Donc quand il y a un problème de prescription je peux appeler.

Après ... je peux appeler quand je dois transférer quelqu'un en urgence : quelqu'un qui fait un gros malaise, quand je dois appeler le SAMU et tout ça. Charge à moi de faire un courrier et surtout d'appeler le médecin pour dire « *je l'envoie aux urgences parce que...* ». Donc je préviens. Je préviens toujours le médecin traitant dans ces cas-là.

Les appeler par exemple pour le dire « *j'ai un souci avec la famille de cette patiente, qui est aussi ma résidente, donc on va les voir en entretien tel jour, tu veux participer à l'entretien ? Ou sinon je te tiens au courant des conclusions qu'on aura avec la direction.* »

Voilà, en gros c'est un peu ça quoi.

Et à l'inverse, eux... ?

A l'inverse, eux, ils peuvent me demander...ils ne m'appellent jamais directement. Parce que jusqu'à présent je n'avais pas de portable... et ils ne le connaissent pas... donc ça ne s'est jamais vraiment passé. Donc non c'est souvent moi qui les appelait ou eux qui demandaient à me parler et je les rappelais pour... Donc s'ils voulaient me parler, c'était moi qui les rappelait pour leur dire... je ne sais pas pourquoi ils m'appelaient... je ne sais pas : « *telle prise en charge de Mme Machin, oui, qu'est-ce que tu en penses ?* » alors, je ne fais pas des soins, mais j'oriente un petit peu, ils savaient que j'avais fait un peu de soins palliatifs, ils disaient « *oui, j'ai prescrit tel*

truc, qu'est-ce que tu en penses ? » « Ok » et puis dans ce cas-là t'informe : « Ne t'inquiète pas, on a une convention avec une équipe de soins palliatifs, s'il y a un souci, je vais gérer », « ah bon ». Donc ça, souvent, les fins de vie, on est amené à parler avec le médecin traitant. Parce que ce n'est pas évident à gérer pour eux.

Donc vous les contactez avant tout par téléphone ?

Oui, tout à fait. Toute décision que doit prendre un MCo vis-à-vis d'un des patients du médecin traitant, le MCo doit informer systématiquement. Genre « *ben voilà, Mme Machin n'est pas bien, est ce que je peux prescrire ? Je ne sais pas, j'ai l'impression qu'elle est déshydratée, qu'est-ce que tu en penses ?* » « *Oui oui, je n'ai pas le temps de venir, OK d'accord, n'hésite pas, merci beaucoup* ». Voilà.

Et que pensez-vous de vos relations de travail avec les MG ?

Elles sont bonnes, je n'ai jamais eu de soucis. C'est un échange, c'est un échange de pratique. C'est vrai que je suis restée longtemps dans une même structure, 9 ans dans une même structure. Après on a le temps de les connaître. Si on ne reste pas très longtemps, ce n'est pas évident de faire un lien. Mais en 9 ans de temps, on a appris à se connaître, à rigoler, limite à devenir amis, parce que c'est un petit monde dans la médecine. Non, je n'ai jamais eu de soucis, au contraire. Je dirai que c'est un travail, limite d'équipe, quand ils veulent bien que le MCo participe. Sinon tu en as toujours qui vont être... qui viennent, qui ne viennent pas te parler, qui ignorent même ton existence et qui sont très bien comme ça.

Est-ce que vous avez rencontré des difficultés ?

.... (Soupire) non pas de difficultés... non peut-être au départ : pas de MCo avant dans la structure, le MCo arrive donc à juste titre ils se posent des questions, donc ils te regardent de travers : « *vous faites quoi comme boulot ?..* » avec un petit air d'inquiétude, de savoir si je ne vais pas leur piquer leur patient. Au début c'est un peu ça et puis après, quand ils te connaissent, tout le monde est rassuré.

Franchement aucun aucun souci, je n'ai jamais eu de soucis, jamais. Non et puis quand je vois s'il y a incompréhension de l'autre côté, je ne sais pas, je demande à un médecin « *est ce que je peux prescrire de l'albumine ?* » s'il me dit « *non je n'ai pas envie* » et bien non je n'ai pas envie, « *ok bonne journée* », j'explique un peu, si ça ne marche pas, « *ok bonne journée.* » je n'ai jamais été en conflit avec un MG.

Comment définiriez-vous le rôle de ce binôme?

Disons que c'est un binôme si le MG accepte de travailler en binôme. Le MG, comme c'est un libéral, il ne va pas vouloir aimer travailler avec quelqu'un d'autre. Donc

quand ça peut arriver, quand je peux être utile, quand on demande mon avis sur.... C'est souvent les fins de vie... donc fin de vie : « *oui j'ai mis du DUROGESIC, qu'est-ce que tu en penses ?* » en fait, le but de travailler à deux comme ça, je pense que ça permet une meilleure gestion du patient parce que le médecin traitant retourne à ses consult' et il peut ne pas être forcément rassuré. Comme il m'a parlé du problème « *qu'est-ce qu'on fait, machin...* », Il sait qu'il y a quelqu'un dans la structure pour assurer le suivi. Donc je pense que partager c'est bien, c'est professionnel de travailler à deux, on travaille mieux, forcément.

Donc vous assurez le suivi quand le MG ne peut pas ?

Alors ce n'est pas un suivi à 100% parce qu'après le MCo fait le boulot d'astreinte, mais je transmets aux équipes que faire en cas de ... on a fait un projet de soin avec le MG, mettre tant de patch, tant de truc ... donc le MCo doit assurer la continuité des soins, donc dès l'instant qu'il y a un truc de posé, une décision sur une prise en charge thérapeutique, charge au MCo de voir avec l'infirmière co à ce qu'elle fasse perdurer le truc, telle conduite ça tenir, que ça fonctionne, ça continue.

Et parmi vos 13 missions du MCo, en pratique, comment vous agissez pour, par exemple, émettre une recommandation de bonne pratique ?

Alors avec les MG, ce n'est pas évident pour les voir. Il faut qu'ils aient confiance, il faut avoir le temps parce que des fois ils sont pressés. Les bonnes pratiques de gériatrie, c'est un peu dure. En fait, on ne peut pas se poser de façon posée avec eux.

Par contre, quand ils vous sollicitent pour un problème particulier, pouvez-vous en profiter pour transmettre des recommandations ?

Oui tout à fait. C'est quand ils ont des difficultés. Sinon, moi, je ne vais pas venir, ils ont un temps de travail qui est compté, ils sont autonomes, s'ils ne me demandent rien, je ne vais pas leur dire « *vous savez que...* » Ou alors si, quelqu'un que je connais bien, qui est accessible à la discussion tout ça, je vais lui dire « *tu sais que maintenant on fait tel truc...* » « *Oui d'accord* ». C'est souvent flash des trucs comme ça. Les bonnes recommandations comme on doit le faire ben.... On distille plutôt des petites infos, s'ils veulent bien les entendre.

Pour lutter contre la iatrogénie, est-ce pareil ?

C'est infaisable. En pratique, il faudrait que je me plonge dans toutes les ordonnances. Mais je n'ai pas que ça à faire. Je veux dire que c'est monstrueux. Donc en pratique, je n'ai jamais réussi à trouver le temps d'un côté ou le temps de

l'autre, pour éplucher toutes les ordonnances, ce n'est pas possible.

Et par exemple, quand vous êtes amené à faire des projets de soins, ou quand vous réévaluez la situation de telle ou telle personne, revoyez-vous dans ces cas-là les dossiers ?

Oui bien sûr, en fait là, quand je me replonge vraiment dans les dossiers, c'est quand quelqu'un débute une fin de vie, il faut avoir le réflexe de faire des soins de confort, et surtout arrêter tous les médicaments qui ne sont plus utiles. Quand la décision de fin de vie est posée et bien on doit être logique jusqu'au bout et on doit arrêter les traitements. Donc c'est dans ces cas-là, c'est ce que je disais, la fin de vie, pour les MG, c'est dur à gérer parce qu'ils n'ont pas été formés pour, parce que ce n'est pas évident, parce qu'ils sont tout seul, à expliquer à une famille ce n'est pas évident. Donc, là, le MCo, je trouve que là, il a tout son rôle ; et d'expliquer au MG *« ne t'inquiète pas, on fait des soins d'accompagnement, on a une convention avec les soins palliatifs, avant qu'on appelle les soins palliatifs, on peut gérer sur place. Et d'abord, dans un premier temps, tu vois, là elle reçoit trop de médoc. Si nous on juge tous les 2 que c'est une fin de vie, voilà on arrête les médoc. Oui, dans ces cas-là, je suis Ok pour arrêter tout ce qui est prise de sang »*.

Sinon, avoir un œil sur chaque ordonnance c'est infaisable. Oui, il m'est déjà arrivé de voir... assez souvent, c'est la pharmacienne qui m'a interpellé en me disant *« je ne comprends pas, Mr machin a trois antalgiques, c'est quand même trop... il a 2 anti dépresseurs.. »* *« Ah oui d'accord »*. Donc là, je peux appeler pour dire *« excuse-moi, sur les 2, lequel fonctionne ? »* *« Ah oui j'avais oublié »*. Souvent c'est un problème, tu sais ils notent dans l'ordinateur, et ils rentrent leur truc, ils ne relisent pas, ils rajoutent un truc sans avoir vu qu'au-dessus il y avait déjà la molécule.

Souvent, c'est juste un problème informatique ?

Ou alors, tu peux très bien avoir un médecin qui dit, *« ben oui, il a 2 anti dépresseur, parce que je dis ce qu'a dit la psychiatre. Mais oui je suis d'accord avec toi, je ne vois pas pourquoi il en aurait 2. »*

Est-ce que vous avez rédigé une liste de médicaments préférentiels ?

Non.

Pourquoi ?

Ben parce que sur le terrain c'est infaisable. Parce que quand on se retrouve avec une cinquantaine de médecin, comment on les réunit tous en même temps pour discuter de quelle molécule choisir ? Ça c'est le premier truc.

Le deuxième truc c'est que si on travaille avec un pharmacien, le pharmacien a peut-être son mot à dire aussi. Donc lui aussi, comment il va dégager des molécules de tous ses traitements ? Voilà.

Troisième problème c'est comment choisir THE molécule. Comment choisir celle-là plutôt qu'une autre, je n'en sais rien.

Donc déjà c'est dire aux MG « *qu'est-ce que vous en pensez ?* » mais eux, ils sont libéraux, ils sont libres, ils font ce qu'ils veulent. Dans la pratique c'est infaisable.

Et puis, le résident, qui est habitué à un certain type de traitement, qui est une personne âgée. Déjà quand on remplace par un générique ils deviennent fous les résidents, ils ne sont pas bien. D'un seul coup ça ne va plus, alors que c'est la même chose. Donc le moindre changement dans le traitement d'un résident, le résident, il va se mettre à hurler. Donc c'est un truc, pour moi c'est infaisable.

Ou alors pour moi, il faudrait obliger ; entre guillemets ; les MG, à ce que dès l'instant où ils rentrent en EHPAD, à suivre la liste type, décréter par l'ARS, et voilà, ils signent un contrat, ils s'engagent à suivre la liste type. Mais il n'empêche, si cela devait exister, celui qui a son mot à dire c'est le résident. Il ne va pas comprendre pourquoi on va lui changer tel medoc pour un autre. Donc je ne vois pas l'avenir de ce truc-là. Je ne vois pas. Je vois l'intérêt, en effet, de diminuer la iatrogénie, c'est très très bien, c'est une bonne idée. Mais dans la pratique, on veut bien un mode d'emploi.

[Est-ce que vous avez élaboré des protocoles ?](#)

Oui. Des protocoles sur quoi ? Sur tout. Tout ce qui est gériatrique, tout ce qu'on rencontre en gériatrie. Les trucs les plus courants : la déshydratation, les problèmes de constipation/diarrhées.

Tout ce qui touche à la gériatrie. C'est hyper varié. C'est la conduite à tenir en cas de malaise, en cas de fausse route, etc.... Donc il y a différents types de protocoles. Il y a des protocoles qu'on va plutôt classer du côté urgent : fausse route, malaise, arrêt cardiaque... ; protocole plus courant, de la vie de tous les jours : c'est la personne âgée et la déshydratation, c'est vraiment un truc ultra courant, parce que quand on vieillit, physiologiquement, on a plus l'envie de boire, c'est comme ça, donc c'est hyper fréquent d'avoir une personne âgée déshydratée. Si elle vous dit « *si si je bois* », il faut faire gaffe. Donc c'est vraiment un protocole que les filles doivent appliquer tous les jours.

[Et, est-ce qu'il y a des protocoles destinés aux MG ?](#)

Non, en fait ces protocoles-là sont destinés plutôt à la pratique des équipes. En fait c'est pour uniformiser les soins et que les équipes se disent : « *mince madame machin elle me semble déshydratée, je ne me souviens plus ce qui est marqué dans le protocole, quels sont les signes de déshydratation, qu'est-ce que je dois faire, ...* ». Donc c'est un truc pour pas que les filles si elles sont seules, elles ne soient pas embêtées, faut qu'elles aient la bonne prise en charge, au bon moment. Donc ça sert à ça. Mais ce n'est pas vraiment destiné aux MG. De toute façon, ils n'auraient pas le temps de les lire. Ils font des passages éclairs en maison de retraite, comme ils font des passages éclairs au domicile. La maison de retraite c'est un domicile. Donc quand ils mettent les pieds en maison de retraite, ils sont libéraux, la maison de retraite, c'est un domicile. Ils viennent voir le résident. S'ils sont sympas, ils viennent rendre compte à l'équipe. Quand ils me voient, ils vont venir me parler de Mr Machin qu'ils viennent de voir. Mais il y en a qui ne sont pas forcément sympas, qui vont shunter l'infirmière, qui vont shunter l'ordinateur, qui vont faire leur prescription papier, les poser sur le bureau, et ni vus ni connus ils partent. Mais ça ils ont le droit. Ils ont le droit. Donc il y en a qui participent, il y en a qui ne participent pas. Il y en a qui bossent avec nous, il y en a qui ne bossent pas. Et généralement, c'est souvent quand tu les vois, ils te disent : « *allez dépêchez-vous, j'ai d'autre personne à voir* ». Ils sont complètement débordés. Donc on n'a jamais vraiment le temps de se poser et de leur dire « *ah ben tiens, vous faites les bonnes pratiques de gériatrie ? J'ai un protocole à vous montrer...* » Ou alors je peux en faire mais le gars il va être poli, il va le plier en deux, et puis il va le ranger chez lui.

Est-ce que vous pouvez me parler des réunions de coordinations ?

Alors, elles sont obligatoires. L'ARS en fixe une à deux par an. En général, c'est deux par an, sachant qu'en pratique c'est plutôt une parce que l'EHPAD rémunère les libéraux médecins et kinés. Il les rémunère 4C, 4fois la consultation pour les médecins, et je ne sais plus combien pour le kiné. Mais il ne le fait que pour une seule réunion. La deuxième réunion, le gars n'est pas rémunéré donc il perd de l'argent, il perd 2h ou 3h de consult'. Donc en général, quand on leur propose une deuxième réunion, ils ne viennent pas. Bref, en pratique, moi j'ai toujours fait une réunion par an. Alors, c'est pareil, normalement il y a un ordre du jour, on doit fixer un ordre du jour et les prévenir. Là où j'ai travaillé, il n'y avait pas vraiment d'ordre du jour, on faisait un peu dans l'organisation. Le but des réunions de coordination, c'est de se voir tous. Donc on envoie les convocations à tout le monde. En général, sur 40

médecins, s'il y en a 3 qui viennent, c'est un grand maximum. Sur les kinés, sur les 15 kinés qui viennent, il y en a 6 au grand maximum aussi. Donc en général, les libéraux, il n'y en a pas beaucoup qui viennent. Mais par expérience, ceux qui viennent, c'est ceux qui sont intéressés par la vie de la structure, par comment on peut travailler ensemble. Donc c'est plutôt bien. Ceux qui sont contestataires, qui ne veulent pas signer le contrat EHPAD/libéraux, qui font leur ordonnance papier, qui s'en vont et qui ne veulent voir personne. Eux, ils ne viendront pas à cette réunion, ça ne les intéresse pas. Donc en général, ça se passe forcément très bien, car ceux qui sont là, ils ont forcément envie de travailler avec nous.

Quelles sont les raisons de leur absence?

Moi je dirais :

En premier ce sont les horaires. Ce n'est pas évident quand tu as prévu des consultations, qu'on te propose...je pense que ce sont les horaires. C'est une question de « *ça ne m'arrange pas, j'ai des consultations à telle heure* » ou alors « *je suis chez quelqu'un donc je ne pourrais pas y être* ». Voilà, donc en premier c'est ça. Et puis, je dirais qu'en 2, c'est aussi, probablement on va dire, un manque de motivation : « *qu'est-ce que je vais faire à la réunion, ils sont gentils mais je suis libéral, je n'ai pas envie de participer à quoi que ce soit, j'ai rien signé* ». Et ils ont le droit. Ils ont le droit. Le MCo n'impose pas la signature d'un contrat. Il propose, il explique. S'il ne veut pas signer, il ne signe pas.

Donc ceux qui se présentent, franchement ce sont des gens qui ont signé le contrat EHPAD/libéraux, qui se sentent concernés, qui ont envie de passer un bon moment où on échange, où on leur demande ce qui va, ce qui ne va pas dans la structure, qu'est-ce qu'on pourrait améliorer. Voilà, c'est un moment d'échange. C'est un moment où on peut leur apporter des informations sur le projet d'établissement, des trucs comme ça. Donc voilà, c'est plutôt sympa, c'est utile je dirai. Mais malheureusement c'est ¼ des médecins qui se sentent concernés.

Comment faites-vous pour les convoquer à cette réunion?

On connaît leur adresse, leur numéro de téléphone tout ça. Donc on envoie une convocation à chacun : « *voilà nous vous proposons tel jour, de telle heure à telle heure, à tel endroit* ». C'est souvent soit avec un petit déj' soit un repas. Ça, ça les fait mieux venir.

Mais est-ce qu'un jour ils vous ont dit « *je ne viens pas, parce que... ?* »

Ah oui, la plupart du temps, j'entendais...oui oui tout à fait, j'ai eu des confrères qui

m'ont dit : « *ah là je suis désolé, je ne vais pas pouvoir venir parce que j'ai plein de consult' ça tombe mal* », alors ce qu'ils me disaient « *je suis en vacances à ce moment-là* ». Ou alors il y en a un qui m'a dit « *c'est quoi votre truc ? Ça sert à quoi ? Non ça ne m'intéresse pas, je n'ai pas envie de faire partie de votre truc* ». Voilà.

Est-ce que vous pouvez me parler de la coopération des MG concernant la tenue des dossiers ? Et des transmissions ?

Par expérience on a toujours énormément de difficultés à faire en sorte que les MG mettent au moins des mots dans les dossiers. Pourquoi on a du mal ? Parce qu'ils partent du principe déjà... alors il y en a qui vont me dire « *ça va, je suis libéral, j'ai quitté l'hôpital, je n'ai de compte à rendre à personne donc...* » Hop ! Passe ton chemin. Il y en a d'autres, plus intelligents, qui se disent « *si je mets un mot dans le dossier, c'est bien parce je retrouve mon mot le mois d'après, je me souviens, donc c'est plutôt pas mal.* » Et puis il y en a d'autre qui n'ont pas le temps « *non je n'ai pas le temps, je sais mais je n'ai pas le temps, il faut que je parte* ». Donc ça c'est un gros problème. Et donc en général, il y a peut-être... dans les structures où j'allais, il y avait la moitié des médecins qui mettaient des mots dans les dossiers. La moitié, donc ce n'était pas beaucoup. Et puis sur cette moitié, il y en avait la moitié encore, en gros le quart des médecins de toute l'EHPAD, qui acceptaient de mettre un mot dans l'ordi. L'utilisation de l'ordinateur, ce n'est pas évident pour la plupart des médecins... Donc je leur propose toujours, plus qu'il y ait une traçabilité, on leur dit, « *ce n'est pas grave l'ordi, ce n'est pas obligé, on garde toujours la trame papier* ». Mais bon, mettre un mot dans le dossier, quand ils sont pressés, ou qu'ils n'ont pas envie, on ne peut pas les forcer.

Et pour les transmissions orales ?

Les transmissions orales, c'est pareil, on a 2 types de médecins : il y a le médecin qui est libéral, qui rentre, qui ne demande pas à voir les infirmières, pour qui ça ne dérange pas, qui va voir le patient, qui ne mets pas de mot, qui est pressé, il jette son ordonnance et il s'en va. Ça, il y en a de moins en moins. Je trouve qu'il n'y en a pas beaucoup, et ça heureusement. Et tu as quand même la majorité des médecins c'est vrai qui viennent, qui demande à voir l'infirmière « *Mr machin, alors ?* ». Voilà. Et puis il y a des transmissions orales à l'infirmière « *Mr machin ne va pas bien, ect...* ». Là, il y a un échange.

Et dans ce cas, quelles sont vos directives pour les infirmières ? Est-ce qu'elles doivent se libérer pour le MG ? Sont-elles joignables, et si oui, comment ?

L'infirmière doit se libérer pour le MG. Il arrive dans la structure et il demande à joindre l'infirmière. L'infirmière a un bip, elle répond au bip et va voir le médecin. Bien sûr.

Alors en général, c'est infirmière coordinatrice, je parle des autres structures où je suis allée, elle peut se libérer, elle ne fait pas les soins. Donc elle peut mieux se libérer que ses collègues qui sont en plein soin. Donc oui, bien sûr.

Concernant le MG cette fois, qu'avez-vous mis en place pour l'accueillir lors des visites ? Est-ce qu'il y a des planifications ?

Alors, partout où je suis allée, on essayait d'organiser la venue des médecins, pour faire en sorte qu'il n'y ait pas des médecins, pouf qui arrivent, pas attendus ; bon, il y en a toujours quelques-uns qui viennent malgré tout quand on s'y attendait pas. Mais dans la plupart des cas, on organise avec les infirmières leur venue. C'est-à-dire qu'elles ont un agenda, qu'elles mettent à jour : « *le docteur machin est venu tel jour* ». Elles prévoient qu'ils reviennent un mois après, tu vois la durée de l'ordonnance. Donc on sait quand ils arrivent. Elles voient avec le secrétariat ou elles appellent elles-mêmes pour qu'ils reviennent tel jour. Donc ça déjà, on sait quand il vient. Et toujours briffer mes collègues en leur disant « *quand vous venez, surtout, demandez à voir l'infirmière, on est là pour vous aider. Et puis si l'infirmière n'est pas dispo, demandez à me voir.* » J'ai toujours fait en sorte de gérer leur venue parce que c'est confortable pour tout le monde. C'est même confortable pour eux. Car si on sait quand ils viennent, on prépare les dossiers, on prépare leur venue. Si on ne sait pas, le gars il arrive, on est en train de faire des soins, ou alors le kiné prend déjà en charge le patient. Bon voilà, c'est gênant. Donc dans la majorité des cas, on fait en sorte de savoir, d'organiser leur venue. Et puis on leur explique très vite : « *bon ben voilà, ici, vous travaillez avec les infirmières* ». Il faut qu'il y ait toujours un échange. Quand un nouveau médecin arrive dans l'EHPAD, comment faites-vous pour vous faire connaître ? Est-ce qu'il y a un guide d'accueil ? Comment ont-ils connaissance de l'outil informatique ? Du fonctionnement de l'EHPAD ? Des différents personnels ? Non, on n'a pas du tout de petit livret d'accueil, mode d'emploi de l'EHPAD. Nous malheureusement ça n'existe pas. C'est oralement, c'est l'infirmière qui explique au fur et à mesure comment ça marche. Ou qui explique tout de suite. De toute façon le plus important pour un nouveau médecin qui débarque, c'est d'expliquer : « *ben voilà, quand vous venez, surtout ce que nous on aime bien, c'est que vous nous dites quand vous revenez. Ou alors on voit avec votre secrétariat. En tout cas, nous*

c'est important de savoir quand vous arrivez. Maintenant, il est important pour vous de savoir que vous travaillez avec l'infirmière qui est référente des soins. Et donc c'est important quand vous venez, de surtout demander à parler à l'infirmière. Car elle a peut-être des trucs de dernière minute de votre résident, de votre patient, et il faut qu'elle vous informe ». Donc ça se fait oralement.

Quel est le rôle du MG lors de l'admission de son patient ?

En fait, le MG, son rôle, c'est de remplir le dossier médical national, de remplir la grille, les antécédents etc.... Son rôle est là et ça s'arrête là. Il n'intervient pas du tout dans l'admission.

Est-ce que vous pouvez me parler du contrat ...

EHPAD/MG et kiné ?

Oui

En fait, c'est un contrat qui n'existe depuis pas si longtemps que ça. La date je ne sais plus, je dirais bien depuis 2009-2010. C'est l'ARS qui a mis tout ça en place. Le but de ce contrat, c'est un décret qui dit que, on le retrouve sur internet.... C'est défini par tel article, délibéré par machin chouette, du ministère de la santé etc. ... Donc c'est un truc très officiel, qui vient du ministère de la santé. Donc le contenu c'est sur plusieurs pages. Il doit y avoir 7 pages à tout casser. Dans lequel on explique que c'est important, pour le libéral, de travailler avec l'EHPAD. Je te fais le résumé, avec différents articles : « *C'est important d'échanger, de travailler en collaboration.* » Mais parfois il y a des termes un petit peu à contre sens, qui peuvent être mal perçus par les MG ; dans le sens où c'est un peu genre contrat de travail. « *Vous entrez dans la résidence, vous acceptez de faire tel truc et tel truc.* » Dans la pratique ce n'est pas vraiment ça. C'est ce que je leur ai fait. « *Le texte est un peu à double sens. Personnellement je suis chargé de vous faire signer le contrat. Jamais j'irai vous dire vous êtes obligé de, vous devez venir à telle heure* ». Il y en a qui ont un peu peur, c'est pour ça qu'ils ne signent pas. Peur d'avoir un engagement, alors que voilà, ils ont choisi d'être libéraux, ils n'ont pas choisi de se plier à quoi que ce soit. Et puis d'autre qui ne vont pas signer parce qu'ils ne voient pas l'intérêt : « *on travaille bien ensemble, donc je ne vois pas pourquoi je signerai un truc qui confirme qu'on travaille bien ensemble.* » Et puis d'autre qui vont signer : « *ben oui on travaille bien ensemble, pourquoi pas, ok, et puis c'est la loi, c'est comme ça* ». Et dans tous les cas, le MCo doit proposer. Mais c'est comme la vaccination, rien est obligatoire. C'est comme ça.

Quels seraient vos besoins pour améliorer vos relations avec vos confrères ?

Je n'ai pas de besoin particulier parce que je les vois peu. L'idéal c'est que je les vois plus souvent, qu'on communique, qu'on se réunisse. Mais pareil, dans la pratique, c'est infaisable. Ils ont tellement de travail, à droite et à gauche, en consult' et à domicile, qu'ils n'ont pas de temps pour qu'on se pose, qu'on échange sur les problèmes gériatriques. Il n'y a pas de temps. Et ce n'est pas lors de la commission de gériatrie qu'on va rattraper le temps perdu. Ça dure une heure à tout casser. C'est assez limité.

Disons qu'il faut qu'ils sachent que moi je peux être disponible sur certains sujets, quand ils ont des difficultés. C'est ce que je disais à mes collègues, dans l'EHPAD où j'ai bossé 9 ans, on se connaissait bien, « *n'hésitez pas, on échange, je suis là. Vous êtes à votre cabinet, vous avez besoin d'un truc, vous me demandez. Il n'y a pas de soucis.* »

Ce n'est pas moi qui... je n'ai pas de besoin vis-à-vis d'eux, parce que je ne peux pas en avoir. Je respecte leur travail. Ils ne font pas vraiment ce qu'ils veulent. Mais inversement, moi je voudrai qu'ils sachent tous que je suis dispo pour eux. Et il en a qui ne le savent pas vraiment.

Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ou aborder un dernier point qui vous semble important ?

... disons quand on va aux formations de l'ARS. L'ARS insiste systématiquement, quel que soit le sujet, que ça soit la dénutrition, les vaccins, les machins, les trucs, je trouve que c'est anormal que l'ARS, nous charge nous, de ces formations-là, nous charge nous MCo, d'apporter la bonne parole aux MG, à savoir la iatrogénie : « *il faut faire attention, vous, MCo etc...* » Alors qu'à la base, c'est peut-être à eux, de faire eux-mêmes les formations. En fait, ils ne s'adressent pas à la bonne personne. Il faut s'adresser aux MG ! A la dernière formation, qu'on a passé avec l'infirmier co, il était question en effet, des infections urinaires. Donc l'ARS fait un constat assez alarmant : il est prouvé que dans 80% des cas en EHPAD, les MG prescrivent de façon inappropriée les antibio. Oui. Et ce que je trouve anormal, c'est qu'on va demander, dans ces cas-là, au MCo, de former les confrères en urologie, en tout ce que tu veux. A chaque formation, on nous demande nous, de voir avec le MG est-ce qu'il travaille mieux. Donc moi ce que je voudrais dire que nous, les MCo, il a ses 13 missions, mais dans la pratique, ben... faut y aller, il faut aller sur le terrain. Il faut voir, parce que ... et puis nous, MCo, on se refuse tous à dire à nos collègues : « *oui,*

tu bosses mal.. ». De quel droit ?

C'est le rôle de l'ARS ?

C'est à l'ARS d'aller voir les MG, de peut-être faire des courtes formations, actualisons les formations, je veux dire s'ils n'ont pas le temps d'y aller, les inciter à y aller. Et leur expliquer : « *tiens pour les infections urinaires, là vous voyez, la prescription, ça ce n'est pas bon, ça c'est bon* ». C'est à eux de faire les formations, pas à nous. Nous, on n'a pas le temps, et eux ils n'ont pas le temps. On se mord la queue.

Voilà je trouve que c'est mal foutu parce que plus ça va, plus on va demander au MCo de faire plein de truc, mais plein plein plein plein plein : d'être chef de service et de commander les MG. C'est un peu comme ça qu'ils voient le MCo. Voilà, chef de service tu commandes ton équipe. Ben non. Il y a un problème de libéral, un problème de recommandation, il n'y a pas d'obligation. On ne peut rien imposer au MG. Et ça, ils ne l'ont pas compris. Ils pensent que le MCo apporte la bonne parole, et qu'il a le temps de l'apporter ; et surtout que le MG a le temps de comprendre et de s'arrêter. Voilà.

Je vous remercie.

Entretien 4 – 04/08/2016

A quelle occasion rencontrez-vous les MG ?

Je les croise, simplement, tout bêtement, par hasard dans le PC infirmier. On se salue. Et généralement je leur pose la question « *vous venez voir qui ?* ». J'essaye de m'intégrer et de me montrer et de montrer que je suis présente aussi. J'y vais peut-être même un peu... je sors, on va dire exprès de mon bureau quand je sais qu'ils sont là pour me montrer, montrer que j'existe. Et montrer que je suis impliquée aussi dans la prise en charge. Mais souvent je sais que les infirmières me disent « *il y a tel docteur, on l'attend aujourd'hui* » ; et quand je sais qu'il est dans les parages, je vais un peu à la rencontre, exprès. Je n'ai pas tellement de chose à leur dire, mais j'essaye d'initier un peu une relation. Peut-être pour qu'ils aient un peu confiance, qu'ils sachent aussi que je suis là, puisqu'il n'y avait personne avant moi.

Depuis combien de temps n'y avait-il pas de MCo avant ?

Depuis... 4mois il n'y avait pas de MCo. Et puis, je suis jeune, et puis eux plus âgés. Donc il faut faire un peu son trou, ses marques. Du coup, voilà, à l'occasion de la rencontre au PC infirmier la plupart du temps.

Vous ont-ils déjà sollicité pour travailler sur un point, ou pour avoir un avis, ou pas encore ?

Un seul. Un seul pour un problème, peut-être... éthique. Un patient grabataire, qui fait des infections sur sonde urinaire à demeure ; on ne peut pas lui retirer sa sonde et à chaque fois il fait des sepsis là-dessus. Donc il y avait une réflexion à avoir : l'urologue, l'anesthésiste, est-ce qu'ils vont être d'accord ? On a eu une petite réflexion là-dessus. Mais je suis quand même peu sollicitée, ça vient finalement rarement d'eux. Parce que c'est compliqué.

Avez-vous été amené à contacter personnellement un MG ?

Oui, oui, plusieurs.

Pourquoi ?

Euh pourquoi ? ... Dernièrement j'ai été sollicité pour une dame. Les soignants m'ont sollicité parce qu'elle a un néo du sein, avec une petite extériorisation, et ils ont constaté que ça avait augmenté. Du coup, c'est un médecin que j'avais déjà croisé, j'ai pris les devants, et j'ai tout organisé : le bilan sanguin avec les marqueurs, écho, mammo, rendez-vous avec l'oncologue. Du coup je l'ai rappelé pour faire le point, pour l'informer, et savoir s'il était d'accord avec ma prise en charge.

Sinon, des fois, des petites choses aigues, que je peux gérer : instaurer des antibiotiques par exemple. Après je les appelle, et je leur explique.

Est-ce que cela a déjà été un souci cette manière d'intervenir ?

Une fois, oui une fois. J'ai eu dame qui a des troubles du comportement. Ça fait un mois qu'elle était arrivée dans l'EHPAD. Charmante, et puis en fait après elle a commencé à être agressive, verbalement et physiquement envers les résidents. Elle a commencé à leur donner des coups de poings etc.... donc là ça un peu dépassé les bornes. On ne savait plus quoi faire. On était en échec de tout. En non médicamenteux, je pense qu'on était bien au niveau de l'équipe, au niveau de tout ce qu'on peut faire en non médicamenteux. Et on s'était posé la question : pourquoi pas l'envoyer dans une clinique, en UCC. Alors du coup, j'ai fait un courrier, j'ai initié le courrier qui demande du temps. Je pensais aider le MG en faisant ce courrier. Et je me suis prise une soufflante. Donc j'appelle le MG pour lui dire que j'avais faxé le courrier juste à l'instant. Et « de quoi vous vous mêlez ? C'est ma patiente. Si j'ai accepté de la prendre en charge, c'est que j'en étais capable de la prendre en charge. » Je me suis beaucoup excusé au téléphone. Donc pour finir, j'ai réussi à apaiser les choses. Mais ça n'a pas vraiment été bien pris cette initiative. Alors que, je lui ai dit spontanément au téléphone, j'ai dû me justifier, en lui disant « *mais je pensais vous faire gagner du temps.* » Mais vraiment j'étais dans mes petits souliers, ce qui est dommage. Bon, pour finir cette prise en charge en UCC n'a pas été très productive, mais on était arrivé en bout de course. Après, il avait mis du... qu'est-ce qu'il avait mis ? La remplaçante était passée, elle lui avait mis du STRESAM un truc comme ça. Et après c'est une dame qui avait du SERESTA je crois. Après on sait bien, majorer le SERESTA, elle va tomber... On était tous arriver en échec. Mauvaise initiative, peut-être ? Je ne sais pas, mais ça n'a pas été très bien perçu.

Quels étaient les griefs évoqués par le MG ?

Pour lui, il était capable, il était dans la capacité de prendre en charge sa patiente, jusqu'au bout. Il l'a pris comme ça.

Et est-ce que vous l'aviez consulté avant ? Etait-il venu voir sa patiente plusieurs fois avant ?

Oui, oui, il était venu en plus, et puis il m'a dit aussi : « *pourtant quand on m'appelle je viens, je viens. Donc pourquoi vous ne m'avez pas re-sollicité ?* » Il a senti, je pense, être shunté, tout simplement. C'est la seule fois où...

Feriez-vous autrement aujourd'hui ?

Est-ce que je ferai différemment ? ouai, ouai, ouai. Pour des hospitalisations comme ça, j'en parlerai plus. Après j'en ai fait une deuxième d'hospiti' en UCC à Arras ; et là c'était avec l'accord du MG avant. Parce que du coup, quand j'explique aux familles, ça me donne l'appui. C'est vrai que maintenant, je ferai différemment.

Est-ce que les MG sont facilement joignables?

La plupart du temps oui. C'est souvent les infirmières qui les sollicitent. Des fois même pour des choses que je pourrai régler, qui me frustrent même d'ailleurs : des INR. Je trouve ça ridicule d'appeler un médecin traitant en pleine consultation, lui donner les poso du PREVISCAN avant/après. Alors que je suis là. C'est un peu dommage. Mais la plupart du temps ils répondent, quand même.

Vous êtes intervenue pour des antibio, des hospitalisations, la prise en charge du néo, parce que-vous avez jugé que c'est une situation d'urgence ? Ou c'est parce que les MG n'étaient pas joignables ?

Joignables..... Non ça dépend. Et puis là, il y a eu les vacances aussi... euh.... Une fois l'infirmière m'a appelé, j'étais ici, en HAD, la veille du 14 juillet, il était 4h de l'après-midi. Elle m'appelle pour une hyper-uricémie à 150 je pense, chez une dame : « *qu'est-ce qu'on fait, je n'arrive pas à avoir le médecin, il fait le pont, il n'est pas remplacé* ». Donc ça peut arriver qu'il ne soit pas là. La plupart sont remplacés quand même.

L'histoire du néo, c'est parce que c'était une dame, qui avait Alzheimer, et du coup difficilement examinable ; examinable que pendant son temps de toilette. Et en fait, il n'y a que moi qui suis là le matin pendant les toilettes. Donc là, c'était pour ça.

Et puis après il y a l'urgence, où le médecin ne peut pas venir aujourd'hui ou demain. Et ici, je commence un peu à les connaître, je sais pour qui je peux, pour qui je ne peux pas ; qui je dois appeler ; à qui je peux mettre simplement un mot dans le classeur, pour nuancer un peu la grosse urgence ; qui je sais qui a 30 patients à l'EHPAD et qui vient tous les 2 jours et que je vais facilement croiser aussi pour en discuter.

Donc vous adaptez votre façon de faire en fonction du médecin ?

Oui, oh oui ça c'est sûr.

Est-ce que le fait que vous avez été MG change quelque chose, est-ce que cela vous aide et si oui de quelle façon?

Ça m'aide... ben ça m'aide pour tout ! Et puis, je vais aussi plus facilement voir les patients. Moi quand je suis arrivée, on m'a dit « *mais un MCo, ça ne reste que dans son bureau.* » ben non ! Du coup, je vais facilement les examiner, je vais facilement

parler avec eux. Ça me procure aussi du plaisir, de pouvoir avoir le temps, de faire des choses que je n'avais pas le temps en libéral : parler avec eux, leur tenir la main. Avoir le temps de faire un MMS si la psycho n'est pas là. J'en éprouve le plaisir et j'ai le temps. Je vais plus les voir facilement.

Pourquoi les examinez-vous ? Dans quel cadre ?

On essaye de faire des bilans d'entrée. Donc dans le cadre des bilans d'entrée, et s'il y a un souci.

Un malaise aussi j'allais oublier, et les chutes. Mais j'ai beaucoup plus de temps. Donc ça c'est bien. Mais ça m'aide, parce que je connais mieux le système. Le système : les urgences, le circuit gériatrique. Du coup je le connais, et forcément ça m'aide. Si je peux faire une entrée directe etc....

Et puis des fois ça me rend plus crédible aussi, auprès des autres généralistes, de leur dire : « *ben ouais j'ai fait des remplacements, ben ouais je suis MG, je suis comme vous.* » et des fois spontanément je leur dis : « *ben ouais je sais* », il n'y a pas qu'eux qui savent. Nous aussi on est généraliste à la base. Je pense que quand tu es coordinateur, il y a une barrière qui se fait avec les MG. Je leur glisse subtilement dans la conversation « *oui il m'est déjà arrivé en ville etc...* » D'ailleurs je vais peut-être changer mes ordonnances, parce que sur mes ordonnances, j'ai mis MCo, mais je suis MG aussi avant tout. Je pense que ça me permettrait d'être un peu plus confrère et consœur avec eux. Qu'il n'y ait pas cette barrière généraliste-coordonnateur !

Certain me parle d'une concurrence, est-ce que vous le percevez ainsi ?

Non !

Etes-vous MG de certains résidents ?

Non, non non ! Je n'ai pas le droit ! Ah oui, ceux qui font moitié libéral, moitié MCo ? ... ah ben non du coup.

Quel est, selon vous, le rôle de ce binôme entre MG et MCo? Qu'est-ce qu'un binôme efficace ? Existe-t-il un binôme idéal?

Est-ce qu'il existe un binôme ? Ça, c'est une bonne question... je pense que oui, on a besoin l'un de l'autre. Après dans la pratique, parler de binôme, c'est fort. Pour moi un binôme ça fonctionne ensemble, main dans la main, il y a un vrai échange. Je n'irai pas jusqu'à utiliser le terme de « binôme ». Après c'est une question de langue française. Mais il y a une barrière quand même.

Vous avez évoqué la notion d'entraide, quand vous avez conduit toutes les démarches : était-ce vraiment dans le but de dépanner votre collègue ?

Oui.

C'est ainsi que vous définissez cette notion d'échange?

Oui, parfois oui, parce que j'ai plus le temps. Alors qu'eux, je sais très bien qu'ils n'ont pas le temps. Donc plus de l'entraide. Les BMR tout ça, j'ai le temps de chercher, j'ai le temps de voir ce qu'il faut mettre en place. C'est vrai que j'ai plus le temps.

Après, les projets ou ce que j'aimerais... C'est peut-être, être un peu plus considéré comme... bon on a fait qu'un DU... mais on est un peu spécialisé en gériatrie, on a peut-être plus l'habitude, et puis les résidents, on les connaît beaucoup plus qu'eux, ils viennent une fois par mois. Ils viennent une fois par mois, à un moment X. En plus, ils vont vite, et des fois ils ne sont pas vraiment examinés. Mais nous on les connaît beaucoup mieux. Donc peut-être être un peu plus considéré dans ce sens-là. Nous on les connaît bien finalement.

Compte tenu de ce que vous évoquez, est-ce que les MG vous demandent votre avis?

Non, non. Ça ne va que dans un sens. Je trouve. Ou quand j'essaye de glisser des choses.... Non ça ne fonctionne pas. Ils sont dans leur idée... c'est rare de donner des impulsions ou des idées. J'ai l'impression que soit c'est eux qui gèrent le problème, soit c'est moi. Mais à deux, en même temps, en synergie, non.

Vous avez le DU, vous avez une sensibilité concernant la gériatrie. Est-ce que cela vous aide à émettre une recommandation de bonne pratique gériatrique, ce qui à priori, fait partie de vos 13 missions ?

Euh.... Les bonnes pratiques, c'est difficile. Là, j'essaye de faire les bonnes pratiques au niveau nutritionnel. J'essaye d'afficher les reco HAS, des choses très simples, avec des logigrammes, des choses comme ça. Les antibiotiques, je n'ose même pas m'y attaquer. Souvent c'est prescrit à tort et à travers. Je suis un peu impuissante au niveau des antibiotiques. Au niveau nutritionnel, bon, ils me font mes albumines, j'arrive un peu à faire des choses, mais pour les antibiotiques, je suis quand même impuissante.

Concernant la nutrition, comment faites-vous? Vous leur demandez de doser l'albumine? Systématiquement ? Ou est-ce vous qui le faites?

En fait, moi je fais mes courbes de poids. Je vois, si mon poids est stable, ça ne sert à rien d'aller leur faire des trous. Et j'épluche les dossiers et je regarde la fréquence des bilans. Si c'est un patient qui va avoir un bilan dans 2mois, ou un diabétique qui a des bilans régulièrement, je leur demande de rajouter l'albumine gracieusement, à visée documentaire, pour que j'en ai au moins une dans le dossier.

Précisément, est-ce vous qui le rajoutez ou est-ce que vous leur demandez de le faire?

Je leur demande. Après si c'est des patients vraiment qui n'ont pas eu de bilans depuis je ne sais pas combien de temps, je le prescris. C'est encore au médecin. En fonction du médecin, du patient, de la pathologie ; est-ce qu'il est piqué fréquemment, pas fréquemment ? C'est au cas par cas.

Intervenez-vous sur la iatrogénie?

J'essaye de m'y mettre, C'est encore moins évident... parce que là, pour le coup, on touche à toute la liste des médicaments... J'essaye de changer les galéniques déjà. Mais après, non je n'y arrive pas. C'est difficile. Tout ce qui est benzo, antiobio, tout ça... j'aimerais. Mais comment ?

Une liste des médicaments préférentiels a-t-elle été rédigée ?

Euh... je ne suis pas sûre, non vraiment pas sûre.

Est-ce des protocoles ont été élaborés ?

Oui oui.

A destination des MG ou de votre équipe?

Pour l'équipe. Pour les MG, je crois qu'il y a un protocole que j'ai vu trainer sur les psychotropes, le bon usage des psychotropes. Mais c'est vraiment quelque chose de base, qui n'est finalement pas affiché au mur et pas accessible. C'est des rappels de bases : pas d'ATARAX, privilégier des molécules à demie vie courte, etc... je pense que ça été fait parce qu'il en fallait un pour la création du PASA. Il fallait un truc sur la prescription des neuroleptiques, et je pense que ça été fait pour ça, mais sinon je pense que ça ne traîne pas pour les généralistes.

Est-ce quelque chose que vous aimeriez faire, parce que vous estimez cela utile?

Oui oui oui, d'ailleurs, il faut que je le retravaille. Et puis après ça, j'aimerais bien le présenter à la commission gériatrique. Mais bon, quand je la ferai !

A ce propos, ces réunions-là n'ont pas encore eu lieu ?

Non.

Savez-vous comment vous allez procéder pour l'organisation de ces réunions ?

Pas du tout. Ben ça sera la première. Et apparemment ça avait déjà été tenté, ils sont convoqués par courrier, et puis je crois qu'ils sont même dédommagés financièrement, c'est l'équivalent de 2 ou 4 consult'... mais je pense que la dernière fois il n'y en a eu peut-être que 3 généralistes qui sont venus.

Avec combien de MG travaillez-vous?

Il y en a ... 12-15.

Je suppose que votre EHPAD est informatisé?

Oui.

Comment s'organise la tenue des dossiers ?

C'est informatisé. Mais la tenue des dossiers des médecins c'est sur classeurs encore papiers. Et il faut qu'avant la fin de l'année, moi j'aimerais bien qu'ils aient un accès au logiciel. Sachant qu'en plus on peut le faire du bureau. On n'est pas obligé d'être dans l'EHPAD. Tu peux te connecter d'un autre poste, de chez toi etc... Je pense que ça peut être bien pour eux aussi, quand ils ont un creux dans la journée. Tu n'es pas forcé d'être dans l'EHPAD pour faire tes transmissions. Donc j'aimerais bien le mettre en route avant la fin de l'année.

Il en est de même pour les ordonnances ?

Alors pour les ordonnances, c'est de la retranscription, c'est les infirmières qui font la retranscription de l'ordonnance papier du médecin. On n'a pas le droit, mais malheureusement... du coup, comme ça, la commande est faite directement au niveau de la pharmacie, et la pharmacie prépare les piluliers avec ce que les infirmières ont rentré dans le logiciel. Les infirmières ne sont pas très à l'aise de faire ça, c'est difficile, il peut avoir des erreurs, ce que je comprends, même nous, on peut se tromper, ce n'est pas évident, entre comprimé/gélule, des fois on ne fait pas attention. Surtout que les choses pré-remplies, ce n'est jamais très bien, il faut vraiment être très vigilant. Et il y a toujours du passage dans le PC infirmier, donc il faut vraiment être concentré pour faire ça. C'est de la retranscription, ce qu'il faudrait éviter.

Et pour le dossier papier, est-ce qu'ils les remplissent ? Mettent des observations ?

Pas toujours, non non, ça dépend du médecin. Il y en a un qui exige qu'on contre signe ses observations, parce que c'est tellement médecin-dépendant, que des fois ce n'est même pas lu ce qu'ils écrivent. Donc il y en a un qui dit « *éh ! Moi j'écris, je veux que ça soit lu, donc il faut qu'on contre signe* », donc on sait qui. Mais sinon, ce n'est pas toujours objectivé, une trace de leur passage.

Est-ce que les MG interviennent lors de l'admission des résidents ?

Non, c'est moi. Si, ils font la demande, mais après c'est moi qui traite, si c'est oui ou non, avec la directrice de l'EHPAD.

Etes-vous amenée à les contacter lors de l'admission ?

Pas du tout. Non, c'est vrai, pas du tout en fait. Je contacte la famille, je vais voir le résident à l'hôpital ou à domicile. Non, c'est plus résident et famille. Bon après,

t'inquiète que quand ils arrivent, on prend contact avec les médecins pour qu'ils passent faire les ordo !

Quand les MG viennent faire leurs visites mensuelles, est-ce que vous avez organisé des procédures particulières pour les accueillir, comme par exemple la mise à disposition d'un bureau d'examen, ... ?

Il y a un bureau.

Pour les examens ?

Ah non, il n'y a pas de bureau pour les examens. Il y a un bureau médical.

C'est votre bureau ou c'est un autre bureau ?

Non non c'est dans le PC infirmier, il y a une partie qui leur est dédiée. Les médecins qui ont plus de résidents, ils ont une bannette attitrée. Ceux qui ont moins de résidents, dans ces cas là... par exemple les bilans sanguins ou les petites choses, c'est directement dans les classeurs. Le classeur des résidents sont préparés. Il y a un agenda, avec la visite des médecins qui est écrite : tel jour tel médecin passe pour madame untel, madame untel, madame untel. Sinon après ils vont les voir en chambre.

Quand ils sont attendus, est-ce qu'une infirmière se libère ?

Oui, et quand elle est dans les étages, il y a un papier écrit sur le mur en rappelant le poste de l'infirmier. Ils peuvent l'appeler à tout moment pour qu'elle vienne.

Elle se détache pour venir ?

Oui bien sûr.

Pour les transmissions, les infirmières mettent un petit mot ?

Oui elles mettent un petit mot, il y a une feuille de liaison infirmière-MG.

Est-ce qu'il y a un guide d'accueil, pour les nouveaux MG ? Pour expliquer le fonctionnement de l'EHPAD, indiquer le nom du MCo, les coordonnées, les réseaux avec lequel vous travaillez... ?

Je ne pense pas... je ne pense pas. Ce sont les kinés qui signent des conventions je crois. Les kinés ont des conventions avec ce qu'on attend d'eux : les bilans initiaux, etc... mais les MG, non, il n'y a rien du tout. Et je me souviens que j'avais remplacé, avant tout ça, dans cet EHPAD. J'étais bien embêté car la première fois que tu arrives, tu ne sais pas trop. Ce n'est pas simple. Savoir où est telle ou telle chambre, etc...

Est-ce que les MG ont signé un contrat avec l'EHPAD ?

Je ne pense pas. Non, ça franchement je ne pense pas.

Vous disiez adapter vos relations différemment selon les médecins. Est-ce que cela signifie une différenciation entre les médecins de l'ancienne génération et les médecins plus jeunes ?

Ah non pas du tout ! non non c'est... je pense que c'est... c'est vraiment au caractère finalement. Parce que des fois, il y a des jeunes avec qui ça ne se passe pas forcément bien, qui sont aussi très exigeants...

Rien à voir avec la génération pour l'informatique ?

Ah non pas du tout. C'est vraiment une question de caractère je pense. Comme avec beaucoup de gens, parce qu'il y a aussi des petits jeunes qui sont exigeants, voir plus que les anciens, et pas forcément agréables parce qu'ils sont jeunes finalement.

Percevez-vous une différence entre votre formation de MCo et votre pratique quotidienne ? Estimez-vous être suffisamment préparée au management, à la gestion de la partie administrative, à la gestion des équipes, au travail en équipe avec les MG? Pensez-vous qu'une formation complémentaire soit nécessaire?

Je ne suis pas sûre.... Par rapport au DU.... Le DU est bien, mais je pense que....finalement quand je suis arrivée, j'étais complètement perdue, je me suis dit « mais comment je vais faire ? C'est quoi faire de la coord' en EHPAD ? Je ne vais jamais y arriver ! Et en fait, tout se fait tellement naturellement et spontanément que très rapidement tu sais ce que tu dois faire/ pas faire, et on est vite aiguillé, et ça va vite. Par rapport à la relation avec le MG, non, pas besoin de formation... c'est une question d'humain finalement, comment veux-tu qu'on t'apprenne l'humain ?

Quels seraient vos éventuels besoins pour améliorer ces relations, ce dialogue ?

Euh... comment on pourrait améliorer ? Je pense que c'est plus facile pour les MCo qui étaient libéraux, et qui connaissent déjà tout le monde. Le vieux médecin qui faisait partie du même tour de garde où ils se connaissent. Je le vois avec mon tuteur, il me dit « *c'est facile, c'est mon copain, c'est ma copine* ». C'est facile, il y a une relation de confiance finalement qui se fait, et moi je ne l'ai pas encore finalement. Il faut faire ses preuves. Il faut que cette relation se crée. Il faut que je me fasse mon expérience aussi. Il ne faut pas être impatient. Il faut laisser la chance au temps. Et je pense aussi qu'il faut laisser de la place à la nouvelle génération de MCo. Ben ouais, on est plus sur le terrain. Mais on n'est plus le MCo planté dans le bureau, et il faut qu'ils nous fassent confiance. Je pense que c'est juste une question de temps et qu'ils nous fassent un peu plus confiance. Et on deviendra aussi leur copain/leur copine, et après ça changera j'espère.

Estimez-vous nécessaire de disposer plus de pouvoir de prescription ?

C'est un piège ça, finalement. Avoir un pouvoir de prescription, pour qu'après le médecin repasse et qu'il fasse autrement, et lui dire que son traitement ne sert à rien chez la personne âgée... plus de pouvoir de prescription mais à condition finalement de suivre ton patient de A à Z. Je ne vois que ça. C'est comme le remplacement en ville, où on remplace à un instant T, et puis après le MG fait ce qu'il veut, il poursuit son chemin, sa ligne directive.

Non, finalement je prescris dans l'urgence. Je prescris tout ce qui est plaie, petit bobo, quelque antibio, douleur, ça dépend... non prescrire plus, ça serait un piège, et je ne suis pas là tout le temps... non ça me convient comme ça.

Souhaitez-vous ajouter un dernier point, ou aborder quelque chose dont on n'aurait pas parlé et qui vous semblerait important?

C'est dur ! Non, je pense qu'on a tout balayé... mais je ne pensais pas que ça serait si compliqué. Oui. Parce que j'avais fait mon stage avec un ancien médecin, et peut-être que lui, il les connaissait les médecins et ça roulait. Là ce n'est pas évident, « *c'est qui cette petite jeune qui va donner des avis sur mon patient que je connais depuis 40 ans* ». Alors dire que l'ATARAX ça ne sert à rien, enfin je veux dire... ce n'est pas évident. Je voudrais faire plein de chose, mais en pratique, tu ne peux pas tout changer non plus, tu ne peux pas tout révolutionner et c'est un peu frustrant.

Avez-vous l'impression que les MG connaissent votre parcours, vos connaissances, vos qualifications, et plus globalement le rôle réel d'un MCo ?

Peut-être les MCo ancienne génération. Et je pense que je porte ça sur mes épaules. Je suis « *la planquée, la salariée, il n'y a qu'eux qui bossent* ». Quand je me suis présentée au début, il y en a même un qui m'a dit « *ah encore un nouveau MCo, mais vous allez rester combien de temps ?* » il ne m'a même pas regardé pour me dire bonjour, il m'a juste serré la main, tu vois, ... voilà. Il n'y a qu'eux qui bossent aussi !

[...]

Comment les MG peuvent-ils vous joindre?

Par les infirmières.

Ils laissent un message ?

Oui, oui, ils peuvent me laisser un mail, ce qui n'arrive jamais, ils peuvent me laisser un mot dans ma bannette, chose qu'ils ne font pas non plus. Et puis solliciter les infirmières, elles ont mon portable....

L'hôpital d'à côté possède une équipe mobile, qui se déplace dans les EHPAD. Ils font des bilans pour les situations à problème. Mais je pense que c'est bien pour les EHPAD qui n'ont pas trouvé de MCo. L'infirmière se déplace, fait un MMS, fait un bilan, pour que le médecin, quelques jours plus tard, puisse donner des « conseils ». Ça, c'est pareil, quand tu es MCo, je pense que c'est mon rôle de faire ça. C'est sûr que je ne suis pas gériatre de l'hôpital, il faut qu'on reste chacun à notre place. Tu vois les grands PH de l'hôpital qui ont 20 ans de gériatrie, bien sûr... mais je pense qu'il y a des choses aussi, j'ai les compétences, je n'aime pas dire ça mais, de faire des choses. On peut dépatouiller des situations.

Mais sinon, j'adore venir à l'EPHAD ! Ça sera la conclusion ! Parce que là, je n'ai dit que du négatif !

Mais j'aime bien, et j'espère pouvoir un petit peu changer les choses. Mais c'est vrai qu'il y a une espèce de barrière. Et je pense aussi que la conjoncture actuelle fait que les généralistes sont débordés, partout, tout le monde part à la retraite, il n'y a personne de remplacé. Ils sont débordés, et en fait, et je le sais bien car j'ai remplacé des médecins de là-bas, et je suis allée à l'EHPAD. Et en fait, tu y vas, tu tires ta liste de patient, tu fais tes renouvellements, et tu te casses. Et le MCo et tout ce qui a autour, en fait, il y a une méconnaissance, mais je pense qu'ils n'ont même pas le temps de pallier à cette méconnaissance et savoir qui je vois, quel jour je suis là aussi, parce qu'ils sont débordés. Ils font leur boulot de généraliste, sans même des fois voir les patients, parce qu'ils mangent, ou X... Ils passent leur carte vitale et ils s'en vont. Et la vie de l'EHPAD, etc... je pense qu'ils manquent certainement de temps, puisque débordement, de s'intéresser à tout ça.

Un autre aspect : quand les médecins sont absents, et qu'ils n'ont pas de remplaçants, est-ce que c'est vous qui les remplacez ?

Oui.

Est-ce qu'il y a des résidents qui n'ont pas de MG ?

Souvent, pour les entrées qui sont délocalisées sur le plan géographique, pour qui, il faut trouver un nouveau MG. Mais on a un pool de médecin traitant qui prennent les entrées. Là, j'ai dû dépanner parce que le médecin qu'on visait était en vacances, donc je l'ai remplacé pendant un mois, mais secrètement et discrètement. Là c'est bon, j'ai passé le relais.

Je vous remercie.

Entretien 5 – 18/09/2016

Commençons par parler du binôme MCo-MG. À quelle occasion êtes-vous amenés à rencontrer les MG ?

Tous les jours. Il n'y a pas un jour où je suis en fonction à l'EHPAD où je ne rencontre pas un MG. Et si je ne le rencontre pas, c'est par téléphone de toute façon.

Je voudrais vous dire quelque chose : je pense, et c'est un avis tout à fait personnel, je pense qu'on ne peut pas avoir une bonne relation, une relation privilégiée avec les MG, si on n'a pas été MG soi-même. Ça sera peut-être la conclusion... je ne conçois pas qu'on puisse être MCo, sortir de la fac, faire la formation de médecin coordonnateur et rentrer comme MCo dans un EHPAD. Ça me paraît... je suis peut-être de la vieille école, mais je pense que déjà, on ne connaît pas les patients, et ensuite on ne connaît pas les MG, 2 entités qui me paraissent assez insurmontables.

En quoi votre parcours de MG vous aide ?

D'abord vis-à-vis des patients qui deviennent des résidents, de savoir un peu... de le connaître, de l'avoir soigné, d'avoir vécu, d'avoir vu vieillir des patients. Et petit à petit, arriver à l'âge où ils entrent en EHPAD. Et après, comme MG, d'avoir travaillé en EHPAD, d'avoir été confronté avec un autre MCo, et donc voir un peu les échanges et ce qui peut se passer. On a 2 façons de travailler complètement différentes. Vous avez un monde libéral, et de l'autre côté vous avez un monde salarié. Et justement, je suis très au top là-dessus puisque je suis en train de préparer ma première commission de gériatrie.

Voilà, ça fait partie de la coordination, de voir un peu comment on peut imbriquer ces 2 milieux, pour que ça fonctionne bien, dans l'intérêt du résident.

Quand vous dites que vous les rencontrez tous les jours, est-ce lorsqu'ils viennent voir leur patient pour les renouvellements ?

Oui, je rentre dans le bureau des infirmières, pour demander un renseignement ou sortir un dossier. Et je vois un médecin qui est au bureau des médecins. On parle, parce que je les connais pratiquement tous maintenant. J'ai commencé en octobre 2013. Ça va faire 3 ans. Donc je les connais pratiquement tous. Et j'ai de bonnes relations avec les médecins. Et je pense que c'est parce que j'ai été MG. Maintenant je ne le suis plus, mais depuis très peu de temps. Ils savaient que j'étais MG avant et ça c'est un argument qui permet de... voilà.

Vous vous sentez plus entendu ?

Ben je pense qu'on est du même milieu. On est sur un pied d'égalité. Il n'y a pas un rapport : un médecin salarié qui est un MCo, et un MG. Je ne sais pas, il y a un regard partagé... je ne sais pas je vais essayer de me remettre dans la peau que j'avais quand j'étais MG, par rapport au MCo que j'ai connu et ... voilà. Il y a une sorte de barrière.

Et est-ce que vous êtes amené à les appeler directement ?

Oui, c'est ce que je vous disais. Régulièrement, lors des transmissions à l'EHPAD, pour des patients qui vont moins bien, ou parce que je vais appeler l'équipe de soins palliatifs pour des fins de vie ou des choses comme ça. Avant de prendre quoi que ce soit comme décisions, avant de modifier quoi que ce soit comme traitement, j'appelle le médecin. Je l'informe de la situation, je lui demande s'il est d'accord avec moi. Je lui propose de faire ça, à moins qu'il puisse passer. Sinon, il me donne le feu vert.

Non, je n'ai jamais eu de soucis.

A l'inverse, est-ce que le MG vous sollicite ?

Par l'intermédiaire de l'infirmière, où il va dire : « demandez au Dr... de faire l'ordonnance ou de faire la prescription ou de modifier le traitement ».

Est-ce que vous avez l'impression que vous êtes là pour dépanner le MG ?

Ça arrive. Mais ça ne me gêne pas. C'est donnant-donnant. Je peux les aider. Mais quand j'ai besoin de leur aide pour modifier un traitement qu'ils ne m'envoient pas bouler. Ça fait partie de la bonne relation je dirai.

Vous avez vraiment l'impression qu'il y a un travail en binôme ?

Oui, pour moi ce n'est pas possible autrement. Il ne faut pas qu'il y a cette défiance. On travaille, je ne vais pas dire main dans la main, ça fait un peu bête, mais voilà on travaille pour un résident, dans l'intérêt du résident. Ça doit être synergique, ça ne doit pas être en opposition.

Est-ce que vous avez déjà eu des difficultés dans le travail avec certains MG ?

Oui, oui. Mais c'était au début, quand j'étais jeune MCo. Parce que vous voyez, il y a une cadre de santé qui m'a dit « *voilà docteur, regardez un peu, j'ai fait la liste des traitements de tous nos patients.* » Et quand vous voyez qu'il y a 30 lignes de médicaments pour un résident qui a 90 ans, vous vous posez des questions. Et grosso modo, c'était toujours le même médecin, ou quelques médecins. Et donc ce médecin-là, je l'ai appelé, c'était un médecin du conseil de l'ordre en plus, donc j'ai été à l'appeler plusieurs fois. Et un jour il m'a dit « *j'en ai marre ! Vous m'appellez toujours pour la même chose ! Pour diminuer les traitements !* » Donc ça s'est mal passé. Donc je lui ai dit « *écoutez, c'est tout. Je ne vous appellerai plus pour ça. Ce n'est pas grave.*

Mais sachez que je suis toujours à votre disposition, il n'y a aucun problème. » Et puis là, on a pu renouer contact. Et maintenant on s'entend super bien.

C'est le conseil de diminuer les traitements qui n'est pas passé ?

Voilà, exactement, il a dû sentir un œil qui supervisait son traitement. Vous savez que le MG est quelqu'un d'assez fier. Il est indépendant, il fait ses prescriptions et il n'admet pas qu'il y ait quelqu'un qui puisse contredire de l'autre côté ses prescriptions ; que ça soit un MCo ou une autre personne.

Et là, a posteriori, vous agiriez comment ?

Ben j'irai un peu plus en douceur. Je n'ai jamais été très... je suis plutôt « rentre-dedans ». Et là pourtant, j'y allais sur la pointe des pieds, parce je sais comment j'étais moi, et si on m'avait fait des...je pense que je l'aurais peut-être mal pris aussi. Donc c'est tout dans la présentation. Beaucoup de psychologie et ça roule.

Comment êtes-vous joignable pour les MG ?

Il y en a beaucoup qui ont mon téléphone parce qu'on a établi des contacts supers. Et sinon, l'infirmière peut leur donner, ou quand ils sont à l'EHPAD, il y a un numéro qui est crypté, ils peuvent m'appeler directement sur mon portable.

Est-ce que les MG vont vous solliciter pour un sujet en particulier ? On avait abordé les patients complexes tout à l'heure. Est-ce plus pour les fins de vie, les hospitalisations, etc... ?

Ça peut arriver. De temps en temps ils me demandent un avis sur la prescription de Morphine ou des choses comme ça. Maintenant je commence à baigner un peu plus dedans. C'est vrai que lorsqu'on est MG on ne manipule pas tout ça. Mais quand c'est par exemple des soins antalgiques avant une toilette, des petites doses combien de temps avant ?

Dans d'autres EHPAD, les MG ne réfèrent pas forcément au MCo, mais au réseau extérieur de soin palliatif ou au réseau de gériatrie. Qu'en est-il dans votre EHPAD ? Est-ce problématique ? Avez-vous l'impression d'avoir un rôle de conseil ou orientez-vous d'avantage vers ces équipes ?

Je n'ai pas l'impression que ça se passe comme ça parce qu'on a une convention avec l'équipe de soins palliatifs de Wasquehal. Ça se passe super bien entre les médecins de Wasquehal et moi, et avec l'infirmière de Wasquehal qui s'appelle Vanessa. Je les appelle. Vraiment ça se passe super bien. Et quand je les appelle, je dis « *Voilà le MG, c'est le docteur untel* ». Et c'est eux. Moi je leur indique, j'envoie un fax avec tous les coordonnées du patient, son numéro de chambre ; le nom du MG, son numéro de

téléphone et son adresse. Et avant de venir, ils vont contacter le MG en disant « *voilà on compte venir voir Mr* ». Moi, j'aurai prévenu le MG en amont, s'il était d'accord pour que j'appelle l'équipe de soins palliatifs. Et après l'équipe de soins palliatifs va... c'est un travail à trois.

Vous faites le lien entre l'équipe de soins palliatifs et le MG ?

Tout à fait.

Le MG est-il amené à contacter directement l'équipe de soins palliatifs ?

Ben pas dans nos EHPAD. Je ne sais pas, c'est un fonctionnement. C'était déjà comme ça un peu avant que j'arrive. J'ai senti que ça fonctionnait comme ça. Donc j'ai pérennisé le système en le rendant peut-être encore plus fonctionnel.

Vous travaillez dans plusieurs EHPAD ?

Oui Deux.

Et c'est le même fonctionnement ?

Oui, c'est le même directeur et le même cadre supérieur de santé. Donc voilà ça travaille bien.

Parmi les 13 missions du MCo...

Les quoi ?

Les 13 missions.

Ah les 13 missions ! Halala... pour moi ça c'est de l'hébreu. J'avoue que je ne sais pas, moi je n'ai pas de missions. J'essaye de faire mon travail correctement et après lire les missions... d'ailleurs je les ai imprimées pour savoir qu'elles étaient mes missions ! *Rire*

Et bien justement, je m'intéresse, dans le cadre de mon travail de thèse, à cet éventuel fossé qui pourrait exister entre le rôle théorique du MCo et la pratique.

Pour moi il est énorme. Entre lire mes 13 missions... je suis incapable de vous dire mes 13 missions ! Mais quand j'en parle à ma directrice elle me dit que je suis un très bon MCo. Mais je ne suis pas dans un carcan.

Vous agissez comment ?

Ben c'est spontané. Mais c'est spontané dans le cadre de l'EHPAD, de mon environnement. Le MG, dans son cabinet, il est seul avec son patient. En EHPAD, ça c'est vraiment quelque chose qui pour moi est bien carré : là je suis seul, là je travaille en équipe. C'est-à-dire qu'il n'y a pratiquement aucune décision qui soit prise seule. C'est toujours un consensus avec la psychologue, avec l'infirmière, avec la cadre de santé... Et voilà.

Est-ce que les MG qui interviennent dans votre EHPAD ont cette même volonté de travailler en équipe ?

Ça fait partie, justement c'est ce que je dis dans la commission de coordination, c'est qu'ils essaient de s'arranger, et c'est ce que je faisais quand j'étais généraliste, j'essayai de m'arranger de ne pas venir au moment des toilettes de mon résident, ni au moment des repas, de m'arranger avec l'infirmière pour la prévenir quand j'allais à l'EHPAD pour que je puisse la rencontrer. Ben oui il doit travailler en équipe, et tout seul il ne peut pas y arriver.

Je reviens sur les 13 missions, concernant les bonnes pratiques gériatriques...

C'est par exemple, je sollicite un médecin pour lui dire que là... ben ça m'est arrivé hier, de téléphoner à un médecin en lui disant « *voilà, elle a cet âge-là, elle ne mange plus, et a un médicament pour le cholestérol, je pense qu'on peut lui retirer* ». Ça, ça fait partie de ma mission, sans le savoir ! Et on a retiré le médicament.

Et vous appelez directement le MG ?

Oui bien sûr.

Vous remarquez ces anomalies parce que vous regardez les dossiers ?

Ah oui. Je regarde toujours tous les dossiers. Le matin quand j'arrive, je regarde ce qui est noté, je vois les messages des infirmières. On travaille sur TITAN, je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de travailler avec ce logiciel. Donc il y a « message » : 19, 20, 30 messages. Donc je les regarde. Je les note sur un papier et je solutionne chaque message. Et après j'ai une bannette où il y a dedans également des papiers que les infirmières ont notés avec les problèmes.

Est-ce que vous êtes amené à examiner les patients ?

Oui

Dans quel cadre ?

Euh... (Soupir).

Un médecin qui ne peut pas venir et il faut prendre une décision. Il ne peut pas venir pour moult raisons. Et donc je vais examiner le patient comme je le ferai dans mon cabinet. Et je prends la décision et je rappelle. « *Voilà j'ai examiné votre patient, je trouve ça, ça et ça, qu'est-ce que vous en pensez ? Je ferai bien ça. J'hospitaliserai bien* »

Voilà, c'est toujours pareil. Il y a un retour au médecin. Il faut toujours qu'il y a un retour au médecin, pour qu'il soit en accord avec la décision que je vais prendre. S'il me dit « *non je préférerais passer demain le revoir, si vous pouvez faire ça en attendant* ». Voilà.

Et dans le cadre d'une urgence ?

Si c'est une urgence, je prends la décision et j'informe.

Est-ce que vous avez rédigé une liste de médicaments préférentiels ?

Non.

Pourquoi ?

Parce que je ne vois pas l'intérêt. J'avais participé à la rédaction dans un autre EHPAD, on avait passé un temps fou et finalement... (Soupir) ! Franchement je ne vois pas l'intérêt. Dans le logiciel TITAN, il y a des médicaments qui ont été mis et je vois que ce sont toujours les mêmes qui sont utilisés. Les médecins n'ont pas besoin de créer une autre liste. Ils prennent ce que j'ai créé et que j'ai ouvert. Je n'ai pas senti la nécessité de cette mission-là de médecin coordonnateur de faire une liste de médicaments. Quel est l'intérêt de cette liste ?

...

Vous pouvez ne pas me le dire ou ... (rire)

Dans les autres EHPAD interviewées, les MCo m'ont rapporté des difficultés à mettre cela en place...

Si je voyais un intérêt, je le ferais peut-être et c'est compliqué. Quand on a fait cette réunion pour la liste préférentielle des médicaments, je crois qu'on était trois médecins. Donc on n'était pas représentatif de toute façon.

Avez-vous élaboré des protocoles pour les MG ?

Non, j'avoue que non. Par contre, j'ai élaboré des protocoles à l'intérieur de l'EHPAD pour le personnel soignant, pour l'équipe, les infirmières. Ça oui, j'en ai déjà rédigé un paquet.

Vous évoquiez tout à l'heure les réunions de coordinations annuelles...

Alors normalement, légalement, c'est deux fois par an. C'est la première que je fais. Et j'ai bien dit à la directrice que c'est la première que je fais, et je vais voir comment ça va se passer ! Ça sera peut-être la dernière, même si ce n'est pas légal. Moi je ne vais pas travailler pour faire une préparation, parce que c'est quand même du boulot de faire un PowerPoint et tout ça. Heureusement j'ai une assistante, j'ai de la chance, je suis un privilégié. J'ai une assistante qui connaît bien le boulot. Et donc moi je fais le texte et elle fait le PowerPoint. Si c'est pour recevoir deux médecins ! Je suis désolé mais... et là on est à 2 ou 3 réponses. On a deux kinés qui ont répondu. Et sur les deux EHPAD ! On fait une réunion de coordination pour deux EHPAD, c'est-à-dire 200 résidents ! Pour l'instant on a deux médecins qui ont répondu favorablement, on a la

pharmacienne d'un des EHPAD, on a deux kinés. Et je crois que c'est tout.

Et pour quelle raison pensez-vous qu'ils ne répondent pas présents ?

(Soupir) Je m'attends à ce qu'il en ait quand même plus. Parce que, je vous ai dit, dans le principe où je m'entends bien avec les médecins, je pense qu'il en a qui viendront. Encore qu'il y en a un à qui j'ai dit « *tu sais, si on est un ou deux médecins, je n'en fais plus* » et il me dit « *ah bah je ne viens pas, comme ça il y en aura pas !* » rire. J'ai dit « *si, viens. S'il te plaît viens, qu'on en fasse au moins une première. On verra après.* »

Et pourquoi il n'y en a pas eu avant ?

Je suis arrivé, il y avait un an qu'il n'y avait pas de MCo. C'est pour ça que je vous dis, il y a un manque de MCo. J'ai été d'ailleurs démarché pour deux EHPAD. Parce que c'est compliqué, quand on est MG et qu'on prend sa retraite, si on veut continuer une activité, il faut arrêter toute activité pour pouvoir toucher sa retraite. Donc le 30 juin, j'ai dû donner ma démission dans les deux EHPAD et là, à ce moment être embauché par la directrice. La personne qui s'est occupé de ma retraite m'a demandé « *est-ce que vous êtes sûr que votre directrice va vous réembaucher ?* » j'ai dit « *Il n'y a pas de problème elle va me réembaucher, mais elle va me réembaucher à mes conditions. C'est-à-dire que je vais demander que mon salaire soit un peu augmenté.* » Et entre deux, j'ai été contacté par deux directeurs d'EHPAD, dans le privé, qui eux pour le salaire il n'y avait aucun souci. Je pouvais voir ce que je voulais sur un plateau. Bon, je suis peut-être plus dans le social et puis, j'ai de super bonnes relations avec le cadre de santé, la psychologue et tout ça donc... j'ai négocié, ça a duré 15 jours – 3 semaines avec la directrice. Et un jour je l'ai appelé, je lui ai dit « *écoutez madame, on arrête là* », « *c'est-à-dire docteur ?* », j'ai dit « *j'arrête là, je vais travailler ailleurs.* » silence. Elle m'a dit « *c'est votre dernier mot ?* ». Ça vous fait penser à une certaine émission ? Mais je n'ai pas osé plaisanter (rire) ! J'ai dit « *ben oui madame c'est mon dernier mot* ». Gros silence. Et là elle me dit « *ben moi ce n'est pas mon dernier mot, je vous embauche aux conditions que vous voulez* ».

Donc voilà, il y a un manque cruel de MCo et...

Pour quelle raison ?

Ben il manque dans la médecine en générale ! Ce n'est pas le MCo en particulier, mais partout, partout, partout. Là il y a ma fille qui est médecin du SAMU à Tourcoing, il manque des médecins au SAMU. En médecine générale c'est une catastrophe, partout, partout, partout. Vous voulez trouver du boulot en médecine, il n'y a pas de problème ! Moi sur mon téléphone je reçois régulièrement des messages « *cherchons*

des MG en clinique ». Vous n'avez pas de soucis à vous faire pour votre avenir.

Pouvez-vous me parler de la coopération des MG pour la tenue des dossiers ?

Ben ça fait partie aussi de cette commission gériatrique d'en parler, que l'intérêt c'est que le résident ait un dossier qui soit complet, où tout soit noté et acté. Je leur montre qu'il y a la prescription des médicaments, maintenant ils s'y tiennent tous, à peu près.

C'est informatisé ?

Oui avec TITAN.

Donc les prescriptions sont toutes informatisées ?

Ah ben oui, ils sont tenus normalement de rentrer sur l'ordinateur. Ils ont un mot de passe et font leurs prescriptions. Je leur ai montré qu'il y avait un endroit où ils pouvaient faire leurs prescriptions kiné et leurs prescriptions biologiques. Je suis en train de taper des pré-ordonnances ou des choses comme ça. Et il y a un endroit où mettre une observation. Parce que les soignants passent sur l'ordinateur et ils ont besoin de savoir un peu... et puis je vais dire même sur le plan médico-légal, c'est très important que ça soit noté. Parce que s'il y avait une plainte d'une famille et qu'il n'y a rien de noté ! Ça pose un problème. Moi à chaque fois que je fais un acte, tout est noté.

Actuellement comment ça se passe ?

Ah ben alors je peux vous dire que j'ai une amie médecin qui travaille dans le secteur, qui m'a dit « *tu as bien fait de partir ailleurs pour ne pas avoir un regard sur le comportement de tes confrères du secteur que tu connais bien* ». Je ne savais pas pourquoi elle me disait ça, et là je le vois. Parce qu'il y a des MG qui ne montent même pas, je dirais même qu'ils font quelque fois l'ordonnance de chez eux et qu'ils viennent la déposer. Mais ils font quand même marcher la carte vitale. Ou ils viennent et ils demandent à l'infirmière comment ça va, ils font l'ordonnance et ils s'en vont.

Sans examiner le patient ?

Oui.

Et devant ça, comment réagissez-vous ?

Que voulez-vous que je dise ? Que je me les mette à dos ? Que je lui fasse remarquer qu'il ne fait pas son travail correctement ? C'est la directrice que me disait ça. « *Madame je suis désolée, le médecin est libre et prend ses décisions tout seul et ses responsabilités. Je n'ai pas à mettre le doigt sur un vice de fonctionnement.* » Je ne comprends pas. Personnellement je ne comprends pas qu'on puisse faire ça. Mais oui, je le vois. Et ça choque toute l'équipe de soignants. Heureusement ce n'est pas la

majorité, c'est vraiment une minorité. Mais ça existe, on le sait. Et même le médecin vous regarde droit dans les yeux, parce que je savais qu'il était venu, et il était déjà en train de taper, je lui dis « *tu as vu ta patiente ?* » « *Oui je suis passé à l'UV, pas de problème, elle va mieux* ». Mais j'étais à l'UV avec l'équipe de soignants ! Pour entrer, il doit sonner. Et pour entrer dans la chambre de la résidente il y a un code, il y a un pass. Il n'a pas tout ça et il me soutient droit dans les yeux qu'il a vu sa patiente ! Ben oui ! Des brebis galeuses il y en a dans tous les métiers !

**Comment se passent concrètement les visites du MG ? Etes-vous prévenu ?
Comment s'est organisé l'EHPAD pour accueillir le MG lors de ses visites ?**

Justement, ça peut être problématique. Il y a des médecins qui viennent tôt le matin, et qui font leur visite. Les infirmières à ce moment-là sont disponibles, elles ne sont pas parties dans la distribution de médicaments. Et puis il y en a qui viennent n'importe quand, qui viennent parfois tard le soir, il n'y a plus personne pour les recevoir. Moi je trouve que c'est dommage. Moi je sais, quand je travaillais encore et si j'avais une visite qui était impromptue, je téléphonais à l'infirmière pour lui dire « *je vais arriver dans un quart d'heure, si vous pouvez me mettre le résident dans sa chambre, sur son lit, que je puisse l'examiner correctement et si je peux vous voir après.* » Il y avait une organisation dans le soin. C'est comme ça que ça doit être normalement. Mais quand les 2 infirmières sont parties dans la distribution des médicaments, le médecin ne voit personne. Donc il se débrouille tout seul.

Ont-ils signé un contrat avec l'EHPAD ?

(Sourire) oui... mais je ne sais pas à quoi il sert ce contrat. Franchement je ne bats pas pour. Moi j'étais contre la signature quand j'étais médecin généraliste. Et puis après je me suis rendu compte que ça ne m'engageait à rien du tout, donc je l'ai signé ce contrat. Chacun fait ce qu'il veut ! Mais pour moi ce n'est pas ça qui va faire changer le comportement du médecin par rapport à son résident ! Là, nous on est en budget global, donc il laisse leur feuille de maladie et c'est la maison de retraite qui les règle par l'intermédiaire du trésor public.

Est-ce que les MG préviennent lors de leur absence ?

Je sais que dans certains EHPAD ils nous demandaient de fournir nos dates de vacances et de préciser si on était remplacé ou pas. Je vois qu'ils ont abandonné. C'était un tel fiasco ! Au début ça a peut-être marché un peu. Et puis ils devaient courir après les médecins à chaque fois pour avoir leur date. Elles ont autre chose à faire dans leur travail que commencer à faire ça. Non, là où on est, et puis je vous dis, le

MCo à ce moment pallie un peu à l'absence du MG. Quand ils sont partis en vacances, qu'il n'y a personne, ou si c'est une question complexe sur un résident que le remplaçant ne connaît pas et on sait pertinemment qu'il ne pourra pas répondre à cette question, à ce moment-là on prend la décision. Mais je l'informe, toujours. Il y a toujours un retour.

Pour les nouveaux MG qui arrivent dans l'EHPAD, existe-il un guide d'accueil ? comment fait-il pour s'en sortir dans l'organisation de l'EHPAD ? Comment prend-il contact avec vous et le réseau ?

Déjà quand un nouveau MG arrive, c'est exceptionnel puisque je vous dis qu'il y a une pénurie de médecin ! (rire) Il y en a une qui est arrivée dans l'EHPAD et figurez-vous que c'est une interne que j'ai eu en N1 et en SASPAS. Il n'y a pas de chose particulière, ça se passe super bien. Elle a été bien accueillie. Et elle fait bien son travail donc les relations sont bonnes : elle prend son temps, elle voit les infirmières. Non, un guide d'accueil ? Il n'y a pas de guide d'accueil ! Elle est rentrée dans un cabinet où il y avait 2 autres femmes médecins qui ont dû lui expliquer comment ça se passait, ou elle les a remplacé peut-être avant ? Je ne sais pas. Si elle les a remplacées, elle sait comment ça fonctionnait.

Avez-vous l'impression que votre formation au DU a été suffisamment utile pour le travail en équipe avec le MG et le management ?

Non, là, c'est de la pratique. Le management a été peut-être la partie la plus difficile. Vous êtes MG seul dans votre cabinet et vous arrivez dans une équipe. Vous voulez prendre des décisions, dans votre cabinet c'est immédiat : vous appelez l'infirmière et « tac tac tac » ! Et là, dans un EHPAD c'est long et c'est lent. Donc j'ai eu quelques confrontations. Et justement la psychologue avec qui j'ai sympathisé tout de suite m'a dit « c'est l'entre deux morts », c'est-à-dire, vous prenez une décision et la maison de retraite va freiner, freiner, freiner jusqu'à l'immobilisme. Et du côté du MCo ça freine aussi. Et donc il faut savoir naviguer entre ces deux choses-là pour que ça avance tout doucement.... Alors c'était quoi ? Je ne sais plus ! C'est le médecin qui provoque le blocage, qui se bloque et qui en peut plus avancer... Il faut essayer de naviguer pour que ça soit souple. C'est ça, c'est un peu comme dans les entreprises je pense. Et puis il faut s'adresser à la bonne personne. Moi je m'adressais à l'aide-soignante, je lui disais « *il faudrait que tu fasses ça* » ou alors à l'infirmière. Mais non ! Mais non pas du tout. Il faut respecter le cadre hiérarchique, donc vous devez aller voir le cadre hiérarchique pour que ça redescende, et non l'inverse. Parce que si vous faite une

réflexion, hop ça remonte et c'est déformé ! Et ça vous revient sur le bureau.

Donc beaucoup de psychologie et de rondeur dans sa façon de s'exprimer. Ça j'ai appris !

Selon vous, une formation supplémentaire n'est-elle pas nécessaire ?

Durant la formation, on a été en stage. Moi j'ai fait mon stage à la Frat', avec des gens extraordinaires ! J'ai appris beaucoup de chose avec eux. C'était eux qui géraient et moi j'ai vu ce qu'ils faisaient. Mais après quand on est seul devant la structure médicale c'est autre chose ! Je pense que c'est sur le terrain qu'on apprend. On apprend soi-même. C'est la même chose quand on commence dans un cabinet de MG. Maintenant il y a le SASPAS et je trouve que c'est une super bonne chose. Pour la relation médecin-patient c'est super important. Et là c'est vrai, pour la relation MCo-équipe soignante, il faudrait pouvoir faire Je ne sais pas.... Peut-être dans le cadre d'un SASPAS, en formation tout seul, sans MCo à côté.

Avez-vous l'impression que les relations sont plus ou moins faciles selon l'âge du MG ?

Non. Il y a un type de généralistes qui sont prétentieux et qui croient détenir toutes les vérités. Il y a un cabinet de groupe à Roncq, vraiment, c'est infernal ! Ils sont vraiment... je ne sais pas, il doit y avoir une sorte de moule pour pouvoir entrer dans ce cabinet-là, parce qu'ils sont un peu dans le même état d'esprit. C'est vraiment très curieux. Et alors là, il ne faut pas leur dire grand-chose pour que ça monte tout de suite au créneau, dont ce médecin qui fait partie du conseil de l'ordre. Mais sinon... il n'y a que ce cabinet de groupe où ils sont 4 ou 5 médecins, et je ne sais pas ce qu'ils ont, ils sont sorties de la cuisse de Jupiter, je pense qu'ils savent tout ! Mais par contre, à l'inverse, ce sont tous des médecins qui examinent leur patient !

Quels seraient vos besoins pour améliorer vos relations avec les MG ?

Je n'en vois pas là pour l'instant. Je vous dis, j'ai le sentiment que ça se passe bien. Je fais ce qu'il faut pour que ça se passe bien. Il y a toujours un retour, rien derrière leur dos. Je ne change pas de traitement ou de protocole. Il y a toujours un retour. Sinon je laisse un message au secrétariat si je n'arrive pas à les joindre.

Avez-vous quelque chose à rajouter ? Voulez-vous aborder un autre point qui vous semble important ?

Je pense qu'il faut d'abord être MG avant d'être MCo. Moi je n'imagine pas qu'on puisse s'occuper de nos aînés sans les avoir soignés d'abord dans la vie « en ville » ; avoir vu comment on vieillit, le cursus de la vie et ensuite pouvoir s'en occuper en EHPAD. D'avoir été MG et de travailler en EHPAD, ça permet après, quand on est

MCo, de mieux comprendre la relation dans l'autre sens. Ça permet d'avoir de superbes relations avec les MG je pense. En tout cas ça facilite.

Je vous remercie.

Entretien 6 – 19/09/2016

À quelle occasion rencontrez-vous les MG au sein de chaque EHPAD ?

Lorsqu'il y a un souci de prise en charge d'un résident qui décompense et que le MG n'est pas présent... quand l'infirmière, par exemple comme tout à l'heure, m'a appelé parce qu'un résident n'allait pas très bien. Elle m'a demandé d'aller le voir. Et donc je pense qu'il faut lui faire un scanner. J'appelle mon confrère pour lui dire : « *est ce que tu peux passer ou est-ce que je le prends en charge ?* » Ça se passe comme ça.

Et après, je fais des révisions de prescriptions, donc là c'est un peu plus délicat... En général, ça ne se passe pas trop mal. Ça dépend en fait des médecins et des EHPAD : on revoit un peu les prescriptions et je dis « *là, ben voilà pourquoi ?* », donc avec certains ça passe, avec d'autres c'est plus compliqué.

Comment procédez-vous pour ces révisions de prescriptions ? Revoyez-vous les dossiers un par un ?

Alors, tout ce qui est antécédents ou allergies : j'ai tous les dossiers médicaux. Je les ai tous intégrés sur le dossier informatisé. Je demande aux infirmières de me noter tous les résidents qui partent en consultation. Il y a un courrier type à utiliser lorsque le résident part en consultation ou en hospitalisation et qu'elles mettent dans le dossier. Une copie est adressée au MG et une autre, m'est adressée également, cela afin que dans le suivi du parcours de soin du résident, je sois informée et que je puisse l'intégrer dans son dossier informatique. Alors des fois les confrères ne jouent pas le jeu, je m'en aperçois rapidement. Donc maintenant, je demande aux infirmières de me m'adresser systématiquement les courriers. Si je reçois en double, en copie le courrier ça va. Mais elles me gardent tous les courriers qui viennent, parce qu'en général les MG reçoivent le courrier au sein de l'EHPAD. Et donc quand le MG l'a vu, moi elle me le mette dans ma bannette pour que j'en prenne connaissance et que je puisse l'intégrer dans le dossier médical.

Quand il y a des soucis, vous appelez directement le MG ?

Oui, quand c'est urgent je l'appelle. Uniquement quand c'est urgent, pour pas les déranger, parce que je sais ce que c'est, je fais encore des remplacements, mais pas dans le Nord, je retourne à Cherbourg où on était. Et donc soit je mets un petit mot dans le dossier médical. Comme ça lorsqu'il n'y a pas d'urgence et lorsqu'il prend en charge son patient il le voit.

Et pour les traitements, est-ce que vous les appelez par exemple quand vous voyez

une prescription problématique ?-

Ça dépend. Souvent non, je laisse plutôt un mot dans le dossier médical parce qu'ils sont en consultation, on les dérange pendant la consultation et ce n'est pas très agréable.

Vous avez des réponses ?

Alors ça dépend. Il y en a qui n'en tiennent pas compte. Il y en d'autres, pas pour cet établissement ci mais pour un autre où c'était un peu plus compliqué... je ne mettais pas un mot dans le dossier médical. Je l'appelais ou quand je le croisais je lui en parlais. Maintenant je mets un mot dans le dossier médical. Cela a plus de poids, au moins il a été informé, il ne peut pas dire, je ne savais pas.

Pouvez-vous me préciser votre expression « des fois c'est mal perçu » ? Comment c'est perçu, comme une recommandation ?

En général c'est bien perçu parce que je leur dit, « *je suis MG aussi, je ne suis pas là pour fliquer ou etc. on fait partie d'une équipe* ». Donc ça se passe très bien. Surtout quand j'étais dans la Manche ça se passait encore mieux parce qu'on était tous, tous les MG, on avait tous un temps de coordination dans les EHPAD. Donc on connaît les difficultés aussi des MG. Par contre dans un des EHPAD, il y a deux médecins avec qui j'ai quelques soucis. Ils pensaient que je prenais le poste de MCo comme eux ils ont fait auparavant pour construire ma patientèle. Donc il y avait un phénomène de crainte, de concurrence donc je leur ai dit « *vous savez moi je fais de la coordination mais je ne vais pas m'installer ici, soyez rassurés* ». Le lien a été différent. Mais c'est quand même une situation où....

Alors quelque fois je fais des révisions. Je ne l'ai pas encore fait de manière bien annuelle. Je me dis, bon voilà je vais réviser, faire un nettoyage de la prescription. Parfois, on s'aperçoit... ici il y a une direction commune avec l'autre EHPAD, et il y a un autre MCo... donc quand on s'aperçoit qu'il y a vraiment des redondances sur certaines choses, on fait comme dans la réunion de commission gériatrique, on traite d'un problème en se disant « on a sensibilisé ». Parce que parfois, c'est perçu comme une sorte de fliquage.

Percevez-vous une certaine méfiance des MG ?

Ca dépend desquels.

Est-ce que vous pouvez me présenter une situation dans laquelle vous avez travaillé en binôme ? Vous me parlez de certaines difficultés mais est-ce que dans certaines situations...

Ça se passe très bien ! Par exemple, il y a eu une situation, c'était un vieux MG et c'était une prise en charge de fin de vie et il continuait à perfuser alors que le patient s'encombra. Donc je lui ai fait part qu'il fallait arrêter la perfusion. Il ne le voyait pas de cet œil-là. J'ai essayé de lui expliquer. C'était un peu compliqué. Je lui proposé le passage de l'équipe mobile de soins palliatif. Ils ont eu le même discours que moi. Donc voilà il a été plus... je dirais...compliant. Il est venu me voir en disant « *ah bah tout compte fait je ne savais pas* ». Après je n'ai plus eu besoin de faire passer l'équipe mobile de soins pall' quand je lui disais « *là, on a vu avec l'équipe, votre patient s'encombre, il faut arrêter les perf* » après il suivait. Quelque fois, il faut passer par ce biais, que quelqu'un d'autre le dise que nous.

Est-ce nécessaire pour assoir votre crédibilité ?

Oui voilà.

Est-ce qu'il y a des situations où ce sont les MG qui viennent vous demander votre avis, votre aide dans certaines situations un peu complexes ou c'est vous qui intervenez spontanément ?

Le plus souvent, c'est nous qui intervenons et non pas eux qui nous demandent un avis.

Ils ne viennent pas forcément ?

Non

Quand il y a un avis gériatrique à demander, est ce qu'ils passent par le système hospitalier, des équipes mobiles de gériatrie ou par vous ? Est-ce que vous pensez que c'est votre rôle de faire ça ?

Très bonne question... C'est fluctuant. Ca dépend des personnalités je dirais. Pas forcément parce que je suis une femme, pas forcément une femme va venir me demander un avis. Je dirais peut être plus les vieux médecins, sans que ce soit péjoratif, qui vont venir me demander mon avis. Par contre, certains jeunes médecins ont la science infuse, ils savent tout, point barre. C'est fermé. Dans un autre EHPAD, j'ai vraiment des difficultés avec un MG qui ne respecte pas la déontologie. Il annule de son propre chef des consultations neuro. Il ne met pas en route une prescription d'un neurologue, sans même prévenir la famille en disant « *le neurologue propose telle prescription, je ne suis pas d'accord donc je ne l'instaurerai pas* », non. Il a décidé dans son petit coin, il n'en parle à personne. Et moi, je m'en aperçois parce que j'ai vu le compte rendu du neurologue mais je ne vois pas la prescription. J'en parle à l'infirmière coordonnatrice, qui est à temps plein et suit le médecin traitant, et elle me

dit « *il a décidé de ne pas le faire* ». Donc j'appelle mon confrère et je lui dis « *vous pouvez ne pas être d'accord avec la prescription du neuro, on n'est pas forcément d'accord, mais au moins avertir le résident, son entourage quand il y a des gros troubles cognitifs de votre non prescription* ». Moi, je suis quand même responsable de la coordination du soin. Voilà un peu le genre... enfin là, il est quand même très particulier ! Par exemple, il pose des appareillages pour des apnées du sommeil. Il arrive à 21h dans l'établissement, sans prévenir la famille, sans prévenir le résident, sans prévenir l'établissement. Il a demandé une consultation pneumo qui dit « *non ce n'est pas justifié* ». Mais il a quand même mis en place l'appareillage, sans m'en parler, sans n'en parler à personne. C'est en plus, un résident avec des troubles cognitifs. C'est quand même un cas d'école, je n'ai jamais vu ça !

Dans cette situation, exprimez-vous quand même votre désaccord ?

Oui mais je l'écris dans le dossier de soins.

Et après le débat s'arrête là ?

Il répond « *c'est moi le MG* ».

En général ça se passe, on discute, on échange, en général ça se passe très bien. Par contre, pour les résidents diabétiques, on en discutait avec mon confrère, je vais avoir plus de difficultés.... Parce que si le MG obtient ses objectifs sur les hémoglobines glyquées, ils ont des primes. Et ici, bien sûr, à 90ans, ils ont une hémoglobine glyquée nickel mais ils ont 3 rapides, leur Lantus et 3 dextros par jour. Donc, quand je suis arrivée dans l'établissement, je leur disais « *attendez, à 90 ans, une hémoglobine glyquée inférieure à 6, on est beaucoup plus tolérants !* » Certains modifient un peu, d'autres non, « *mais son hémoglobine glyquée est à 6* ». Ils ne disent pas qu'il y a la prime derrière mais je ne suis pas dupe ! Donc je leur dis « *vous ne vous rendez pas compte, votre patient est piqué 7 fois dans la journée : la rapide, la Lantus, les dextros. 365 jours sur 365* ». Alors certains modifient, d'autres non, mais je reviens à la charge.

Qu'est-ce que votre pratique de MG vous apporte dans votre relation avec les MG ?

Beaucoup ! Je leur dis « *je ne suis pas le MCo qui demande une prescription pour tout !* » Je suis aussi, je l'ai été à un moment donné de façon plus importante que maintenant ; mais je connais leurs difficultés. J'étais dans un établissement où le MCo demandait aux MG de faire une prescription pour avoir de l'eau Hépar, de l'eau pétillante... Je leur dis, « *non moi je suis dans l'établissement, je ne vais pas leur demander ça, ils sont déjà surpassés par la paperasserie. Donc ça, c'est en équipe*

pluri où je me mets un mot dans le dossier. » C'est vraiment lors d'un gros changement que j'appelle le MG pour l'avertir, pour le tenir au courant. Sinon je mets un mot dans le dossier et le mois suivant, il le voit. Mais je ne vais pas l'appeler en disant « *j'ai mis de l'eau Hépar pour ton patient* », il ne faut pas exagérer !

Pareil pour les contentions, ils font la première prescription. Déjà on n'est pas pour les contentions mais quand il doit y en avoir et quand il y a un renouvellement... en fait, je fais une réunion de synthèse, une fois par mois pour revoir toutes les prescriptions et les prises en soins

Avec l'équipe ?

Avec toute l'équipe, dans chaque établissement.

Je vois avec le MG « *soit vous faites* », et en général ils ne veulent pas refaire la prescription. Mais au moins le régime, les textures, la prise en soin et les contentions sont revus une fois et ça fait office de validité de prescription. Au moins la mise en place d'une contention a été revue. Donc là, ils sont d'accord là-dessus.

Dans quel cadre faites-vous vous-même les prescriptions ? Vous renouvelez les contentions ?

Oui voilà, je les renouvelle.

Et quand je fais une visite de pré admission. Avant, je demandais au MG qu'il fasse les prescriptions. Maintenant pendant la visite de pré ad' je fais la prescription. C'étaient les infirmières dans un autre établissement qui m'avaient fait la remarque « *le MG n'arrive pas le jour J, il arrive 3-4 jours après l'entrée dans l'EHPAD, donc on n'a pas la prescription* ». Là c'est fait : une prescription de contention, une fiche avec le matériel, une fiche sur l'alimentation, texture et régime. Et lorsque le résident rentre dans l'établissement, on demande qu'il y ait une prescription 3 jours avant l'entrée dans l'établissement du résident pour que son pilulier soit déjà prêt. Voilà, on ne s'excite pas le jour J.

Êtes-vous amenés à prescrire les traitements ou les modifier ?

Ça m'arrive oui, j'appelle mes confrères en disant « *soit vous passez, soit je peux faire les prescriptions c'est comme vous le souhaitez* ». Et donc pour certains « oui je n'ai pas le temps de venir ». Par exemple, quelqu'un fait une bronchite « *oui tu peux faire la prescription* » ; ou quelqu'un fait un malaise sur une hypotension et il a 4 anti hypertenseurs, je dis « *sa tension chute, je préconise....Vous venez, vous avez le temps de venir ou je fais la prescription?* ».

Vous les informez toujours ?

Ah oui toujours.

Quand ils ne sont pas joignables, comment faites-vous ?

Quand ils ne sont pas joignables, je prends la décision et je me mets un mot dans le dossier médical. Et même si je ne suis pas dans l'établissement je les rappelle le lendemain, même si je suis sur un autre établissement, je les rappelle.

Est-ce que les MG peuvent vous joindre directement ? s'ils ont un souci comment font-ils ?

Oui. Par mon téléphone.

Ils ont vos coordonnées ?

L'établissement a mes coordonnées.

Est-ce que vous les croisez quand ils font leur renouvellement ? Est ce qu'il y a des rencontres informelles ?

Oui quand je suis à l'infirmierie. Par exemple avant que vous veniez, il y a un MG qui est venu me voir pour un dossier d'un de ses patients : un patient parkinsonien, qui a fait une demande d'entrée en EHPAD. Sur son dossier médical, il était autonome. Il est venu me voir en disant, « *non depuis 3 semaines il se dégrade etc.* ». Ce patient devient quelqu'un de prioritaire. Auparavant il n'était pas prioritaire puisque c'était un patient parkinsonien mais autonome. J'en profite aussi pour lui dire « *il se dégrade rapidement, il chute tout le temps, avec de gros troubles cognitifs, est ce que vous avez refait un scanner cérébral ? Parce que de façon aussi rapide, quelqu'un auparavant d'autonome...* », Il me dit « *ah bah non je n'y ai pas pensé* ».

Vous voyez, donc ça dépend vraiment.

Quelque fois pour faire un certificat de décès, l'infirmière dit « *le MCo est là, si vous n'avez vraiment pas le temps de le faire, le MCo peut le faire* ».

Dans l'ensemble il y a une bonne entente.

Bon c'est vrai que pour la révision des prescriptions, quelque fois, on n'est pas très à l'aise, et je finis par ne plus le faire de manière systématique... Et donc on s'interrogeait... J'avais entendu sur Valenciennes, dans le cadre du dispositif PAERPA, il y a une consultation avec un gériatre, le pharmacien référent de l'établissement et le MG. Ils revoyaient à 3, les prescriptions de leur patient pour faire un nettoyage d'ordonnance. C'est intéressant.

Avez-vous rédigé une liste de médicaments préférentiels ?

Non. C'est dans le projet mais je ne l'ai pas encore fait.

Pas le temps ?

Il y a beaucoup de choses. Je suis arrivée dans des établissements il n'y a pas très longtemps et il y a d'autre chose à mettre en place.

Est-ce que vous avez élaboré des protocoles pour les MG ?

Pour les MG, non. Ils ont quand même à disposition certains documents, par exemple avec les anesthésiques et équivalents, c'est à leur disposition.

Je demande pour les résidents sous anti coagulants, de donner de manière individuelle pour leur patient, la zone thérapeutique souhaitée de l'INR pour que les infirmières n'appellent pas systématiquement. Souvent, quand les infirmières appellent pour les résultats systématiques d'INR, le médecin traitant n'est pas là. C'est son jour où il ne travaille pas. Donc on m'appelle. Ça ne me dérange pas quand c'est de manière occasionnelle. Mais à un moment donné, je suis dans un autre établissement ou je ne travaille pas. Donc je dois gérer les INR des 3 établissements. Par exemple, pour une résidente pour qui son INR est très difficile à équilibrer, j'ai demandé au MG de mettre une sorte de protocole, comme pour l'insuline : « *entre autant et autant : vous faites comme ça* ». Donc il a fait un protocole pour les INR quand ils sont bas mais pas quand ils sont hauts. Donc pendant mes vacances, les infirmières savaient que je suis joignable quasi tout le temps et m'ont appelée. Je les ai rappelées, j'ai géré quoi !

Tout à l'heure vous avez parlé de la réunion de coordination annuelle, comment cela se passe ? Comment les convoquez-vous?

Je viens de Cherbourg et ils ont un très bon système. Comme les MG intervenaient dans différents EHPAD, si chaque EHPAD faisait sa réunion annuelle, ou 2 réunions normalement par an, ça allait être compliqué de pouvoir sensibiliser chaque MG. Donc un seul établissement faisait une réunion de coordination gériatrique et on invitait tout le monde. Et chaque année on changeait d'EHPAD. Et comme les MG intervenaient dans tous les EHPAD, si chaque EHPAD faisait la réunion, on n'allait pas pouvoir toucher beaucoup de médecins. Donc ils ont fait la même chose.

Vous avez l'impression d'avoir plus de participation ?

Oui.

Vous arrivez à en réunir combien ?

La dernière qu'on la faite, il y avait 3 présentations : sur les ECBU et prise en charge des infections urinaires ; la prise en charge kiné et moi j'avais fait sur la prise en charge des troubles de déglutition. Donc c'est vrai qu'il y avait un panel : il y avait les kinés, le personnel des établissements est convié aussi donc on avait des infirmières. Et on

avait quand même quelques MG. On a fait ça pendant l'heure du déjeuner. Le nombre, je n'ai pas compté. Ici, ça marche bien.

Dans l'autre EHPAD, je vous dirais que je n'en ferai pas, parce que de toute façon ils ne viendront pas. Je fais une réunion de formation, en général tous les 2 mois, pour le personnel. On travaille sur les protocoles, je ne fais pas la grande messe. Je veux que ça soit du participatif. Par exemple, j'ai fait, la dénutrition, déshydratation et après on a enchainé sur le plan canicule. Donc je leur demande, qu'ils me donnent comme ça, en fouillis, tout ce qu'ils savent sur la dénutrition, tout ce qu'ils savent sur la déshydratation. Et puis la fois suivante, je leur présente un Power Point avec un protocole. Comme ça, je leur dis que c'est avec toutes les informations qu'ils ont faites, qu'on a créé le protocole. Mais le protocole est déjà fait avant !

Pouvez-vous me précisez quand vous me dites que les MG ne viendraient pas, est-ce parce qu'ils ne sont pas intéressés ? Parce qu'ils n'ont pas le temps ? parce que vous avez déjà essayé et que cela n'a pas fonctionné ?

Ceux qui seraient intéressés n'ont pas le temps. Pour les 2 médecins qui savent tout, ils n'ont pas besoin de venir ! Mais pour les autres, c'est plus un problème de temps. A Cherbourg, on faisait ça le soir, après 20h, et on essayait que ça soit un sujet attractif ou intéressant. Et ici c'est plutôt pendant l'heure du déjeuner. On en a fait aussi pour les deux EHPAD, c'était pour former les MG à l'utilisation de TITAN. On essaie de trouver le créneau horaire qui dérange le moins. Mais bon, ce n'est pas évident.

Pour le logiciel et la tenue du dossier, comment cela se passe-t-il ?

C'est variable. Certains ne veulent pas du tout toucher à l'informatique, même si on a créé des formations, uniquement destinées aux médecins, pour utiliser le logiciel. Il y en qui l'utilisent bien, il y en qui ne l'utilisent pas, qui ne veulent pas l'utiliser du tout. Par exemple dans un des EHPAD, je ne suis pas d'accord parce que ce sont les infirmiers qui rentrent les prescriptions. Le MG vérifie quand même...

En visite de pré admission, je demande d'avoir une prescription récente. Comme j'y suis qu'une fois par semaine, ça me permet de rentrer les antécédents et aussi le traitement. Comme ça lorsqu'il arrive, l'infirmière ou l'infirmier en poste n'a pas à rentrer le traitement dans le logiciel.

Pour les transmissions aux infirmières, comment cela se passe lorsque les médecins viennent faire leur renouvellement ? Ils écrivent un mot dans le dossier, sur dossier papier ou sur TITAN ?

Non, tout est sur TITAN.

Et là c'est pareil ? Certains mettent un mot d'autres non ?

Pour certains, il faut qu'on les resensibilise sur les traitements au long cours, et quand ils arrêtent un traitement. Quelque fois, certains font une prescription papier et ne précise pas « arrêt de ». Donc on ne sait pas si c'est un oubli ou si c'est volontaire. Donc c'est moi qui demande. J'avais sensibilisé les pharmaciens en disant « *n'appellez pas l'infirmière parce qu'elle ne sait pas, appelez le prescripteur* ». A un moment donné, je pense que le prescripteur en aura, entre guillemets, un peu marre d'être dérangé par la pharmacie et qu'il écrira sur sa prescription « arrêt du traitement ». Parfois, l'infirmière peut répondre oralement en disant « oui j'ai accompagné le médecin ». Oui mais elles ne peuvent pas forcément tout le temps accompagner le MG.

Pouvez-vous me raconter comment se passent les visites : avez-vous aménagé des choses ? Une infirmière se détache-t-elle pour accompagner le médecin ?

Non, je voudrais mettre en place une fiche, comme il en existe sur d'autres structures. Les infirmières me disent « *on devait lui dire mais ...* ». Le MG arrive et l'infirmière est en soins, même si elles l'ont dit à la secrétaire. Je le sais très bien quand je suis en libérale, même si la secrétaire me dit « *tu dois aller voir Mme Untel, dans tel EHPAD, pour tel problème* », je ne me souviens plus après pourquoi j'y suis allée. Si je ne trouve pas l'infirmière, je ne me souviens plus. Ici, le souci c'est qu'elles ne sortent pas le classeur papier pour sensibiliser les médecins à l'outil informatique. Mais dans un autre établissement, on n'était pas informatisé et elles sortent le dossier papier. Moi j'aimerais bien qu'elles sortent encore le dossier papier ici. Les bilans biologiques ne sont pas sur l'informatique car on n'a pas APICRIPT. Donc j'aimerais qu'on sorte systématiquement le dossier papier, avec les bilans, et une fiche où est écrit « motif de la consultation ». Au moins l'infirmière note par exemple « renouvellement de traitement » ou s'il y a une chose particulière. On pourrait y indiquer le numéro de téléphone intérieur si le médecin avait besoin de contacter l'infirmière. Parce qu'il n'y a rien qui est pire quand vous êtes médecin, d'arriver dans l'EHPAD, vous cherchez une infirmière, vous cherchez partout. Le code pour rentrer, c'est infernal !

Existe-t-il un guide d'accueil pour les nouveaux MG qui arrivent dans l'EHPAD avec les numéros de téléphone, les réseaux avec lesquels vous travaillez?

Non. Mais ça serait pas mal, c'est une bonne idée.

Ce sont donc des informations qui se transmettent oralement ?

Oui.

Pareil pour les numéros de téléphone ?

Oui. Il y a un affichage ici... et voilà le code pour TITAN ... Et puis quand ils ont un souci, ils vont à l'accueil, il y a Mme D. à l'accueil et qui en parle à l'infirmière. L'infirmière vient aider quand il y a un problème d'informatique. Puis après, les infirmières savent aussi quel médecin et leurs habitudes. Pour ceux qui ont un problème avec l'informatique, elles vont être là pour pouvoir les accompagner à retranscrire sur l'ordinateur.

Est-ce que vous avez signé des contrats avec les MG?

Ici oui... enfin non, pas dans chaque EHPAD, tout le monde n'a pas signé. Moi, en tant que MG, signer une convention, je n'y vois pas forcément un intérêt. Je demande d'avantage aux kinés de signer la convention car on a un gros souci pour le recueil des bilans de kiné. En général, on essaie de les récupérer pour la coupe PATHOS, mais on a bien du mal. Dans la convention des kinés, je leur demande à ce qu'il y ait au moins deux fois par an un bilan mis dans l'outil informatique. Soit ils le font chez eux, soit ils me le donnent en papier parce qu'ils ont un logiciel spécifique. On le scanne et on le mets dans le logiciel.

Non, les MG, en général, respectent les horaires de visite, ils voient leur patient dans les chambres, sauf dans l'un des EHPAD où toujours, avec ces 2 mêmes médecins, c'était la visite dans l'infirmerie. Un jour, je rentre à l'infirmerie, la porte était fermée et je ne frappe pas, parce qu'il n'y a pas de soins à avoir à l'infirmerie, il n'y a que de la gestion administrative. Ce confrère en l'occurrence me dit « *vous ne frappez pas lorsque vous entrez ?* ». Je lui dis « *non pas à l'infirmerie, parce que pour moi l'infirmerie ce n'est pas un lieu de consultation, il n'y a pas de table d'examen* ». J'en avais référé au directeur. En plus c'était l'infirmier qui devait amener les résidents à l'infirmerie pour que monsieur, ça aille plus vite ! C'est de l'abattage. Je lui ai fait la remarque « *palper un abdomen chez quelqu'un assis, position à 90 degrés, c'est compliqué !* ».

Mais de manière générale, ça se fait naturellement, sans heurts. Sauf en cas d'urgence, ils ne viennent pas pendant l'heure du déjeuner C'est le respect en fait !

Est-ce que vous avez l'impression que votre formation, avec le DU notamment, vous a permis de gérer cette coordination avec les MG? Pensez-vous avoir besoin de formation en management ?

Avec les MG, non. Avec le personnel, j'aurais peut-être besoin d'une formation. En tout cas, ce n'est pas le DU qui me l'a apporté. Je le dis une fois, je le dis deux fois,

j'explique...et la troisième fois, j'y mets moins les formes. Mais c'est ma personnalité, dans la vie de tous les jours je suis comme ça. Ce n'est pas forcément sur le travail. J'essaie de comprendre aussi, si ce n'est pas fait, pourquoi ce n'est pas fait. Ce n'est pas forcément parce qu'ils ne sont pas bons, mais c'est un problème d'organisation. C'est ce que je dis aux équipes. Après quand on a fait le tour, même quand une famille ou un résident n'est pas content de quelque chose, on va d'abord voir si c'est bien vrai. Je ne vais pas prendre pour argent comptant. J'écoute mais j'écoute tous les partis. Et après il faut savoir expliquer, comprendre pourquoi l'agent, s'il a eu un souci, pourquoi il en est arrivé là : est-ce que c'est parce qu'il y a un problème d'organisation ou est-ce que c'est vraiment une faute professionnelle ?

Est-ce que le MG intervient lorsque vous avez des problèmes avec les familles des résidents ?

Ça m'est arrivé d'appeler un de mes confrères, le MG du patient, pour faire une réunion. Mais aussi de façon systématique, aussi bien ici qu'à l'autre EHPAD, il y a des réunions collégiales sur les prises en soins : il y a l'équipe, le MG, il y a moi et l'infirmière coordinatrice.

Pour discuter de la prise en charge du patient ?

Oui.

Et ils viennent ?

Ah oui.

Pour discuter de situations complexes ?

Oui, lors de fin de vie ou dans les situations un peu compliquée. Il s'agit de situation où il faut que tout le monde ait le même discours, qu'on soit tous d'accord. Pour les familles il n'y a rien de pire que des discours différents.

Quels seraient vos besoins pour améliorer vos relations avec les MG ?

Je pense que le souci, ce sont les thérapeutiques où on voit quand même des aberrations. Je leur dis : « *je sais, ce n'est pas toujours évident.* » Je suis MG aussi et quelque fois on a une pression des familles, pression du personnel et on va faire des prescriptions que l'on perpétue et qu'on ne réévalue pas. Surtout les neuroleptiques, les anxiolytiques. Je leur dis, « *profitez de moi, je fais de la coordination, je vois d'avantage les équipes que vous, on fait le point et c'est pour ça qu'on vous fait des propositions. Par exemple, un résident est somnolent, peut-être qu'il faudrait diminuer ou arrêter son neuroleptique. Il en a eu besoin à un moment mais plus maintenant* ». Nous, on a cette possibilité-là de faire des réunions de synthèse en équipe. On peut

d'avantage accompagner, alors qu'eux viennent sur un temps très court. Parfois ils viennent lorsque le résident décompense. Mais sur leur temps où ils viennent, ils n'ont pas de décompensation, ils ne comprennent pas la raison de notre demande. Moi je fais le lien avec les équipes. C'est ce que je demande aux équipes aussi, c'est de tracer. *« Si vous ne tracez pas, je dis, comment voulez-vous que le médecin ajuste ses thérapeutiques, c'est impossible. »*

Le but est d'être d'avantage entendu ?

On a l'impression, quelque fois pour certains, qu'on flique... et après ils ont l'impression de ne pas être bons. Pour éviter cela, ça nous arrive même de ne pas regarder leurs prescriptions ! (rire) Mais ça c'est fréquent. J'ai un de mes confrères qui n'a fait que du sanitaire et maintenant il a basculé complètement à ne faire de la coordination. Et il me dit *« mais quelque fois je vois des aberrations sur les prescriptions »*. Mais oui ! Ce n'est pas toujours évident d'être bien perçu. Voilà ce que je dis *« vous savez, je suis dans la même galère que vous quand je suis en libérale donc je sais que ce n'est pas évident donc profitez de cette occasion, des réunions de synthèse où on fait le point sur tout et on vous fait une proposition. Mais après ce n'est qu'une proposition »*. Par ce biais là ça passe mieux. En disant que l'on comprend aussi leur problématique. On est là ce n'est pas pour fliquer, on est confrères, c'est pour s'entraider.

Rencontrez-vous plus de problèmes avec l'ancienne ou la nouvelle génération de MG ?

Je dirais ... ça dépend de ce qu'on appelle nouvelle génération ! (rire) ... je dirais que les vieilles générations vont nous demander plus facilement notre avis que les nouvelles. Et puis moi aussi je demande quelque fois, *« bah voilà qu'est-ce que vous en pensez ? Je ne suis pas certaine »*. Même en tant que MCo, ce n'est pas toujours simple, on ne trouve pas toujours une solution, quelque fois il y a un problème et je dis *« il y un problème et je ne sais pas quoi faire non plus »*. Je leur dis que je ne suis pas la fée bosniaque

Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ? Un autre point à aborder dont on n'aurait pas encore parlé et qui vous semble important dans la relation avec les MG?

Non, non moi je dirais qu'on a plus de soucis avec les directions ! (rire) Il faudra faire un autre sujet de thèse là-dessus.

C'est quand même un problème, honnêtement un très gros problème. Mais ça me rassure en disant que lorsque j'en parle avec mes confrères, on est tous confrontés à

ce gros problème. Mais je pense qu'à un moment donné le turn over des MCo dans les EHPAD ce n'est pas, ni à cause de la relation avec le personnel, ni avec les MG mais avec la direction.

C'est vrai que la plupart des MCo avec qui j'ai discuté, restent moins de 5 ans en place. Et vous pensez que c'est du à ça ?

Oui. Parce que ça s'immisce énormément dans le soin. Mais énormément et en disant « *je suis votre supérieur hiérarchique* ». Donc à un moment donné moi je leur dit « *vous êtes mon supérieur, on est sous l'autorité administrative de la direction, mais que sur le soin on ne l'est pas* ». Voilà mais ils ne veulent pas l'entendre. Et je dirais, le pire, et j'en discuté là il n'y a pas si longtemps que ça avec 3 de mes confrères, tous pareils : quand elles sont femmes, quand elles ont été infirmières alors là c'est les pires! Je crois, je pense que peut être dans leur carrière elles en ont bouffé du médecin enragé donc là c'est la vengeance ! Mais en général c'est notre gros problème. Il faudrait faire une enquête. Maintenant dans les entretiens, j'ai l'organigramme : comment est placé le MCo dans l'organigramme de l'établissement ? Vous verrez, il y a direction, là, en dessous, bien en dessous, c'est le médecin. Rares sont les établissements où il y a un lien entre MCo et direction. En plus on est responsable du soin. C'est ça qui nous pose problème, on est responsable du soin, mais sans en avoir une liberté de prise en charge. Et ça c'est notre gros problème

Par rapport à la direction ?

Oui. Et rares sont les organigrammes comme ça ! Un résident, que vous allez, pour la prise en soin plus adaptée, transférer en UVA : c'est normal d'en informer la direction. Et même dans l'autre sens, c'est normal que la direction puisse nous interpeler sur tel résident. Mais après, quand vous faites une prise en soin et derrière il passe derrière vous et dire « *non ce n'est pas comme ça, ça sera pas comme ça avec le personnel on fait comme ça* ».

Pour un problème de budget ?

Non. Un problème d'ego. Voilà, ça c'est très compliqué. Je pense que c'est le gros souci. Voilà ce n'est pas tant avec les MG où ça se passe bien. On peut ne pas être d'accord mais on discute, on pose nos arguments etc. Mais ça reste convivial, confraternel. Tandis qu'avec la direction... je vais vous donner un exemple. J'ai fait une visite de pré admission avec la cadre de santé. C'était une pathologie neurologique particulière. Je dis à la cadre, et en plus je partais en vacances, je dis à la cadre « *vous pensez pouvoir avec les équipes, manager etc. une chorée de*

Huntington ? ». Elle me dit « *oui oui je connais etc.* ». Je fais « *ok* ». Je rentre de vacances, je vais voir les équipes pour savoir si la prise en soins n'était pas trop compliquée auprès des équipes etc., on avait fait un topo auparavant. « *Non ça se passe bien* ». Dans la demi-heure d'après j'avais une directrice qui me convoque au sifflet donc il fallait être au garde à vous, puis elle vous fait poireauter $\frac{3}{4}$ d'heure devant le bureau. Donc moi je parlais, je disais « *j'ai autre chose à faire* ». Et donc elle me reçoit avec la cadre de santé en disant « *Ah mais docteur, je ne comprends pas, vous ne faites pas des visites de pré admissions de manière collégiale. L'équipe est en souffrance pour Mme Untel* ». Alors là je dis « *je ne comprends pas, c'est vrai que c'était une pathologie qu'ils n'avaient pas l'habitude de traiter, je leur ai fait un topo, j'en ai parlé à la cadre en demandant si elle allait pouvoir accompagner les équipes ? Parce que je parlais en vacances. Je reviens, je suis allée dans le service, les équipes m'ont rien dit et là, branle-bas de combat* ». Donc là je dis à la cadre « *mais quel est le problème de la prise en soin de cette résidente ?* ». Et là elle me répond, alors restez assise : « *ne sait pas appuyer sur une sonnette et chute* ». Alors là j'ai regardé la directrice et j'ai dit « *bah écoutez ça n'est plus la peine de faire des visites de pré admission, c'est non pour tout le monde !* » « *Bon ben on passe à autre chose hein docteur !* ». Enfin voilà, vous voyez, elles décident entre elles sur le plan de formation et vous n'êtes pas conviés. Par exemple ici, moi je n'ai pas de téléphone, pas d'ordinateur. Ça c'est mon bureau voyez, moi je dis « *bah le placard à balais c'est pour quand ?* ». Je ne demande pas non plus le grand luxe, mais je dis faire les visites de pré admission avec un stock de couches, une table de pesée, pas de téléphone, pas d'ordinateur ! Je vais voir ailleurs, c'est tout. Les conditions ne sont pas là ! Quelque fois, je dois aller à l'infirmerie parce que je reçois les familles. Les traitements, je ne les connais pas par cœur, vous voulez lire les transmissions et vous êtes à l'infirmerie parce qu'il n'y a que là des postes. Tout le monde est là, la confidentialité on en fait quoi ?

C'est la même direction pour les 3 établissements ?

Non, du tout du tout. Là, c'est une directrice qui est partie et ça va être une directrice par intérim. Dans l'autre EHPAD, je m'entends bien avec le directeur qui est un homme ! (rire) C'est ce qu'on disait, avec les hommes ce n'est pas pareil. Avec les femmes c'est compliqué, compliqué, compliqué. Et après, à juste titre, ayant fait beaucoup de libéral, on a notre personnalité et être en libéral, c'est faire ce qu'on veut. En EHPAD, on doit en déférer à la direction, surtout quand il y a des catastrophes. Ils

vont pointer des grosses urgences, des gros problèmes, maintenant je trace tout, je me couvre. En général, je suis quand même plus dans le verbal, on communique, mais après on peut vous dire « *ah vous n'avez pas dit* » alors que vous l'aviez dit. Ça devient pesant.

L'instauration d'une hiérarchie, le fait d'avoir plus d'autorité sur les MG, ça n'est finalement pas la solution ?

Non.

Cela paraît générer d'avantage de conflit ?

Oui avec les directions c'est ça. Moi avec les MG ça se passe bien, à part avec un. Mais c'est vraiment un cas d'école. Et pourtant, il vient aux réunions collégiales. Et puis quand je lui dis « *je mets un mot dans le dossier en disant j'ai donné un avis* », maintenant il va faire plus attention parce que c'est tracé. Il a aussi sa consœur et c'est le même moule, pour qui les équipes m'ont appelé plusieurs fois parce que sa patiente faisait un syndrome occlusif. Mais le MG est venu et disait tout le temps qu'il n'y avait rien. Moi je rentre de vacances, et le chirurgien m'annonce que cette résidente a failli mourir et dis « *oui vos équipes...* ». Alors je dis « *attendez non ! Moi j'ai regardé les transmissions, les équipes infirmières avaient des signes cliniques, qui étaient bien clairs etc. ; ont appelé plusieurs fois le MG qui n'avait pas jugé de l'intérêt de l'hospitaliser, elle l'a hospitalisé que lorsque la situation devenait extrême !* » donc là je dis « *non, si vous avez quelque chose à dire, appelez, vous prenez votre téléphone et vous injuriez le MG parce que c'est elle qui n'a pas fait son boulot, plutôt que injurier l'incompétence du personnel. Là non, je ne suis pas d'accord* ».

Mais en général ça se passe très bien avec les MG. Peut-être qu'on les ne les pousse pas trop à faire des nettoyages systématiques de prescription, on ne va pas trop les titiller la dessus donc peut-être que c'est pour ça qu'on a des bonnes relations aussi ! (rire)

Non mais le gros souci c'est avec la direction. C'est là où on a plus de problèmes. Je ne sais pas si mes confrères vous l'ont fait ressentir ou pas... Bon après voilà, MCo c'est quand même intéressant ! Je ne vais pas vous écœurer de la coordination (rire) ! Et ils disent ça aussi ?

Avec la direction non, vous êtes la première à me le signaler. Le fait que ça soit différent d'un MG à un autre, oui on me l'a dit ; qu'il y a quelques cas où ça reste problématique mais dans la forme ça se passe bien, globalement c'est ce qui ressort. C'est aussi en fonction du MCo, en fonction de son niveau d'investissement ou de leur ingérence

dans les dossiers...

Après ça dépend aussi, si vous ne faites que de la coordination ou pas !

Si c'est juste une partie administrative ou si on va voir le patient.

Moi je fais le tour par exemple des pansements, j'adore le pansement. Soit les infirmières ont un souci avec un pansement et elles vont m'interpeller, soit de temps en temps je fais le tour des pansements parce qu'elles me disent, « *les MG ne regardent pas forcément* » et moi au contraire, moi j'aime bien, donc ça ne me dérange pas. Après c'est vrai que pour nous c'est parfois un peu frustrant de ne pas pouvoir prescrire. Donc quand j'appelle un de mes confrères qui me dit « *je n'ai pas le temps de passer* », moi je l'ai examiné je dis « *je propose ça et ça, est ce que tu es d'accord ?* »

Concernant les pansements ?

Non, même pour une autre prescription. Pour les pansements non je n'appelle pas systématiquement.

Vous faites directement les recommandations aux infirmières ?

Oui. Mais ceux qui gèrent leur pansement, je laisse gérer, je ne vais pas m'immiscer. Sauf une fois un médecin m'a dit « *je suis à bout de course je ne sais pas quoi faire, est ce que tu n'as pas une idée ?* ». Et sinon, pour les prescriptions, j'en réfère toujours à mon confrère. Souvent l'infirmière me dit « *je pense qu'il fait une bronchite* », je ne l'ai pas forcément examiné mais je dis à mon confrère « *est ce que ...* », ou l'infirmière me dit « *le MG je l'ai appelé, il ne peut pas venir, comme vous êtes là, il me demande si vous pouviez le faire ?* ». Je dis oui et puis après je l'appelle et je dis « *j'ai fait telle prescription est ce que tu es d'accord ?* » pour l'en informer. Comme je le dis au personnel, je suis exigeante, j'aime bien les choses bien faites. Mais après, c'est à double tranchant. Je leur dis « *quand vous avez un problème je suis disponible tout le temps, quand il y a une fin de vie on peut m'appeler le weekend end, quelque fois je ne réponds pas forcément à la minute parce que j'ai un enfant en situation de handicap donc je peux être occupée mais j'écoute mon message, je vous rappelle. Mais dans l'autre sens je vais avoir des exigences.* »

Je vous remercie.

Enregistrement 7 – 24/11/2016

Parlons, si vous le voulez bien, du binôme entre MG et MCo. À quelle occasion rencontrez-vous les MG ?

Quand ils viennent en consultation rencontrer un résident ; quand je les appelle si je suis présente et qu'il y a un problème aigu, que je peux être amenée à intervenir, ou je pense qu'il se passe quelque chose d'important, je les appelle pour les en informer et voir ce qu'ils souhaitent faire. S'il y a un évènement qui m'interpelle, où je pense que ça peut donner lieu à une consultation spécialisée, je leur passe un coup de fil. C'est le plus simple. Avec certains, j'envoie des mails. Ça dépend du souhait du MG. S'il y a des erreurs grossières qui m'interpellent, par exemple des prises d'anti-inflammatoires chez des personnes de 95ans, je vais leur téléphoner, en essayant d'enrober, d'emballer le paquet !

Ces prescriptions là, vous les remarquez à quelle occasion ? Revoyez-vous les dossiers systématiquement ? Est-ce les infirmières qui vous interpellent ?

Quand je suis là, je participe aux transmissions des équipes. J'entends ce que disent les équipes, je vais voir un peu dans les dossiers. Les MG ne sont pas toujours disponibles, donc si je suis là, et s'il y a un résident qui ne va vraiment pas bien, parfois l'infirmière me demande si je veux le voir. Si je trouve quelque chose, j'en informe le MG en demandant ce qu'il veut : s'il veut repasser, s'il veut que je prescrive, s'il est partant pour que je fasse ça, pour l'informer, qu'on soit d'accord sur une prise en charge et ce que lui souhaite faire.

Cela signifie que vous les contactez par téléphone donc ?

Oui, par téléphone. Avec certains je communique par mail. Ou s'il y a des soucis, et aussi pour éviter aux résidents de passer par les urgences. Parfois les infirmières me disent « *tiens, il y a telle chose* ». Et moi je les contacte en disant « *ben voilà, ça, ça pourrait être programmé. Vous, vous n'avez pas forcément le temps, moi je peux passer des coups de fils. On pourrait programmer l'hospitalisation sans passer par les urgences, est-ce que vous êtes partant ? pas partant ?* »

Rencontrez-vous des problèmes pour joindre les MG ?

Ça dépend. Je travaille sur 2 EHPAD. Dans l'autre EHPAD, c'est plus « campagne », il y a moins de MG qui interviennent, par rapport à ici. De l'autre côté, il y en a 5 ou 6. Ici, il y en a une vingtaine. Je dirais que la facilité des déplacements en campagne, fait que c'est beaucoup plus facile de les joindre. Ici, c'est plus compliqué. Et le fait qu'ils

soient moins nombreux, fait que je les connais davantage. Ça aide.

Ensuite, par exemple, s'il y a un résident qui va être en fin de vie, et on prévoit de voir la famille, j'invite toujours le médecin généraliste.

Et ils viennent ?

Ça dépend. Ça c'est déjà produit.

Existe-il d'autres situations, autre que des soins palliatifs, où vous avez dû travailler en binôme avec le MG ? Est-ce qu'il existe un autre problème spécifique nécessitant un travail main dans la main ? Ou n'est-ce jamais arrivé ?

Si, souvent lorsqu'il y a des problèmes avec les familles.

C'est une demande de la part des MG ou de votre part ?

C'est une demande de ma part. Je suis convaincue que si on a au moins une attitude commune, qu'on en a discuté, et que la famille perçoit une prise en charge globale, c'est bien plus simple.

En quoi la présence du MG vous aide dans ces situations ? Représente-t-il un appui pour vous ?

Non, c'est que pour chacun donne son avis. Ce n'est pas en appui à proprement parlé. Quand il y a eu des réunions avec les familles, il y avait la famille, l'infirmière coordinatrice, voire la psychologue de l'établissement. S'il y avait des problématiques, chacun donne son avis. Et après on se met d'accord sur la prise en charge qui va être prise, et aussi sur qui fait quoi. Comme ça, ça évite de se tirer dans les pattes. Je trouve que pour la famille, c'est bien plus rassurant de voir qu'on collabore, plutôt que ce soit « *ah Dr Untel, ah la la c'est lui, ah la la mon dieu !* » de la part de l'EHPAD, ou que le MG puisse avoir un regard négatif sur l'EHPAD « *ah ben oui, vous savez, il n'y a pas assez de personnel, ou il y a ceci, ou il y a cela* ». A partir du moment où tout le monde a participé, où les rôles sont clairs ; un peu comme on peut faire avec un réseau. Quand on travaille avec un réseau de gériatrie à domicile, en général on fait une réunion de synthèse avec l'ensemble des intervenants, et on essaye de déterminer une conduite à tenir commune et d'établir le rôle de chacun, et de faire une planification des actions. Là, c'est pareil.

Existe-t-il des situations durant lesquelles c'est le MG qui vous a sollicité ?

Oui, quand ils sont un peu en difficulté, quand ils n'ont pas d'idée pour un diagnostic... ça arrive. Je ne vais pas dire que c'est hyper fréquent, mais c'est déjà arrivé.

Pouvez-vous me présenter d'éventuelles difficultés au travail que vous auriez rencontré avec certains MG ?

Ça dépend ce que vous appelez « problème » (rire) ! Ici, ce qui est parfois compliqué... vous voulez parler des relations de personne à personne ou de la structure avec le MG en général?

Les deux.

Ici, en ville, c'est la disponibilité. La visite en EHPAD, est, à mon sens, plus longue pour le MG que lorsque le patient est à son domicile. Donc c'est chronophage. Donc au niveau des MG c'est relativement facile quand c'est une visite qui est programmée. Par contre, quand il y a des pathologies aiguës, ils ne sont pas toujours dispo parce qu'ils auront autre chose à faire, donc ça, ça peut être parfois compliqué.

Seront-ils moins disponibles lors de ces situations aiguës ?

Oui c'est ça, c'est difficile de les faire venir... ça c'est mon interprétation, mais je pense que c'est parce ça prend trop de temps. Et en plus c'est la ville, donc pour peu qu'ils soient installés à l'autre côté de la ville, ils risquent de perdre une demi-heure pour venir à l'EHPAD, plus 20minutes, plus une demi-heure. Ca fait 1h20 pour la visite, je pense que ce n'est pas intéressant.

Donnent-ils alors des consignes par téléphone ?

Ça dépend, c'est très variable. Il y en a qui disent « *oui je vais passer* » et ils passent 3 jours après. D'autres disent « *je ne peux pas* » et ils ne donnent pas de piste.

C'est un problème avec votre EHPAD particulièrement ou les EHPAD en général ?

Non, les EHPAD en général.

Pour les problèmes personnels... par exemple, une fois, par rapport à la prise d'anti-inflammatoire chez une personne de plus de 90 ans, et où le MG était allé à dose maxi. Je lui avais envoyé un mail et je pense qu'il aurait préféré que je lui téléphone. La difficulté est que l'infirmière de l'EHPAD avait bien compris que l'anti-inflammatoire n'était pas forcément une bonne solution et que ça pouvait être dangereux. Donc elle avait différé l'injection qu'avait prescrite le MG. Du coup le résident a rappelé le MG en disant « *l'infirmière n'a pas fait l'injection* ». Le MG n'était pas très heureux parce qu'il n'avait pas consulté sa boîte mail et il n'avait pas vu mon mail.

Il s'agit donc d'un problème de forme, pas de fond ?

Oui c'est ça. Parce qu'en général quand j'envoie un mail, j'enrobe. J'avais dit que c'est compliqué, etc... que sincèrement, je pensais que la balance bénéfice/risque penchait plus sur le fait de ne pas mettre cette molécule, chez une personne de 95 ans avec une insuffisance rénale...mais que les choses n'étaient pas simples, etc, etc... j'avais enrobé pour ne pas ... enfin voilà !

Et ensuite ?

Après, il m'a répondu, en me disant qu'il avait lu le mail 5 jours après, parce qu'il ne regardait pas ses mails régulièrement, et qu'il aurait préféré avoir un coup de fil. J'ai répondu en m'excusant, en disant que j'avais choisi le mail, en pensant ça serait moins gênant pour lui. Je pensais qu'un coup de fil pendant une consultation l'aurait dérangé.

Avez-vous exercé en tant que MG ?

Oui, je suis MG. Je suis installée depuis 25 ans. Je me suis installée secondairement avec mon époux. J'ai un DU d'homéopathie, mais j'ai toujours fait de l'homéo et de la médecine générale, sans faire de l'homéo une religion, mais une utilisation technique je dirais. Et secondairement, j'ai fait la capacité de gériatrie à l'époque où ça existait encore.

Qu'est-ce que votre parcours de MG vous apporte aujourd'hui dans votre pratique de MCo ?

Je pense que c'est intéressant car je connais les difficultés, je sais que ce n'est pas simple dans la vraie vie. C'est pour ça que je sais que les MG ne viennent pas, pas forcément parce qu'ils veulent abandonner leur patient, mais parce que parfois c'est compliqué. Et c'est vrai que la tendance aujourd'hui est de travailler plus sur rendez-vous. Du coup, tout ce qui est imprévu, est compliqué à gérer. On peut avoir tendance à dire « à l'EHPAD, c'est chronophage ». C'est vrai. Ça c'est quand même un gros souci. Et en plus, comme il y a quand même la surveillance de l'équipe, on va se dire qu'on peut plus facilement différer. Si ça dérape, le résident sera transféré.

Exercez-vous encore actuellement en tant que MG ?

Oui, oui, tout à fait.

Comment êtes-vous joignables pour les MG ?

Ici à l'EHPAD ?

Oui.

Ils peuvent me joindre par téléphone, ils connaissent mes jours de présence. Ceux qui le souhaitent, ont mon mail. Il y en a certains qui m'ont appelé à mon cabinet médical.

Concernant vos 13missions de MCo, comment faites-vous pour émettre des recommandations de bonnes pratiques auprès des MG ?

J'essaye d'avoir des contacts directs. Moi j'aime bien le contact direct. J'essaye de faire passer des messages lors de situations pratiques.

Faites-vous pareil pour lutter contre la iatrogénie ?

Oui. Je crois vraiment au contact direct. Je sais qu'il y a beaucoup de médecins

coordonnateurs qui passent systématiquement par l'infirmière. Moi j'essaie de nouer du lien.

Comment procédez-vous concrètement : transmettez-vous des informations lors de nouvelles recommandations, en général? Ou intervenez-vous lors de situations au quotidien comme pour les prescriptions d'antibiotiques par exemple ?

J'ai essayé de faire les 2. Il y en a certain avec qui c'est plus simple. S'ils passent quand je suis là, j'essaie de venir leur dire bonjour. Certains viennent me saluer systématiquement. Des fois, j'en profite pour leur dire «*ah ben tiens, j'ai vu passer ça, vous l'avez-vu ?* » Il y a eu des recommandations de l'ARS qui sont sorties aussi. Je leur ai montré individuellement quand ils sont venus. Ça se fait de façon informelle.

Ici, on a eu du mal à ce qu'ils utilisent l'informatique. Dans l'autre EHPAD, ils l'utilisent davantage. Par exemple, j'ai mis le petit livret de l'ARS à côté de l'ordinateur, en me disant qu'ainsi, ils iront peut-être voir.

Quels ont été les problèmes rencontrés ici avec l'informatique ?

Les MG ne souhaitent pas y aller.

Pour quelles raisons ?

C'est partout pareil. Quand vous allez sur plusieurs EHPAD, les logiciels ne sont pas les mêmes. Après, la moyenne d'âge des médecins est relativement élevée. Ceux qui ont 30 ou 35ans, sont nés avec un ordinateur dans le berceau. Les personnes qui sont plus en fin de carrière, sont certainement moins à l'aise pour passer d'un logiciel à un autre.

Comment vous avez-vous réagi face à ces médecins qui refusent d'utiliser l'informatique ?

Ici, il n'y a aucun qui y va ! Dans l'autre EHPAD, il y en a 2, mais il n'y en a pas beaucoup des MG. Donc dès qu'il y en a un qui y va, ça augmente le pourcentage ! Donc il y en a plus de la moitié qui y vont là-bas. Il y a un double dossier : informatique et papier.

Cela signifie qu'ils font les prescriptions sur papier ?

Oui, ou alors pour certains médecins qui le souhaitent, pour le renouvellement, l'infirmière lui sort l'ordonnance sur l'informatique. Et ils n'ont plus qu'à signer.

Est-ce que ce sont les infirmières qui retranscrivent les prescriptions sur l'ordinateur ?

Oui tout à fait.

Avez-vous rédigé une liste de médicaments préférentiels ?

Non. Par contre, on essaie de s'appuyer sur le document publié par l'ARS. Vous

connaissez le livret ?

Oui

Pour quelles raisons n'avez-vous pas rédigé votre propre liste ?

J'aimerais le faire avec des MG, mais pour l'instant je n'ai pas de candidats ! (rire)

Avez-vous élaboré des protocoles pour les MG ?

Il y a des protocoles pour la maison. Il n'y a pas forcément de protocoles spécifiques pour les MG.

Pouvez-vous me parler des réunions de coordination annuelles ?

Elles n'ont pas eu lieu, parce que le directeur n'y est pas favorable.

Pour quelles raisons ?

Il trouve que ça ne sert pas forcément à grand-chose.

Quel est votre avis là-dessus ?

Ça peut être intéressant. Mais je ne suis pas sûre de mobiliser les foules. Je m'en rends compte dans les réunions où j'ai pu assister moi-même en tant que MG, on est parfois très peu. Il est déjà arrivé où nous étions que 3 sur une quinzaine qui interviennent.

Quelles peuvent être les raisons de ces difficultés à réunir les MG ?

Pour ceux qui travaillent sur 4 EHPAD, ben ça fait 4 réunions ! Les journées de médecine générale sont longues. Si c'est le soir, c'est un soir en plus. Si c'est le midi, ce n'est pas forcément évident. Et je ne suis pas sûre que les gens y voient un intérêt. Dans certains EHPAD, c'est le rapport d'activité qui est présenté.

Par contre le livret des médicaments préférentiels, ça j'aimerais bien lors de réunions et avec des confrères.

Vous m'évoquiez les situations d'urgence. L'infirmière vous sollicite lorsque vous êtes sur place. Pouvez-vous me raconter comment vous procédez en cas de nécessité d'hospitalisation par exemple ?

Si la situation nécessite un passage par le SAMU ou par le service des urgences, on le fait. Si je pense que c'est une urgence relative, et qu'on pourrait organiser une hospitalisation directe, je vais contacter le MG, en lui disant « *voilà, il se passe ça, qu'est-ce que vous souhaitez ? Souhaitez-vous passer voir la résidente ? J'avais pensé faire ça, est-ce que vous adhérez ? Est-ce que vous voulez faire autre chose ?* »

Dans tous les cas, vous demandez l'accord du MG ?

Oui.

Pouvez-vous me parler de la coopération des MG pour la tenue des dossiers ? Pour

les transmissions ?

C'est compliqué ! (rire) ça dépend des médecins. Il y a des médecins qui vont systématiquement mettre un mot, et d'autre ne mettront rien.

Transmettent-ils des consignes aux infirmières ?

Oui, parce qu'en général, l'infirmière essaye de les suivre. C'est un petit EHPAD ici, donc généralement l'infirmière connaît les dates de passage et les habitudes de chacun. La plupart essaient de passer leur tête et dire qu'ils sont là. L'infirmière sort alors les éléments qu'ils peuvent avoir besoin. Pour certains, elle les accompagne dans les studios, et pour d'autres, elle refait le point avec eux après.

Les visites des MG sont-elles toujours programmées ? Ou est-ce imprévu ?

On essaye. On aime bien que les MG ne passent pas à 20h, ou au moment des repas. Ce sont toujours les mêmes qui font ça ! Malheureusement ça arrive. Pour un qui passe quasiment toujours le midi, et un qui passe toujours le soir. Mais là, ils sont indécrottables.

Sinon, l'infirmière a son planning, avec les dates de passage, et souvent c'est elle qui prévient chaque médecin, en début de semaine ou en fin de semaine précédente, en disant « *vous avez la visite mensuelle de Mr ou Mme* »

Pour l'accueil des nouveaux MG au sein de l'EHPAD, existe-t-il un guide d'accueil ? Comment leur expliquez-vous le fonctionnement de l'établissement, les dossiers, le chariot d'urgence, les protocoles, le réseau?

En fait, ce sont de tout petits EHPAD ici, on a 25 résidents avec les accueils temporaires. Ce qui fait qu'en général, l'infirmière prend le temps d'expliquer. La petite taille rend les choses faciles. Quand ce sont des EHPAD avec 100 résidents, ce n'est pas possible.

Avez-vous signé un contrat avec les MG ?

Ça était fait dans l'autre EHPAD. Ici, ça n'a pas été fait. Parce que.... Ben parce que le directeur s'en fiche ! (rire) ça était fait dans l'autre EHPAD, avant le renouvellement de la convention tripartite. Il en attache pas énormément d'importance.

En pratique, voyez-vous une différence lorsqu'un contrat a été signé ?

Non, ça ne change rien.

Vous m'évoquez des différences de fonctionnement, en fonction de la taille de l'établissement. Voyez-vous une différence en fonction du statut de la structure (privé ou public), de la dépendance des résidents, en fonction de l'âge du MG ? En fonction de la direction ? Avez-vous identifié des situations qui facilitent les relations ? Ou est-

ce variable ?

C'est une interaction, donc dire que ça ne dépend que du MG, je pense que c'est réducteur.

C'est toujours pareil. Je suis convaincu que moins les gens perdent de temps, plus on leur facilite les choses pour qu'ils ne perdent pas de temps, plus ça sera facile. Plus les MG se sentiront respectés, plus ça sera facile. S'ils ont l'impression que finalement on se fiche d'eux, ben c'est tout !

Au cours de vos formations, avez-vous eu des cours de management ? De relationnel ?

Non, malheureusement.

Pensez-vous que cela serait utile ?

Oui, j'en avais parlé à Mr Puisieux. A priori, ça s'est fait un temps, mais c'était très cher. Donc ça été abandonné. J'ai d'abord fait le DU de MCo et j'ai fait la capacité après. Il m'avait dit que c'était très intéressant et qu'il avait conscience que c'est quelque chose qui devrait être absolument fait. Ils avaient eu des formateurs qui faisaient ça sous forme de jeux de rôle. C'était super. Mais ça demandait trop de frais. Du coup, ça été abandonné. C'est vrai qu'on est censé être l'animateur d'équipe, de grand négociateur, mais finalement, c'est fait en fonction du caractère de chacun. Car nous ne sommes absolument pas formés à ça.

Quels seraient vos autres besoins pour améliorer vos relations avec les MG ?

Je n'ai pas l'impression d'avoir de mauvaises relations avec le MG. J'aimerais juste pouvoir collaborer d'avantage. Je trouve que c'est intéressant. C'est quand même l'intérêt du travail en EHPAD, c'est de travailler en équipe. La seule chose, c'est que le MCo n'est pas toujours très bien perçu par le MG. Il n'en voit pas forcément l'utilité pour sa pratique.

Manquent-ils des informations sur le rôle du MCo ?

La fonction est bien définie. Mais en médecine générale, on est quand même très individualiste. C'est pour ça que je suis convaincu qu'il faut faire du relationnel par petite touche. Ce n'est pas quelque chose qui peut se faire en une journée.

Qu'entendez-vous en disant que le MCo n'est pas toujours bien perçu ?

Le MG ne va pas forcément y voir son intérêt. Après le fait d'être MCo, ça ne vous donne pas ni de pouvoir, ni de supériorité. Il n'y a pas de rôle hiérarchique. Et heureusement ! Sinon ça serait la fin de la médecine générale ! On n'est pas non plus reconnu comme étant des spécialistes, qu'on n'est pas d'ailleurs ! Le rôle de conseil

n'est pas reconnu non plus. C'est quelque part un peu logique.

Logique ? Pour quelles raisons ?

Pour vous, est-ce que le rôle du MCo est de conseiller le MG ? Pour le dépanner en cas de besoin ?

Oui c'est ça, tout à fait. Mais le MG ne va pas forcément reconnaître cette capacité-là. Je dirais qu'il faut se tailler le costume ! Je pense que ça se fera avec le temps.

Pensez-vous que le MG va davantage solliciter les réseaux gériatriques pour ces missions-là ? Ou le système hospitalier ?

Je pense. Je pense qu'ils sont plus reconnus.

Comment vous positionnez-vous par rapport à ça ?

J'essaye de me faire ma place. C'est de longue haleine. C'est un combat sur plusieurs années. Moi, ça m'amuse. J'ai été confronté un petit peu avec ça, dans la mesure où, comme je vous l'ai dit, j'ai un DU d'homéopathie. Quand je me suis installée il y a 25ans, c'était tout à fait original d'avoir un DU d'homéo'. Je me suis installée juste à la limite où on pouvait encore s'installer en tant qu'homéo' en secteur 2. A l'époque, quasiment tous les médecins qui faisaient de l'homéo étaient en secteur 1 à l'époque. Moi, je m'étais installé par choix en secteur conventionné en disant que de toute façon j'ai envie de faire les 2. Je n'ai pas envie de m'installer que comme homéo. Et quand j'ai fait cette formation d'homéo, j'étais la seule de ma promo, à dire « *je veux faire de la médecine générale et de l'homéo* ». Donc quand je me suis installée, au départ, les confrères m'ont regardé d'un drôle d'œil en disant « *qu'est-ce que c'est que celle-là, qui a une double casquette, qui fait de la médecine générale, qui fait de l'homéo.* » mais au fil du temps, les choses se sont lissées. Moi j'essayais d'être crédible comme MG, d'être crédible comme homéo, d'être réglo avec les confrères. C'est-à-dire que quand j'avais des personnes venaient me voir en me disant « *ben nous on a notre MG, mais on avait envie de voir un homéo, et en plus un homéo conventionné c'était bien* ». Donc j'ai dit « *ok, il n'y a pas de soucis* ». Si la personne faisait 16 de tension, je faisais un petit mot pour dire « *j'ai vu votre patient en homéo, elle faisait 16* », et puis je n'en m'occupais pas. Et puis finalement, avec le temps, les gens du secteur, si des patients leur demandent l'homéo, ils disent de venir me voir. Je me dis que ça sera pareil. Je pense que c'est comme ça que ça se passera, que c'est comme ça qu'on devient crédible. Avec le temps.

Avez-vous un dernier point que vous aimeriez aborder ?

Oui, je pense que si j'avais un nouveau poste, je prendrai le temps de me présenter

systematiquement. Je pense que je prendrai la peine de téléphoner à chaque médecin traitant.

C'est quelque chose que je n'ai pas fait auparavant. Et je pense que c'est une erreur. Je pense que le fait d'être connu et de dire « *ben voilà, je pensais que je pourrai éventuellement, si vous le souhaitez, je peux vous aider si vous avez des hospitalisations programmées, si vous n'avez pas le temps de le faire, moi je vais avoir du temps. Je veux bien m'en charger ou les choses de cet ordre-là.* » Pour montrer que je peux avoir un intérêt dans leur pratique.

Vous présentez le MG comme quelqu'un de très occupé. Avez-vous eu des refus de certains MG de votre aide en disant « moi j'ai le temps de passer, je vais m'en occuper » ?

Rarement. C'est déjà arrivé. Ou alors quelqu'un très docte qui me dit « *dans ce cas-là, vous prescrivez ceci, ceci, ceci, cela* ». Alors j'ai dit « *non, non, non. Stop. On discute, on se met d'accord* ».

Donc voilà, ça j'ai eu. Je pense que c'est une question de personnalité.

Mais sinon, oui, c'est déjà arrivé que des MG me disent « je vais passer ».

[...]

Mais moi je crois vraiment à la politique des petits pas. Des fois c'est rigolo, je vois dans l'autre EHPAD, ceux avec qui je peux discuter, j'avais demandé un peu, quelle place ils me laissent. Parce qu'en fait, dans la prescription, nous, on arrive derrière. J'avais un confrère qui m'a dit « *de toute façon, toi, tout ce qui est administratif, pour tes trucs, comme l'albumine, tu peux la faire !* » (Rire) mais là-bas, il y a peu de monde, donc c'est beaucoup plus facile. Et comme c'est dans un village, il ne court pas pour se garer etc... donc forcément, ils sont plus dispo pour venir s'asseoir à mon bureau et discuter un petit peu. Et là j'en profite pour leur lâcher quelque petit truc « *l'albumine, ce n'est pas moins de 3 semaines, sinon ça ne sert à rien ; si la CRP est élevée, de toute façon ça le modifie* ». Et après, je me suis rendue compte qu'il s'était mis à en prescrire ! Donc, comme quoi ! Je pense que ça se passe plutôt comme ça. Mais en même temps, je pense que c'est normal. On n'est pas non plus professeur de médecine.

Pensez-vous que l'ARS devrait axer leur recommandation au MG plutôt qu'aux MCo ? Comme par exemple les recommandations récentes par rapport aux prescriptions d'antibiotiques en EHPAD ?

Les recommandations sont aussi transmises au MG. Si ce n'est pour tout ce qui passe

par la caisse. Et puis déjà, rien que dans les revues médicales, par exemple « déprescrire en antibio », c'est écrit partout. C'est comme les gens qui disent qu'ils ne savent pas que le tabac est dangereux. C'est pareil. Si vous ne le savez pas, c'est que vous ne voulez pas le voir. Et en ville, on a aussi nos statistiques par rapport aux antibio, il y a les messages de la caisse et les primes de fin d'année.

Après, qu'ils ne soient pas toujours au clair avec telle classe thérapeutique, quelle famille d'antibiotique, quelle durée. Ça c'est possible.

[Je vous remercie](#)

Enregistrement 8 – 29/11/2016

Nous allons commencer par parler du binôme entre MG et MCo. À quelle occasion rencontrez-vous les MG ?

Une rencontre physique ?

Oui

Quand ils passent voir leur résident ou parfois aux commissions de coordination gériatrique mais il n'y en a pas beaucoup qui viennent donc c'est plutôt quand ils viennent voir leur résident.

Ces rencontres se passent-elles dans votre bureau ? Est-ce que les médecins viennent vous voir ou allez-vous vers eux ?

C'est variable. En fait ici on a une spécificité : nous sommes 2MCo à temps partiel. Les médecins qui viennent le matin, voient ma collègue. Mais c'est très variable, car il y en a qui ont pas mal de résidents à s'occuper car on leur a donné du travail. Ils viennent systématiquement. Ils font leur compte rendu de visite soit à nous si on est dans notre bureau, soit à l'infirmière. Mais ce n'est pas pour tout le monde. Ce sont ceux avec lesquels on travaille bien. Ce n'est pas systématique qu'on les rencontre, parce que ceux avec lesquels on travaille bien mettent une transmission informatique de toute façon. Donc parfois, il n'y a pas nécessité à nous rencontrer.

Parfois c'est moi, sachant un problème important, un médecin qui n'a qu'un résident par exemple, ça m'arrive d'attendre, car je sais qu'il passe, pour absolument le voir pour pouvoir discuter avec lui.

Vous faites cela lors de quel type de situation ?

Lorsqu'il y a un problème particulier, lorsqu'on doit faire hospitaliser ou n'importe, pas dans l'urgence, mais tout en disant « je guette » et je demande à l'accueil de me dire quand il arrive.

Oui donc c'est ça la rencontre physique. Ce sont ceux qui ont beaucoup de résidents, et pour lesquels on fonctionne bien, on les voit par hasard car ils viennent régulièrement car ils ont pas mal de résidents. Donc il y a vraiment ceux qu'on connaît bien, avec lesquels on a des contacts, qui écrivent dans l'ordinateur. Et d'autres qui viennent, qui n'écrivent pas forcément dans l'ordinateur, qui ne laissent pas de trace de leur passage sauf une ordonnance avec un renouvellement de traitement ou un bilan biologique, c'est tout. C'est ça leur trace.

À quelle proportion estimez-vous le nombre de médecins fonctionnant de la sorte ?

(Réfléchis...) je dirais un tiers ou 2 cinquièmes... non je ne saurais pas dire !

Ceux qui ont un ou 2 résidents ne s'investissent pas beaucoup dans la maison en général. On ne les choisit pas non plus. Parce qu'on propose des listes. Il y en a quand même beaucoup qui viennent d'autres endroits géographiques et les médecins ne vont pas les suivre car c'est trop loin. Donc c'est nous qui proposons un MG. Forcément, on les oriente vers les médecins avec lesquels on travaille bien.

Comment faites-vous pour les contacter quand il y a souci particulier ?

On a leur portable. On les appelle. Ceux qu'on connaît bien, c'est ça. Les autres, c'est compliqué parfois parce qu'il n'y a pas de répondeur, il y a personne, ou ils ne sont pas là et il n'y a pas de remplaçant. Donc des fois c'est compliqué, donc on fait à leur place.

Dans quel type de situation intervenez-vous à leur place ?

Quand un résident ne va pas bien, quelque fois on aimerait bien se concerter, avoir leur avis, voir s'ils peuvent passer ou pas. Ou on voudrait les contacter pour un traitement qu'on voudrait réviser par exemple.

Comment faites-vous pour remarquer ce genre de problème : vous êtes sollicité par les infirmières ? Vous révisez systématiquement les dossiers ?

On essaye de faire une révision de dossier tous les ans systématiquement. Mais les infirmières nous disent « *tu ne crois pas qu'elle n'aurait plus besoin de ça ?* ». Effectivement, et je trouve que c'est judicieux parce que parfois on peut passer à côté. Alors, nous on a un peu cette spécificité.... après il faut en référer normalement au médecin... mais il y en a avec qui ont fait un petit peu ce qu'on veut, comme ils sont tellement peu investi...

Donc cela veut-il dire que vous faites les changements directement ?

Oui, parfois pour ceux qu'on peut joindre, on le fait.

D'ailleurs on est confronté au problème que, quelques fois, il y a des médecins qui viennent, qui ne vont pas sur l'ordinateur, ils ont toujours leur vieille fiche de traitement, sur leur ordinateur ou je ne sais pas quoi, ce qui fait qu'en faisant le renouvellement de traitement, il y a tout le temps des erreurs. Alors on doit les rappeler : « *est-ce que c'est une erreur ou est-ce que vraiment vous avez changé le traitement ?* » « *Ah ben non, j'ai dû me tromper* » C'est casse-pieds !

Ceux qui ne vont pas sur l'ordinateur, c'est vraiment casse-pieds !

Quelles en sont les raisons d'après vous ?

Le frein, c'est qu'il faut quand même mettre un code. Et le code est un peu compliqué.... Bon oui, il y a une lourdeur un peu ... (rire) mais du coup, s'ils en ont qu'un ou deux... il y avait un peu des réfractaires à passer du temps en EHPAD.

Ça fait longtemps que vous êtes informatisés ?

Oui, ce n'est pas quelque chose de récent. Tous les EHPAD ont pratiquement un logiciel, et il y en a pour qui c'est le même pour d'autres EHPAD, donc ça va.

Non il y en a qui ne veulent pas, ils disent que ça prend trop de temps. C'est des médecins un peu pressés.

Avez-vous l'impression que cela concerne d'avantage les MG âgés ?

Non, il y a des têtes de mules, et des jeunes aussi ! Ils nous perçoivent un peu comme.... On n'a pas forcément de très bons rapports, ils ne sont pas forcément très agréables avec nous.

Quelle image, pensez-vous qu'ils ont de votre fonction ?

Ils ont parfois l'impression qu'on fait des choses et qu'on ne leur dit pas. On est un peu perçu comme des concurrents. Avec certains c'est un peu casse-pieds.

Lorsque vous intervenez car vous n'arrivez pas à joindre le MG, avez-vous eu des réactions de ces derniers à posteriori ? Ou sont-ils satisfaits de votre intervention ?

Oui, ils sont contents quand on peut les dépanner.

Alors, ce qu'il faut, c'est vraiment toujours penser à les joindre, même quand on n'arrive pas à les joindre tout de suite. Alors c'est assez chronophage. Les informer c'est parfois compliqué. Il y a certains qui sont durs à contacter car on n'a pas leur portable. On a le secrétariat, qui peut être fermé. Donc c'est un peu compliqué parfois. Et, ils ne sont pas toujours contents, c'est quand on fait le retour d'hospitalisation. Il y a des préconisations ou des changements thérapeutiques. Nous, on les mets tel quel, parce qu'ils rentrent et le médecin n'est pas immédiatement là. Parfois, ils ne sont pas d'accord avec les préconisations. Et là, ils rechantent. Mais bon, ça c'est leur droit. C'est normal. Ils ont le droit de ne pas être d'accord avec ce qui est proposé.

Pouvez-vous me raconter des situations où vous avez dû travailler en binôme avec un MG ?

Il y en a beaucoup des situations où on travaille en binôme.

Par exemple, pour l'équipe mobile de soins palliatifs, lors de fins de vie. Là c'est vraiment important, on travaille bien parce que le médecin est d'accord avec les préconisations de l'équipe mobile et les nôtres. Là, on est obligé de travailler en bonne entente.

Ou lors de problème avec des familles. Là, c'est vraiment important qu'on fasse bloc en quelque sorte. Qu'on ait les mêmes visions des choses.

Revenons à l'équipe mobile de soins palliatifs. Qui les sollicite : est-ce vous ou le MG ?

Non, c'est moi. C'est spécifiquement moi car ma collègue, même si elle a également fait le DU, elle en voit moins la nécessité. De fait, c'est souvent moi qui les appelle. Et donc, sur la fiche c'est tout le temps écrit « MG prévenu ou pas. » donc comme on les connaît bien, on dit : « *avec tel médecin, il n'y aura pas de soucis, ça va bien se passer. Tel autre médecin, bon...* » Il y en a qui s'en foutent, où on fait ce qu'on veut ; ou d'autres qui sont un peu réticents. Il y a un petit peu de tout. Mais ils les connaissent l'équipe mobile, ils savent que tel médecin ça va aller, que d'autres disent « *faites comme vous voulez* », et qui ne se mouillent pas.

Et les préconisations des soins palliatifs, ce sont moi ou ma collègue qui les mettons en place, qui faisons les prescriptions. Car il y a beaucoup de prescriptions anticipées : en cas de dyspnée, en cas d'inconfort, etc... donc ils font des préconisations. Et ça, c'est souvent nous qui faisons la prescription.

Dans ces situations de soins palliatifs terminaux, le MG n'intervient plus ?

Ah si, c'est même important, surtout quand il y a une bonne relation. C'est vraiment important que le médecin continue à venir. Certains médecins savent et se programment eux-mêmes pour revenir régulièrement. Certains médecins, je ne sais pas comment ils fonctionnent, mais si on ne les appelle pas, ils ne viennent pas. Mais on leur dit : « c'est à vous de programmer ». On le dit une fois, on le dit deux fois... et il y a même une résidente qui n'a jamais eu de MG. On a toujours fait office. Parce qu'elle avait des troubles cognitifs importants et c'était compliqué. Donc on a toujours géré. On a fait faire des économies !

Il y a certains médecins, je pense, avec qui ça peut être difficile. Je pense à un médecin, qui n'a qu'une seule résidente, mais elle y est attachée à son médecin ! Mais franchement c'est... quand je l'appelle, il est folklo, je ne le connais pas, et il dit : « *oh mais ma chérie, tu fais ce que tu veux tu sais, j'ai confiance, fais ce que tu penses qui est bien, ça ira toujours* ». Il vient voir sa résidente, mais ce n'est qu'une visite de courtoisie. Il vient, mais il ne fait absolument rien. Aucune évaluation, rien. Et il repart. Alors on fait croire à cette résidente, parce qu'elle est très attachée à lui parce qu'il lui fait la bise, une fois il ne lui a pas fait la bise et ça n'a pas été, qu'on se concerte et tout ça. Ça la rassure. Pourtant, il y a rien de tout ça. Quelque fois il faut faire un peu de comédie... lui c'est vraiment... mais il est connu comme ça !

C'était son MG avant de rentrer dans l'EHPAD ?

Ah oui !

Comment voyez-vous votre rôle de MCo, par rapport au MG? Votre rôle premier ?

Alors, mon rôle premier normalement c'est la coordination : faire le lien avec les médecins, et on a une grande part aussi avec les équipes soignantes. Surtout moi dans mon rôle. J'ai un rôle un petit moins médical que ma collègue. Elle, elle gère plus les admissions. On s'est réparti les rôles. Elle était là avant et elle a dit « *moi je fais les admissions* ». Elle est plus médical pur et moi j'aime tout ce qui est relationnel. Donc je fais les réunions avec les soignants. On a évolué dans les types de réunions. Il y avait des réunions « trouble du comportement », « nutrition », etc.... Maintenant on fait depuis peu, deux réunions par étage, le lundi c'est 2^{ème} et 3^{ème}, et le mardi c'est rendez-de-chaussée et 1^{er}. Et on voit les problèmes à chaque étage.

Et il y a une grosse partie de mon temps consacré aux familles. On voit énormément les enfants, les amis, ou des neveux... ça c'est une grosse part parce qu'ils sont inquiets. C'est même très chronophage. En plus des réunions d'intégration qui sont organisées, où on rassemble la directrice, la psychologue, 2 à 3 mois après leur arrivée. Mais ça les familles, c'est très chronophage.

On passe des coups de téléphone quand des résidents sont hospitalisés pour prendre des nouvelles.

On prend les rendez-vous aussi. On est un peu secrétaire des médecins. C'est-à-dire qu'ils viennent et ils disent « *il faudrait qu'elle fasse une écho abdo* » ça toujours été que c'était nous qui prenions rendez-vous. Quel que soient les rendez-vous. On n'organise quand même pas l'ambulance mais on prend les rendez-vous.

Et en comment cela se passe en cas d'urgence ?

En cas d'urgence, effectivement, on a ce rôle de première ligne. « Mme a une toux grasse, est-ce que tu peux passer la voir ? »

C'est l'infirmière qui demande ça ?

Oui, ou c'est la personne elle-même.

Une toux : est-ce une urgence ?

Non, ce n'est pas urgent. Mais elle tousse depuis un moment, elle n'est pas bien. Donc plutôt que d'attendre, ben nous on y va ! Et s'il faut donner un traitement, on donne un traitement.

Est-ce parce que le MG n'est pas disponible ? Ou est-ce pour des raisons pratiques ?

Je ne sais pas, on ne se pose pas toujours la question.

Il y a certains médecins qui passent systématiquement par exemple lundi/jeudi ; une autre passe mardi/jeudi, un autre passe lundi/mercredi/vendredi. En dehors, c'est plus compliqué de les faire venir.

Je suis surprise de voir qu'ils viennent aussi souvent !

Ah oui oui, un exemple : il y a un médecin qui suit environ 20 patients. Il en a énormément lui ! Donc forcément il vient régulièrement. Il y a même sa maman qui est là maintenant.

Comment se passent vos relations avec ces MG qui interviennent souvent dans l'EHPAD ? Leur présence régulière facilite-t-elle votre entente ?

Oui. Alors quelque fois c'est arrivé que même avec celui qui en a beaucoup, je téléphone et qu'il me dise « ça peut attendre, je la reverrai demain ». Il n'aime pas que je fasse quelque chose donc il dit « je la verrai demain ».

De son côté, est-ce qu'il vous sollicite ?

Pour les prises de rendez-vous. Ça c'est tout le temps. Même lui, même ceux qui interviennent bien j'allais dire, ceux qui interviennent souvent et avec qui on collabore, de façon implicite, ils ont pris l'habitude que ça soit nous qui prenons les rendez-vous. C'était l'habitude de ma collègue, qui fait parfois secrétaire et note pour certain médecin aussi.

En dehors des situations d'urgence, êtes-vous amenée à examiner des résidents ?

Non. Parfois, comme je ne m'occupe pas des admissions, je vais faire une rencontre pour faire connaissance avec la personne, parce que sinon je ne les connais pas.

Comment les MG peuvent-ils vous contacter ?

Par téléphone. Moi je donne même facilement mon portable pour être joignable. Ou parfois je leur envoie un SMS, c'est très pratique. Moi je l'utilise beaucoup. Ma collègue à horreur de ça, elle ne veut pas du tout donner son numéro, on n'est pas pareil. Mais moi je trouve ça sympa parce que quelque fois je leur dit « est-ce que tu peux passer voir Mr.. ? » ou je leur dit « elle est hospitalisée », tout ça, donc c'est pratique pour moi.

Comment se passe cette double coordination ? Comment se repère le MG entre vous et votre collègue ?

Ils savent : le matin c'est Christine, l'après-midi c'est moi ; sauf le jeudi. On est un peu moins d'un mi-temps, 16h.

Que pensez-vous de vos relations avec les MG en général ?

Dans l'ensemble, ça va.

C'est toujours agaçant ceux avec lesquels on ne travaille pas bien. Ils disent bonjour, ils sont charmants, il y en a même qui font la bise et tout ça. Mais pour moi, ils ne travaillent pas bien, parce qu'il n'y a pas de trace. Il n'y a qu'une ordonnance avec un traitement... alors quelque fois je leur dis « *tu mets sur une ordonnance ce que tu trouves, ou tu me le dis, si tu n'as pas le temps de passer sur l'ordinateur* ». Mais ils ne font pas forcément.

Quelles en sont les raisons d'après vous ?

Ils sont tout le temps pressés. Quelque fois ils laissent même l'ordonnance dans la chambre de la résidente. Parfois ce sont des résidents qui ne vont pas la donner systématiquement. Donc si on ne le voit pas... il y en a vraiment certains qui sont un peu légers.

Avez-vous trouvé des solutions pour améliorer ce point ? Le dialogue a-t-il permis d'améliorer les choses ? Ou vous adaptez-vous selon l'organisation de chaque médecin ?

J'essaye de trouver des compromis. Pour moi, c'est important d'avoir de bonnes relations parce que je trouve ça tellement plus agréable. J'essaye le plus possible, quand il y en a qui viennent, de leur parler. Mais ça ne marche pas forcément toujours. Mais j'essaye.

Il y en a un vraiment, j'étais ravie parce que c'est une situation compliquée, je l'ai guetté, on a parlé. Et lui, alors qu'il ne va pas sur l'ordinateur tout ça, mais il a géré tout : trouver une place d'hospitalisation, la programmer, pour sa résidente ; il a téléphoné à sa fille, qu'il connaissait car elle est médecin aussi. C'est formidable quelqu'un comme ça. Là, je trouve qu'il fait vraiment son rôle. Et pourtant, il ne rentre pas dans l'ordinateur. Mais il a pris les choses en main. Et j'ai trouvé ça bien. On a parlé. Pour moi c'est ça l'idéal. C'est quelqu'un qui se mouille, qui ne refile pas le bébé comme ça ! Parce que parfois... (Rire !)

D'autres MG vous laissent prendre la main lors de situations compliquées ?

Oui, ils arrivent quelques fois après la bataille. On fait, puis le patient sort de l'hôpital, nous on fait tout, on note le compte rendu et on met en route le traitement. Eux ils viennent 2 jours après, ils n'ont plus grand-chose à faire. On leur mâche le travail quand même.

D'après vous, ce n'est pas votre rôle ?

C'est intéressant car on s'imprègne bien de la situation. Mais je trouve que parfois, ils viennent après la bataille. (rire !) J'ai cette impression quand même qu'ils ne jouent pas vraiment leur rôle. Il y en a, certains, ce sont des tiroirs caisses.

[Avez-vous l'impression que votre rôle est perçu comme devoir dépanner en cas d'indisponibilité du MG?](#)

Ah oui.

Il y en a quand même, qui savent qu'ils sont loin et qui apprécient ça. Mais parfois, ça ne suffit pas, parce que je trouve qu'il y a une relation tellement importante. Souvent s'ils sont loin et qu'ils gardent le patient, c'est qu'ils avaient une bonne relation. Donc de temps en temps, il faut quand même qu'ils se déplacent. Mais il y en a qui jouent bien le jeu. Il m'appelle quand il y a vraiment quelque chose et il s'arrange pour venir, pourtant ils habitent loin. Alors cela, on ne va pas leur demander de rentrer dans l'ordinateur... mais au moins de parler avec l'infirmière, qu'il y ait un contact. Même pour l'équipe, ça peut être vraiment désagréable. Il y en a un qui est odieux. Avec nous, il dit à peine bonjour. Il est odieux avec tout le monde. Bon. Il est connu comme ça.

[Avez-vous eu des formations à la gestion des conflits ou de management ?](#)

Oui moi j'en ai déjà eu, au sein de l'établissement aussi. On a pas mal de formation.

[Cela vous paraît nécessaire dans la relation dans votre fonction de MCo ?](#)

Oui, quand même. Avec les médecins, et avec les familles. Parce qu'avec les familles, ce n'est pas toujours évident. On se fait parfois attaqué. C'est le point difficile parfois ! (rire)

[Pensez-vous que vos relations changent en fonction de la taille de l'EHPAD ? Le statut privé ou public ? Le degré de dépendance des résidents ?](#)

Oui, il y a un gros changement, que je perçois aussi avec mes collègues dans d'autres maisons de retraite, chez nous, comme c'est grand, on a un temps plein de médecin. Donc il y a tout le temps quelqu'un. C'était tout à fait différent quand j'étais dans un autre EHPAD où j'étais toute seule, à 0,40 ETP. Il y a des jours où je ne suis pas là. Ici, jamais une infirmière bouge un traitement sur la fiche thérapeutique. C'est toujours le médecin car il y en a toujours un. Quand il y en a un en vacances, l'autre est là. C'est vraiment spécifique à notre structure. Quand c'est une grosse structure, il y a aussi un temps plein psychologue. On se sent beaucoup plus soutenu. Ce n'est pas pareil. Je pouvais choisir entre un mi-temps de l'autre côté ou là. La situation géographique m'a fait choisir là, c'était un peu plus près. Mais c'est aussi pour le fait

d'être moins responsable de tout. De l'autre côté c'était aussi moins facile avec la direction, moins soutenu, devant faire plein de chose. Je trouvais que c'était moins évident. Là, il y a plein de monde. Il y a l'ergothérapeute, il y a plein de professionnels qui peuvent aider. La psychologue c'est vraiment important.

Vous vous sentez plus isolée dans des structures plus petites, c'est bien cela ?

Oui, car quand on n'est pas tout le temps-là, même pour les transmissions, c'est plus compliqué. Comment se mettre au courant ? À un moment, j'étais sur 2mi-temps, là-bas et ici. Il faut se mettre au courant des 2 structures. On cumule les problèmes. Des 2cotés il y avait toujours des familles compliquées. Ce n'est pas forcément évident de gérer les 2. Moi, je suis privilégiée, je suis à mi-temps et près de chez moi. J'ai un statut vraiment particulier. Ce que je connais en général, ils ont 2 structures, ou à 80%.

Avez-vous exercé en tant que MG libéral ?

Je n'ai fait que des remplacements.

Avez-vous l'impression que cette expérience vous apporte quelque chose dans votre pratique actuelle de MCo ?

En fait, c'est un peu particulier parce je me suis arrêtée de travailler pendant 15ans. Du coup, à l'époque, je n'allais pas dans les maisons de retraite, ça n'existait pas les MCo.

Concernant vos 13missions, comment fonctionnez-vous pour émettre des recommandations de bonne pratique gériatrique ?

On leur a donné le petit dépliant, par exemple, pour les antibiotiques. Après, ils en font ce qu'ils veulent. Mais à part ça, on ne fait pas tellement de recommandation. On peut dire quelque fois, ponctuellement, « *tu sais là, on pourrait peut-être arrêter ceci* ». Mais il n'y a pas de recommandation générale. On ne fait pas de memento de ce qu'on recommande.

Lors de révisions de dossiers, si vous apercevez une mauvaise pratique dans le traitement, une prescription de benzodiazépines par exemple, faites-vous une remarque ? Comment fonctionnez-vous ?

Ah si je le dis. Surtout pour les benzo, ils ont tendance à frapper trop fort s'ils n'ont pas l'habitude pour les personnes âgées. Parfois c'est nous qui les mettons en place aussi parce qu'on ne s'en sort pas aussi. Pour ça, je dirais que c'est plus vite réévalué.

Pour les traitements spécifiques contre Alzheimer, ce n'est pas si évident que ça. Il y en a qui sont contre, surtout maintenant vu l'efficacité. Les infirmières nous interpellent souvent pour ça : « *tu ne crois pas qu'on pourrait arrêter, elle est tellement évoluée de*

toute façon ». Je trouve que parfois ils sont sages. Je trouve que leur avis est important. « *Tu ne vois pas tous les médicaments qu'elle a, on pourra pas réduire un peu* ». Forcément, les infirmiers sont en première ligne, ils voient tout ce que les gens peuvent prendre, et c'est vrai que parfois... bon.

Dans ces situations, c'est vous qui arrêtez les traitements ?

Oui, mais normalement on doit en parler quand même. Ça dépend les rapports qu'on a avec les médecins.

Comment en parlez-vous ? Vous lui expliquez ? Vous écrivez un mot quelque part ? Vous attendez son accord ?

Euh... normalement on le fait et on lui laisse un mot, euh avant de le faire demande si on peut le faire.

Ça c'est normalement, mais en réalité ?

Parfois ça dépend quoi, hein ? Il y a des fois, il ne le voit même pas qu'on a arrêté certaine chose ! (rire) mais ce n'est pas non plus des traitements fondamentaux je vais dire... ce ne va pas être de la cardio ou quelque chose comme ça.

Comment voyez-vous votre rôle par rapport à l'équipe mobile de gériatrie ou de soins palliatifs ?

Ou la psycho-gériatre aussi

Oui

Eux, c'est vraiment intéressant, car c'est un regard extérieur sur nos pratiques et sur ce qu'on peut faire. Et vraiment c'est intéressant car on travaille bien avec eux. On ne se sent pas jugé. Ils ont une denrée rare qui est le temps. Ils passent du temps avec la personne. Il y a le médecin, la psychologue, etc... il y a différents intervenant selon les sujets. C'est vraiment une grande aide. Même pour les équipes soignantes, elles sont contentes aussi car ils passent du temps avec elles, à se concerter. C'est toujours très bien vécu par les équipes. Elles aiment bien. La psycho-gériatre est attendue comme le messie pour nous aider. Elle c'est plus ponctuel, mais c'est un vraiment intéressant aussi. C'est un peu long parfois pour qu'ils viennent mais c'est vraiment intéressant.

C'est vous qui les appelez ?

Oui.

Ce n'est pas une demande des MG ?

Non, car ils ne connaissent pas bien. On leur en parle. Eux ils sont ravis, car pour les problèmes psy...

Alors c'est un peu compliqué car on travaille aussi avec le CMP. Une psychiatre vient une fois par mois. Elle vient toujours le matin alors moi je ne la vois jamais. Des infirmières psy viennent aussi. Je pense qu'il n'y aurait pas autant d'expertise sans ces personnes.

[Donc vous faites le lien avec le réseau ?](#)

Ah oui, pour moi c'est important. C'est même toujours moi qui fait ça, c'est mon rôle.

[Se mettent-ils en lien avec les MG ?](#)

L'équipe mobile, oui, forcément. Ils téléphonent toujours au MG et à la famille. C'est leur mission. Toujours. C'est important pour eux d'avoir l'aval. Quelques fois ils s'en passent. Ils savent qu'on le fera.

Pour la psychogériatrie, non, car c'est une expertise. Donc elle met son compte rendu, qui est accessible. Et en général, il n'y a pas vraiment de préconisations ou de traitements. C'est bien vu car c'est tellement compliqué les maladies psy qu'ils sont contents d'avoir un peu d'aide.

[Avez-vous rédigé une liste de médicaments préférentiels ?](#)

Non, j'ai participé à un groupe de travail avec l'ARS pour faire un petit guide des médicaments. En pratique, on ne l'utilise pas tellement. C'est rare qu'on utilise des nouveaux médicaments. Ils savent quand même qu'il faut utiliser des anciens avec les personnes âgées. On est dans un panel de médicament qui n'est finalement pas si étendu que ça. On sait car on a fait toutes les 2 notre capacité de gériatrie. Les médecins, des fois on leur dit, il y en a qui acceptent, il y en a qui n'acceptent pas.

C'est vrai qu'une fois c'était compliqué. L'équipe mobile était passée. On pensait qu'une personne était en fin de vie. Donc ils avaient dit « *on va arrêter tous les traitements* ». J'avais dit oui. Et après j'ai pu oublier. Je ne sais pas pourquoi. Parce que la famille m'a dit « *vous m'aviez dit qu'il n'y aura plus de traitement et regardez tout ce qu'il y a encore* ». Donc j'avais téléphoné au MG en lui disant « *est-ce qu'on ne pourrait pas en arrêter certain* » et il en a arrêté certain. Mais ce monsieur est toujours en vie, et ça fait déjà 3 ou 4 mois. Ce n'est pas toujours simple !

[Est-ce que vous avez élaboré des protocoles pour les MG ?](#)

Non.

[Tout à l'heure vous m'évoquiez les réunions de coordinations annuelles...](#)

Alors, maintenant on en fait des distinctes. On en fait une avec les MG, et une autre avec les kiné et ortho. Et on fait une réunion tous les 6 mois en alternance. Mais souvent celle des médecins est annulée car on n'a pas grand monde.

Pourquoi avez-vous fait les distinctions ?

Car on trouvait que les sujets étaient différents. Et pour intéresser d'avantage... par contre les kinés et les ortho participent toujours bien. On a fait différemment car on s'est dit que ce n'est pas forcément les mêmes sujets qui pouvaient les intéresser.

Quelles sont les raisons, selon vous, de la non-participation des médecins?

Je pense que c'est peut-être le temps. Mais on a vraiment essayé de faire... on le fait le temps du midi, avec un repas, comme ça ils ont de quoi bien manger. Je ne sais pas... il y en a qui oublient, il y en a pour qui ça n'intéresse pas...

Les convocations sont faites comment ?

On le mets dans leur trieur. Car c'est la maison de retraite qui paye les médecins, donc ils ont des classeurs et ils doivent cocher quand ils passent. Normalement, ils sont obligés de regarder. Et il y en a, chez qui on voit les papiers qui s'accumulent, qui s'accumulent. On se demande s'ils regardent vraiment. On n'a pas même quelque fois de réponse. Il y en a qui disent qu'ils ne viennent pas.

Celui qui en a beaucoup, avec lequel on travaille bien, il ne vient jamais. Peut-être parce qu'il se dit qu'il travaille déjà bien et que ce n'est pas la peine.

Mais plusieurs fois on a dû annuler car il n'y avait pas assez de participant.

Ces réunions sont-elles utiles d'après vous ?

Ça pourrait être utile. On rappelle l'intérêt de laisser une trace. Parfois on se décourage un peu car on a beau dire, je n'ai pas toujours l'impression que ça permette de changer les choses. Alors je ne sais pas trop pourquoi on n'arrive pas à fédérer parce que dans d'autres établissements ça marche bien. Je ne sais pas.

Comment faites-vous à l'arrivée d'un nouveau MG : pour l'accueillir, lui donner vos coordonnées, lui expliquer le fonctionnement de l'EHPAD, le réseau, etc... existe-t-il un guide ? Cela se fait de façon informelle ?

Non, c'est de façon informelle. Mais c'est vrai que ça aurait été mieux un papier qui résume un peu, à qui s'adresser, voir l'organigramme de la maison, c'est vrai. On le fait pour les nouveaux salariés, mais pas pour les MG. Il y a un cadre de santé, qui insiste pour aider les médecins à rentrer sur l'ordinateur leur code, qui puissent y avoir accès. Quand même l'intérêt de notre logiciel c'est qu'on peut le voir à distance. Moi je regarde ici et je suis au courant de tout ce qui se passe. Alors il y en a qui disent « *tu ne voudrais pas qu'encore après, on y aille de chez nous, on passe déjà assez de temps dans la maison* ». Car ils peuvent même regarder la biologie, les transmissions, tout !

Pour beaucoup, la maison de retraite est un frein, elle est vécue comme chronophage, donc il faut être motivé. C'est pour ça qu'on essaye de regrouper pour qu'ils perdent le moins de temps possible. Ils savent rentrer dedans, ils ont l'habitude. J'avoue que le logiciel c'est un peu compliqué quand tu n'y vas pas tous les jours, il y a beaucoup de clic et de machin. Nous, on a tellement l'habitude, on le fait. C'est vrai que ça peut être un frein quand on n'a pas l'habitude.

Lors des visites de renouvellement mensuel : viennent-ils systématiquement ? Est-ce planifié ? Devez-vous les appeler ?

C'est variable. Il y en a qui le disent, et c'est super car quand ils viennent, ils mettent dans l'ordinateur : prochaine visite telle date. C'est intéressant, mais c'est rare qu'ils fassent ça.

Ce sont les secrétaires qui les appellent alors ?

Non. Il y en a qui se programment mais on ne sait pas forcément quand. On se doute qu'il va bientôt revenir parce que ça fait un moment. Quand ils arrivent ils ne s'annoncent pas forcément. Ça serait bien pour qu'on sache que tel médecin est là, et que si on a quelque chose à lui dire, qu'on puisse le dire.

Quand un médecin s'annonce, une infirmière se libère ?

Quand on a quelque chose à dire, il faut qu'une infirmière se libère pour aller voir le médecin, ou moi. C'est important. Si on veut le voir, il faut se libérer.

En pratique comment ça se passe : une infirmière est dans la salle de soins ? comment fait-il pour trouver l'infirmière ?

Non, il n'y a pas toujours une présence en salle de soins, il suffit de demander à l'accueil. Ils ont leur téléphone. Mais il y en a qui disent « *il n'y a jamais personne en salle de soin, comment on fait pour les avoir ?* » « *ben il faut demander à l'accueil quand vous arrivez, vous le dites.* » mais c'est vrai en en parlant, je me dis que ça serait quand même bien de donner un petit peu d'informations expliquant comment on fonctionne, les numéros de poste à appeler. Ça serait bien c'est vrai.

Rencontrez-vous des problèmes concernant les heures des visites ?

C'est arrivé, mais c'est vraiment exceptionnel. Ce n'est pas la majorité parce que de toute façon, ils s'aperçoivent bien qu'ils ne trouvent pas leur résident parce qu'il est déjà descendu au repas parce qu'il y a plusieurs étages, donc il y a un temps pour ça. Non, d'eux-mêmes, ils adaptent.

Existe-t-il un contrat, que vous faites signer aux MG?

A un moment, il y en a qui en ont signé, ou pas. Mais comme signé ou pas, ça ne changeait rien. Quelque fois, il y en a qui signaient, avec lesquels on ne travaillait pas bien. Il y en a avec lesquels on travaillait bien, et qui ne voulaient pas signer. Ça ne correspondait pas à grand-chose pour nous. Donc aujourd'hui on en parle plus. Moi en tout cas, je n'en entends plus parlé.

Pour finir, quels seraient vos besoins pour améliorer vos relations avec les MG?

Qu'on ait plus de contacts quand ils viennent. Qu'ils demandent d'avantage à nous voir, nous ou les infirmières.

Et de l'autre côté, je me dis qu'on a certainement un travail à faire pour qu'ils soient mieux accueillis, qu'il y ait un support papier, pour qu'ils puissent s'y référer.

Avez-vous quelque chose à rajouter, un dernier point à aborder ?

C'était bien avant, quand il y avait l'association des MCo, qui n'existe plus. C'était quand même un lieu où on pouvait faire un échange de pratique, qui était intéressant. Nous, on le fait entre nous, entre copines, on est à 5 ou 6 à se revoir, on fait des repas et on parle de nos structures et tout ça. Mais il manque un lien entre les MCo, c'était quand même bien. Il y avait des réunions thématiques. Et puis on pouvait se confronter, car chacun dans sa structure, sinon on ne sait pas comment font les autres, on pourrait se donner des idées, plus s'entraider. « medco5962 » n'existe plus.

Pourquoi ça n'existe plus ?

C'était Rémy LOUVET qui l'avait beaucoup porté. Il s'est essoufflé aussi. Je peux comprendre.

Il existe également des congrès pour les MCo.

Oui, oui, c'est justement en fin d'année. Moi je n'y vais pas car je trouve que les offres de formations sont importantes sur la métropole. J'ai déjà été, je n'y vais plus maintenant. Je fais partie de la société septentrionale, il y a des choses intéressantes aussi. Mais je pense qu'il y a un petit manque, il y a moins de chose organisée au niveau de la gériatrie. Avant, il y avait pas mal de soirées thématiques. Maintenant le laboratoire ne finance plus, car il existe des génériques. Il n'y a plus ces soirées, et on se voit beaucoup moins. Ça manque car il y a une spécificité de la gériatrie quand même.

Sinon, je pense que nous sommes assez atypiques, car on prescrit pas mal, des bilans sanguins ou autres. Mais théoriquement, on n'a pas le droit. Mais on l'a toujours fait. On ne comprend pas non plus, pourquoi on ne pourrait pas. Si on a une formation,

mais qu'on ne peut jamais l'appliquer, ce n'est pas marrant. Heureusement qu'on peut faire un peu de pratique.

Vous prescrivez dans quel cadre ? Lors de bilan systématique ou autres ?

Oui, les bilans systématiques, ou quelque fois, parce qu'ils oublient certaines choses. Nous on est sensible à la nutrition, à l'albumine. Certains généralistes ne sont pas habitués, ne demandent pas, ou ils demandent les protides, alors qu'on a besoin de l'albumine spécifiquement et la CRP. Il y en a qui n'ont pas cette pratique. Ou on voit que ça fait longtemps qu'ils n'ont pas eu de bilan, plus d'un an, ou si il faut suivre quelque chose. Et on met le double au MG. Il est tenu au courant. Ils ne nous disent jamais rien.

Je vous remercie.

Enregistrement 9 – 01/12/2016

Nous allons commencer par parler du binôme entre MG et MCo. A quelle occasion rencontrez-vous les MG ?

Je les ai rencontrés à de rares occasions en les croisant dans les couloirs. Des fois, c'était juste au téléphone. Mais physiquement, je ne les ai jamais vraiment rencontrés.

Comment fonctionnait l'EHPAD dans laquelle vous travailliez ? Combien y avait-il de médecin ?

Il y avait 3 médecins salariés, les 3 avaient la fonction de MCo. Il y a un des médecins qui est plus référent de l'EHPAD, donc il va avoir la responsabilité « suprême » des autres médecins on va dire. Mais c'est nous qui faisons les visites de préadmission, qui faisons les synthèses avec les familles, c'est nous qui entrons en contact avec les MG si on a des patients qui sont en demande de MG. Généralement il y a 2 situations : soit le MG passe régulièrement dans l'EHPAD pour voir ses patients, dans ces cas-là, on le croise dans les couloirs, on arrive à échanger, et ça facilite les choses car on le connaît, du coup on peut l'appeler beaucoup plus facilement ; soit il ne passe que lorsqu'on l'appelle, plutôt quand l'infirmière l'appelle, quand il y a un problème médical généralement, et là c'est beaucoup plus compliqué parce qu'il ne passe pas forcément lors des horaires où nous on travaille. Normalement le MCo va appeler le MG aussi pour les synthèses annuelles. Moi j'ai bossé un peu moins d'un an à l'EHPAD donc je n'ai pas vécu ça.

Comment est décidé le suivi d'un patient ?

A l'entrée. On propose au patient d'être suivi soit par un médecin salarié de l'EHPAD, soit de garder son MG, ou de choisir un MG du coin.

En pourcentage, comment se répartissent ces possibilités ?

Ils sont 90%, voire un peu plus, à choisir le médecin salarié de l'EHPAD. Il y a de nombreux avantages à ça. Il y a une permanence de soins, toute la journée il y a un médecin sur place. On a aussi un système d'astreinte avec un autre EHPAD, tous les soirs il y a un médecin qui est d'astreinte chez lui, donc s'il y a un problème, le médecin se déplace. Ça évite de passer par les urgences. Il y a un médecin qui vient évaluer la situation avant d'envoyer aux urgences.

Fonctionnez-vous comme cela même avec les patients qui sont suivis par les MG libéraux ?

Pendant l'astreinte, oui. Pour la journée par contre, c'est plus compliqué. Si c'est une

urgence vitale, c'est le MCo qui intervient. Si ce n'est pas une urgence vitale, on dit à l'infirmière d'appeler le MG. Ce qui est débile, car nous on est sur place, on pourrait gérer le problème. Je donne mon avis hein !

Selon vous, qu'apporte la présence du MG ?

Avez-vous réussi à travailler avec certain MG ?

Oui, avec un MG, qui était présente le mercredi et le vendredi après-midi. Elle passait systématiquement dans l'EHPAD pour voir s'il y avait des problèmes. S'il n'y avait pas de problème, elle repartait, elle ne faisait payer personne, elle ne cotait pas ses soins. Elle avait un peu plus de patients, elle en avait 7 ou 8. Vu que c'est un EHPAD qui accueille des GIR 1 ou 2, il y a très souvent des problèmes ou des choses à revoir. S'il y avait des problèmes, elle faisait ses consultations de médecine générale à l'EHPAD. Nous, sachant qu'elle passe le mercredi et le vendredi de façon systématique, s'il y a quelque chose de pas urgent, on la laissait faire. S'il y a quelque chose d'urgent, on gérait et on l'appelait derrière.

Dans ces situations d'urgence, ça se passait comment ?

Ça se passait de façon tout à fait simple.

Par contre on a un médecin particulièrement, qui a un seul patient à l'EHPAD, avec qui la relation ne se fait pas du tout. Moi j'ai transféré 3 fois sa patiente aux urgences, elle a un problème qui n'est pas résolu, j'ai appelé le médecin, on a essayé de mettre les choses à plat, mais quand on l'appelle pour ce problème-là, lui il dit « *oui mais de toute façon, elle n'arrête pas de faire ce truc-là, ce n'est pas mon problème* ». C'est très compliqué la relation MCo et MG s'il n'y a pas de passage régulier du MG au sein de la structure, et en fait c'est comme s'il était un peu salarié, la relation est très compliquée.

Pour les infirmières aussi c'est beaucoup plus compliqué. Parce qu'un médecin qui est sur place, l'infirmière n'a juste qu'à l'interpeler. Un médecin qui n'est pas sur place, il faut réussir à l'appeler. S'il n'est pas là, il faut trouver son remplaçant ou un autre médecin, mais lequel ? Ou envoyer directement aux urgences. Enfin, c'est très compliqué.

A propos du médecin qui passe régulièrement, vous interpelle-t-elle aussi ? Et si oui, à quel moment ?

Pendant ses vacances. Comme on a la double fonction soins et coordination, ce n'est pas un problème.

Elle vous prévenait pendant ses vacances, c'est bien cela ?

Oui, elle prévenait. Du coup, nous on prenait le relais pendant ses vacances s'il y avait un problème, on voyait ses patients.

Ou sinon on intervenait pour la soutenir pour rencontrer la famille. Donc vraiment le rôle de coordinateur. Elle nous interpellait pour le rôle du MCo.

[Ne vous interpelle-t-elle pas pour les prises en charges de ses patients ?](#)

Si, si elle avait des questions où elle s'interrogeait sur la prise en charge de la douleur de quelqu'un ou « *tient, on en est pour des antibio pour la pneumopathie ? Quelles sont les nouvelles reco ?* » les choses comme ça. C'est comme dans un cabinet médical où entre confrères, on va se poser des questions.

[Avec combien de MG travaillez-vous ?](#)

Euh... c'est une bonne question. 3 ou 4. Moi je n'en ai rencontré que 2. Celle que je voyais souvent, et celui que je ne voyais jamais mais dont sa patiente avait toujours des problèmes.

[Avez-vous travaillé dans d'autres EHPAD ?](#)

J'ai travaillé dans une autre structure, qui est complètement médicalisée, où on demande aux patients de prendre un médecin référent de l'EHPAD. Quand j'y étais, il y avait 5 médecins. C'était une grosse structure.

[Ils ne travaillent pas du tout avec des MG ?](#)

Pas du tout.

[Avez-vous été MG ?](#)

Pas du tout. Enfin, j'ai fait l'internat de médecine générale, mais je n'ai jamais travaillé en tant que MG. J'ai tout de suite travaillé en hospitalier.

[Que pensez-vous de ce fonctionnement hospitalier au sein des EHPAD ?](#)

Moi je pense qu'il ne devrait pas y avoir que des médecins salariés dans les EHPAD. Je pense que le MCo devrait avoir la fonction de soins. Je trouve ça beaucoup plus simple au niveau du fonctionnement. Je ne vois pas pourquoi il ne s'occuperait que de la coordination et ne s'occuperait pas du soin. Pour moi, ça complique tout. Après, c'est ma vision.

En dessous, il y a un EHPAD, où il ne fonctionne qu'avec des MG.

[Pour quelles raisons ont-ils choisi ce fonctionnement selon vous ?](#)

C'est parce qu'on manque de temps médical pour s'occuper du suivi des 38 résidents. Même si cet EHPAD dépend d'un hôpital, pour des raisons de temps médical, on a fait appel à des MG.

[Revenons à votre propre expérience. Lorsque vous vouliez émettre une](#)

recommandation gériatrique, comment faisiez-vous avec cette médecin ? Cela se faisait de façon informelle, c'est bien ça ? Elle vous sollicitait de temps en temps lors d'interrogation précise ?

Oui, ou c'est moi qui la sollicitait de temps en temps. Complètement. Mais c'est quelqu'un qui est très ouvert.

Et avec les autres MG ?

Très franchement, je n'avais pas de relation plus que ça.

C'était pareil pour vos collègues ?

Non, il y a le médecin référent qui est là depuis longtemps, qui les connaît un peu mieux. Mais c'est toujours problématique. Je sais qu'il y avait des problèmes avec des médecins qui intervenaient sur la structure, et qui ont décidé de ne plus intervenir, parce que lors des urgences on intervenait sur leur patient, et ça ne leur plaisait pas. C'est là où c'est compliqué quand il y a les 2 types de médecins. Après, vous devez savoir que des EHPAD, il y en a tellement des différents. Je pense que des fois, un MCo pour 60 lits ça suffira largement pour un EHPAD, même s'il fait les soins. Dans l'EHPAD là-bas, un médecin pour 60 lits, s'il fait coordination et soin, ce n'est pas possible.

Pour vous, c'est plus simple d'avoir des médecins salariés lorsque les résidents sont d'avantage dépendants ?

Oui, oui, tout à fait, et d'ailleurs, dans l'EHPAD où il n'y a que des MG, les résidents sont moins dépendants.

Lors de l'admission dans l'EHPAD de personnes qui choisissent de prendre les médecins salariés de la structure comme MG, vous mettez-vous en contact avec les anciens MG ?

Pas au moment de la préadmission, mais au moment de l'admission oui, si on a besoin d'information on les appelle.

Comment se faisait le lien ?

Facilement.

Le médecin acceptait le relais de médecins traitants ?

Oh oui, facilement, quand on explique il n'y a pas de soucis. Et puis souvent les MG sont contents car ça leur fait un patient lourd en moins, ça leur fait des déplacements en moins. Parce que mine de rien, vu qu'ils sont hyper-sollicités, moins ils ont de déplacements, mieux c'est. Ils ne sont pas à la recherche de déplacement de 10 euros de plus je pense.

Avez-vous rencontré des MG refusant de terminer le suivi ?

Oui, oui ça existe aussi. Mais c'est plus les familles qui sont réticents. Cette fameuse dame avec le MG, je pense qu'il y a un réel problème de prise en soin pour elle, une carence à mon avis. Le MG, je lui propose de prendre en charge cette dame, il dirait oui je pense. La dame dirait oui. Sauf qu'il y a la fille derrière, et pour elle, c'est hors de question. Elle ne veut pas que c'est un médecin de la structure qui soit médecin référent. On en a parlé, mais on n'arrive pas.

Quelles en sont les raisons ?

La maman veut suivre l'avis de sa fille, elle ne souhaite pas aller à l'encontre de sa fille.

Et quelles sont les raisons évoquées par la fille ?

Je ne sais pas... parce que c'est le médecin qui la suit depuis longtemps aussi, donc elle trouve que c'est mieux.

Est-ce que certains MG refusent de poursuivre la prise en charge à l'arrivée dans l'EHPAD ?

Oui, même s'ils sont situés non loin de l'EHPAD, certains disent «*je ne fais plus de suivis là-bas, ils se débrouillent, il y a des médecins sur place, c'est fait pour* ».

Dans votre EHPAD, existait-il des réunions médicales ?

Bien sûr que oui, c'est obligatoire de faire des réunions de commissions gériatriques. Mais (rire), il y a un seul médecin ou 2 qui viennent, sur les 7 ou 8... je me demande même s'il n'y en a pas plus, je ne sais plus. Je sais que j'y suis allé 2 fois l'année où j'y étais. Une fois, il y avait 1 médecin, l'autre fois, il y en avait 2.

Quelles en sont les raisons d'après vous ?

Soit ils sont occupés, par manque de temps, soit c'est l'horaire qui ne leur convient pas, je ne sais pas. Mais le médecin référent m'avait dit que de toute façon, ils avaient essayé tous les horaires, et c'est toujours comme ça.

Comment se passait les prescriptions informatiques pour les MG ?

Toutes les prescriptions se faisaient à l'oral, rien ne se faisait sur l'informatique.

Pour tous ?

Si, il y a quelques-uns qui le font quand même. Il y en a qui s'y ont mis et qui le mettent sur l'informatique, mais la plupart ne le mettent pas. Et c'est un problème parce que nous, quand on est appelé en astreinte, et qu'on arrive, le traitement qui est marqué sur l'informatique n'est pas le traitement actuel.

Comment font les infirmières ?

Ça je ne sais pas. A mon avis, elle demande au médecin salarié de le mettre à jour régulièrement.

Est-ce que des choses ont été mises en place pour créer un lien avec les MG?

Je ne suis pas resté assez longtemps pour vous répondre.

Mais moi je suis vraiment convaincu qu'il faut salarier les MCo et leur demander de faire du soin.

Pour tous ?

Je pense que ça serait beaucoup plus simple, pour tout le monde. Ça va décharger les MG en ville. Ce qui est embêtant, c'est pour ceux qui veulent absolument garder leur MG. C'est pour ça que nous, on a décidé de laisser le choix au patient. Je pense que c'est compliqué au niveau législatif de les forcer à changer de médecin. Je ne suis pas sûr qu'on ait le droit.

Mais dans ces conditions, l'EHPAD devient hospitalier ?

Oui, oui. Mais ça permet de faire beaucoup plus de chose sur place, du coup, on limite les transferts inutiles, ça règle beaucoup de problème au niveau de l'organisation.

Ça c'est valable quand l'EHPAD dépend d'un hôpital. Mais qu'en est-t-il des autres ?

Le problème sera les astreintes. Comment s'organiser ? Peut-être avec SOS médecin ça pourrait passer.

Certains évoquent l'importance du MG, notamment pour faire le lien avec la vie d'avant. Qu'en pensez-vous ?

Comment fait-on le lien avec la vie d'avant ? Déjà, il y a la visite de préadmission, où on va poser énormément de questions, on rencontre aussi la famille au même moment. Ensuite, il y a l'admission, là généralement on va téléphoner au MG. Effectivement, il y aura des choses qui vont passer à l'as, je suis complètement d'accord. Mais tous les ans, il y a une synthèse-famille avec un projet personnalisé du résident, où là, on remet vraiment tout à plat, que ce soit la prise en soin médicale, ou la vie à l'EHPAD : comment ça se passe, comment on pourrait l'améliorer, quelle était la vie de la personne avant, au niveau de l'autonomie etc... le projet personnalisé des résidents, je pense que c'est un projet s'il n'est porté que par le MCo, c'est hyper lourd.

En tant que MCo, vous êtes acteur de ce projet global ?

Oui. On est responsable de la rédaction avec l'équipe. Donc ça fait un lien, complètement. Donc je ne pense pas que ce soit un problème.

Après, si la patiente est attachée à son médecin, ça peut être compliqué de s'en défaire. Si elle a un bon médecin, et qui accepterait de venir, je comprends que ce soit

dure.

Après, même au niveau médical, je pense que les patients qui sont suivis par les MCo qui font aussi du soin, sont mieux suivis que les patients qui sont suivis par les MG. Ils ont plus de chance en tout cas. S'ils ont mal, ils ne vont pas attendre le lendemain pour avoir un doliprane. C'est bête, mais... l'infirmière va lui donner son doliprane, mais s'il y a besoin de mettre un Topalgic, elle va attendre. Ça facilite quand même largement l'accès au soin. Mais s'il y a une infection, on ne va pas attendre le lendemain, elle sera vu par le médecin dans la journée. Elle chauffe à 39, le médecin l'ausculte, c'est une pneumopathie, on ne réfléchit pas et on met les antibiotiques, on ne va pas attendre le lendemain qu'elle décharge pendant la nuit et qu'elle soit transférée aux urgences.

La double casquette coordination et soins me semble primordiale.

Je vous remercie

Enregistrement 10 – 19/12/2016

Premier thème, le binôme entre MG et MCo. Pouvez-vous me raconter à quelle occasion rencontrez-vous les MG ?

Comme je suis PH (*praticien hospitalier*), je suis à temps plein, donc c'est vrai que je suis tout le temps dans les couloirs. Dès qu'il y en a un qui est là, je leur dis bonjour et puis on discute, que ça soit d'un point ou du résident, de la prise en charge de l'EHPAD ou quoi que ce soit.

C'est vous qui les interpelez ?

Oui je vais vers eux, je leur dis bonjour.

Est-ce lors de situations particulières que vous échangez ? Ou est-ce que ce sont les médecins qui vous interpellent ?

Oui, plus pour tout ce qui est troubles cognitifs. Après parfois pour les antibiotiques, parfois pour les escarres aussi, ou la fin de vie.

Ici, vous êtes vous-même généraliste pour certains résidents ?

Oui, je fais les deux. Je suis MCo mais j'ai aussi en charge en soin.

Comment cela se passe-t-il ? , Est-ce que cela se décide à l'admission dans l'EHPAD ?

Selon la loi, ils ont le choix. Après, il y en a qui ne viennent pas d'ici mais des alentours, on leur propose et ils disent « *il y a un médecin ici, c'est plus facile, donc je le prends* ». Sinon, il y en a qui sont partis en retraite. Cette année et l'année dernière, il y en a quelques-uns qui sont partis en retraite, de ce fait ils n'ont plus de médecin, et me prennent aussi. C'est le choix du résident.

Êtes-vous la seule médecin salariée ici ?

Oui, en MCo. Après il y a 23MG qui interviennent.

Êtes-vous amenée à contacter le MG ?

Oui, parce qu'on a de la chance, on a une pharmacie interne, à l'hôpital. En fait, ça va être un peu biaisé car comme on a un hôpital à côté, on est très chanceux. Donc la pharmacienne voit les ordonnances chaque jour. Et par exemple, s'il y a quelque chose, c'est moi qui contacte le MG. Ou si je n'ai pas le temps, c'est la pharmacienne qui téléphone en disant... parce que si elle propose différents médicaments, elle, elle sait ce qu'elle a, donc elle va proposer son panel. Parce qu'on fait partie d'un groupement hospitalier. Le médecin traitant, une fois ici, accepte de prescrire certains médicaments et pas d'autres. On a un livret. Donc elle sait exactement quels sont les médicaments du livret. C'est plus facile.

Comment se passe votre travail avec les MG ?

Ça se passe bien. Je fais partie de la Formation Médicale Continue et je les rencontre régulièrement le mardi une fois par mois. Ce n'est pas tous les médecins. Ils ne se forment pas tous à la formation médicale continue. Mais ça renforce le lien. Je les connais tous en fait. Donc là aussi c'est un peu biaisé, parce qu'on se connaît quoi ! Et ça se passe très bien.

Vous êtes reconnue comme la personne ressource au niveau gériatrique ?

Oui je pense. Quand il y a un problème, des fois ce n'est même pas moi qui appelle, c'est l'infirmière, elle dit « *ben voilà, le docteur propose ça* ». Et souvent ils suivent. Franchement ça va, ça se passe bien.

Donc dans ce cas, vous examinez leur patient ?

Alors normalement, quand il y a une urgence, c'est le MG en premier. Après je leur dis, si ça ne va pas, s'ils sont en consult', moi je suis là, mais il faut qu'il me donne l'autorisation. Sinon, non. L'infirmière appelle et elle attend le MG.

Et s'il n'est pas joignable à ce moment-là ?

Si le MG n'est pas joignable, et si je juge que c'est une urgence, comme un accident vasculaire, ou il y a une chute et il faut faire une radio parce qu'il y a suspicion de fracture, là c'est moi qui prend la main et après je rappelle. Par exemple, c'est arrivé vendredi soir dernier, j'ai une dame qui a fait une crise convulsive, qui est tombée. De ce fait, mon premier réflexe a été d'appeler le MG. Non joignable. Donc j'ai laissé un juste message. Et j'ai effectué la prise en charge. Elle est allée aux urgences faire son scanner. Le lendemain, l'infirmier a rappelé et il a dit « *oui, oui, j'ai pris connaissance du message* » et après il gère le reste.

En cas d'absence du MG, et sans remplaçant, vous prenez le relais ?

Ça dépend. C'est-à-dire que moi-même, quand je suis en vacances, c'est un MG qui me remplace. Donc ça dépend. Parfois je leur demande. Normalement, ils ont tous un remplaçant. Mais parfois, il arrive qu'ils n'en aient pas. Dans ces cas-là, je demande « *qu'est-ce que je fais ? Je prends en charge ou pas ?* » Pour certains c'est oui. Pour les autres, ce sont les remplaçants. Ils ont systématiquement des remplaçants. Ils ne partent que s'ils ont un remplaçant. Donc on appelle le remplaçant.

Comment cela se passe lorsque vous êtes remplacée par un MG, vient-il à temps plein ?

Non, en fait l'infirmière coordinatrice gère le matin. Elle passe, elle fait le tour. Et elle demande pour qui il doit passer. Et dans ces cas-là, avant 11h, elle appelle le médecin,

pour qu'il puisse gérer sa journée. Par contre, si c'est à 17h, ben c'est tout, l'infirmière rappelle tout de suite le médecin pour qu'il vienne à 17h.

Donc il ne gère que vos patients ?

Oui, voilà, il ne gère pas la coordination. Donc pendant que je ne suis pas là, il n'y a pas de visite de préadmission.

Vous évoquez les situations complexes telles que les fins de vie. Travaillez-vous avec l'équipe mobile de soins palliatifs ?

Oui, on travaille avec l'équipe de Jean XXIII. Sinon, on a de la chance aussi, on a des lits identifiés en SSR et en médecine. Et donc, il y a une réunion pluridisciplinaire de l'autre côté. A chaque fois qu'il y a une décision collégiale ici, je vais de l'autre côté avec un soignant et le dossier, et on voit la prise en charge en décision collégiale. Et après, avec l'HAD (*Hospitalisation à domicile*). On a l'HAD à côté. Par exemple, tout à l'heure, il a une dame qui a besoin d'une PCA (*Antalgie autocontrôlée*). Donc j'ai appelé, et elle va avoir sa PCA aujourd'hui.

Dans ces situations, comment intervient le MG ?

Là, c'est facile car c'est moi le médecin traitant. En fait, on fait des synthèses régulièrement aux étages. Si jamais il y a un soignant qui me dit « *ben là, ça ne va pas trop, vu les antécédents etc. il faut voir* ». On voit avec le MG. S'il y a une décision collégiale à faire, je leur demande « *qu'est-ce que je fais ?* » est-ce que c'est lui qui va à la réunion pluridisciplinaire pour faire la décision collégiale ? Est-ce que c'est moi et après je donne la décision par rapport à ça ? Et après il est libre. Par exemple, c'est vrai que j'aurai préféré mettre une PCA parce que c'est facile, c'est très agréable pour le confort du patient. Si lui il dit « *non, non, etc...* » C'est toujours le MG qui a le dernier mot. On propose mais c'est lui qui dispose.

Vous évoquez les synthèses par étage. Elles sont faites avec l'équipe de l'EHPAD ?

Oui, oui. Alors souvent c'est à chaque étage, chaque jour différent. Mais si j'ai un décès ou quelqu'un qui ne va pas bien, ou qu'il y a quelque chose qui ne va pas, ben c'est tout, ça sera cet étage-là qui va primer.

Et après, faites-vous un retour au MG ?

Après oui, s'il y a quelque chose à faire. Soit c'est l'infirmière qui téléphone parce qu'il y a juste quelque chose à mettre. Il dit oui ou non. Il vient ou c'est moi qui le mets sur ma prescription. C'est lui qui décide. Pour moi c'est pareil. Ou alors soit, c'est tout, il dit « *maintenant je gère, je viens* », et là, je ne m'occupe de rien.

Existe-t-il des désaccords ?

Ben pas tellement. Ça arrive par exemple pour les médicaments anticholinestérasiques. Il y a plusieurs cas de personnes où le MG a retiré l'anticholinestérasique. Donc mon rôle c'est de dire à quoi ça sert, pourquoi, etc... Après, c'est lui qui dispose. S'il veut l'enlever, il l'enlève et moi je n'ai rien à dire.

[Sous quelle forme donnez-vous les informations ?](#)

Soit les MG arrivent ici, et on en discute. C'est le plus souvent comme ça, et c'est plus agréable. Ou soit c'est par téléphone.

[L'EHPAD est informatisé ?](#)

Non. En fait, on a juste IMAGE PHARMA qui est pour la prescription. Et tout le reste, on n'a rien. Donc on se débrouille avec Word et Excel pour faire des synthèses, ou des choses comme ça.

[Et les dossiers sont papiers ?](#)

Ce n'est que du papier ici. Il n'y a que les prescriptions qui sont informatisées. C'est tout.

[Communiquez-vous à travers les dossiers médicaux, ou lorsque les médecins écrivent une observation ?](#)

Ben ils écrivent dans le dossier. Au pire, s'ils ne trouvent pas le dossier, ou si l'infirmière n'est pas à leur disposition, j'ai une ordonnance, donc ils écrivent sur l'ordonnance.

[Que pensez-vous de vos relations avec les MG en général ?](#)

Moi je trouve que c'est agréable. Quand on lit, ou qu'on voit d'autres médecins lors des congrès, moi je n'ai pas de soucis. J'avoue qu'ici ça se passe bien.

[Quelles en sont les raisons d'après vous ? Croyez-vous que cela soit grâce à l'organisation hospitalière de l'EHPAD ? Au milieu rural ? À la taille de l'EHPAD ?](#)

Déjà, j'ai toujours fait partie des MG de la Formation Médicale Continue. Ça fait quelques années que j'y suis. Et je les rencontre régulièrement. Dès qu'ils sont là, je vais vers eux. C'est par la relation et le dialogue je pense. Même un petit coup de fil.

[C'est par le fait que vous les connaissiez en dehors de la structure que vos relations sont facilitées ?](#)

Moi, j'ai l'impression que oui.

[Arrivez-vous à mieux délivrer des informations ?](#)

Oui. Après je les laisse libres. C'est-à-dire, je leur donne l'information, mais après ce sont eux qui gèrent. Je ne leur dis pas « *si, si, il faut que tu fasses ça* ». Je n'insiste pas. Moi je leur donne l'information, mais après, ce sont eux qui ont la main. Même avec l'équipe de Jean XXIII. On demande de venir, ils viennent, ils donnent toute une

proposition de prescriptions, mais c'est vraiment le MG qui décide.

Certains évoquent une concurrence pour la patientèle, entre les MCo qui sont aussi médecins traitants, et MG. La ressentez-vous ?

Une concurrence ? Je leur prendrais leurs patients ? Ah non, parce qu'on essaye de respecter vraiment au début qui ils veulent comme médecin traitant. Par exemple, ça m'arrive régulièrement, j'ai une famille du résident qui veut garder le MG. Donc il n'y a pas de souci, c'est le MG. Et puis après, ils se rendent compte que je suis dans les couloirs, ils me parlent. Je connais tous les résidents. Je fais le tour tous les jours, même si ce ne sont pas mes résidents. Et puis, ils me parlent et me disent « *ben pour finir, je vais vous prendre vous comme médecin traitant* ». Je dis « *non, non, votre MG est bien, vous continuez avec lui* ». Donc je continue à faire la pub de ce MG. En plein milieu, quand ils me veulent pour changer, je dis non.

Avez-vous travaillé en tant que MG ?

Non, non. Je suis tombée dans la gériatrie en étant petite ! (rire) je n'ai fait que de la gériatrie à l'hôpital. J'étais en médecine et SSR avant. Et après, j'ai tout de suite intégré l'EHPAD. Donc non, je n'ai jamais fait de cabinet.

Selon vous, quel est le rôle du binôme MG-MCo ?

On est facilitateur pour le résident. On est garant de la sécurité et de la surveillance du résident. On fait notre rôle en proposant nos connaissances. Mais après, c'est vraiment au MG, dans son rôle libéral, qui décide. Même pour les antibiotiques, sur un antibiotique ils mettent du CIFLOX. Mon rôle est de dire « *ce n'est pas celui-là qu'il faut mettre, je te propose ça* ». Alors ce qui est bien, c'est qu'on a l'ARS qui nous propose des documents, par exemple pour les antibiotiques. Je crois que je leur ai envoyé 3 fois. Il y a un MG qui met toujours du CIFLOX, du CIFLOX. Mais quand j'en envoie à un, je l'envoie à tous le document. Je l'envoie, et après ils font ce qu'ils veulent. Et comme ils se forment, il y en a pas mal qui reviennent vraiment sur des molécules comme AMOXICILLINE.

Comment voyez-vous ces prescriptions ? Revoquez-vous systématiquement l'ensemble des prescriptions ?

Oui, tous les 3 mois, je revois toutes les prescriptions des résidents. De ce fait, je demande « *est-ce que vraiment ce médicament-là est utile ou est encore utile ?* » Après, c'est l'infirmière qui appelle, ou quand le médecin vient pour la visite. Et après, ce sont eux qui décident.

Lors des synthèses par exemple, l'équipe me dit « *écoutez, le médicament est tout le*

temps par terre, elle ne le prend jamais, on le retrouve dans les fleurs. » je demande au MG « *elle ne le prend pas, etc... ou est-ce qu'on peut le piller etc...* » On revoit ensemble tous les traitements.

Etes-vous entendues généralement ?

Euh... pas toujours sur ce qui est par exemple cardio vasculaire. Donc ce que je propose, c'est une visite chez le cardiologue pour lui demander son avis. Et dans ces cas-là, ils le font. Mais c'est pareil, les cardiologues sont là, à côté, donc c'est plus facile. Et après, en fonction de l'avis du cardiologue, on fait ou on ne fait pas.

Concernant vos 13 missions, notamment la rédaction de la liste de médicaments préférentiels. Il s'agit de celle de la pharmacie de l'hôpital, c'est bien cela ?

On se réunit régulièrement avec la pharmacienne. On a fait un livret. Dans le livret, on s'est inspiré des grandes recommandations (Start and Stop etc...), et on a mis toutes les recommandations, et paramétré dans le logiciel, par exemple « TEMESTA, ne pas dépasser etc... » « ALPRAZOLAM, ne pas dépasser etc... ». Et on a un livret spécifique chez nous.

Cela était fait en lien avec les MG ou seulement avec la pharmacie ?

Alors, comme on est dans le groupement hospitalier, on a d'abord commencé à 2. Avec toutes les listes qui existent. On n'a pas donné le livret au MG, mais il est disponible. Et parfois on peut le sortir.

Existe-il des protocoles pour les MG ?

Des protocoles, on en a plein, plein, plein. Toute une liste. Moi ce que je fais, c'est que lorsqu'il y a quelque chose, je ressors le protocole, et on essaye de lire ensemble. Ou je leur explique le protocole. Mais après, c'est toujours pareil, c'est le MG qui décide.

Où sont disponibles ces documents ?

Sur la cartographie, sur l'ordinateur. Tous les soignants peuvent y accéder.

Faites-vous des réunions annuelles de coordination ?

On en fait 2 par an. Sauf cette année. On devait mettre un nouveau logiciel de pharmacie, normalement en février. Le problème c'est que c'était mis en septembre, après en novembre, et maintenant en février. Comme c'est un nouveau logiciel de prescription, je voulais prendre un MG en binôme et refaire à chaque fois une ou deux prescriptions pour qu'ils aient plus l'habitude. Donc on voulait faire ça en coordination cette année. Donc là je ne l'ai pas fait parce qu'on voulait mettre en place ce nouveau logiciel. On débutera ces formations en janvier 2017.

Habituellement, comment se déroulent les réunions de coordination ?

Je me suis adaptée aux MG et à la direction. Parce qu'en fait, il faut des soignants, c'est vraiment pluridisciplinaire. Parfois, je l'ai fait entre midi et 2. J'ai pisté que le jeudi, il y en a plusieurs qui se réunissent en ville dans un restaurant. Donc je leur ai posé la question « *est-ce que vous ne voulez pas le faire ici plutôt qu'au restaurant ?* » dans ces cas-là, avec la direction, on a préparé des plateaux repas. J'ai complété avec le vin et le dessert. Et de ce fait, il y en a qui sont venus ici. Après, on a essayé vers 20h30, parce qu'ils sont plus disponibles à 20h30. Le souci, c'est que vis-à-vis du personnel, on ne peut pas les avoir, puisque normalement ils ne travaillent plus à ce moment-là. Donc j'ai essayé de faire un petit peu les 2 : à midi, et à 20h30.

Qu'en est-il de la participation ?

Ça dépend. A un moment, j'en avais à peu près 1MG. Mais là, c'était surtout des plus âgés. Il y en a pas mal qui sont partis en retraite. Les jeunes disent qu'ils n'ont pas le temps, que ça ne va pas. Alors j'essaye de m'adapter, je dis « *si vous voulez, on peut le midi ou à 20h* ». Mais ils ont du mal. Je vois ils ne sortent même pas en ville ceux-là. Les jeunes MG ne viennent pas aux formations médicales.

Comment l'expliquez-vous?

Justement, on se posait la question dans notre groupe. Pourquoi est-ce qu'ils ne viennent pas ? Parce que ce sont des moments conviviaux. Après, il y a toujours un petit repas. Il y a quand même de grands professeurs de Lille qui sont venus. Je ne sais pas... est-ce qu'ils se forment sur internet ou dans leur cabinet ? Est-ce qu'ils se forment par des DU ou des attestations ? d'autres me disent qu'ils se forment par des revus.

Dans ces conditions, rencontrez-vous des difficultés à créer du lien avec les jeunes MG ?

Non, avec les nouveaux, ce qui est bien, c'est qu'il y en a plusieurs qui sont passés en médecine. Donc que j'ai vu en médecine. Et maintenant ils sont en ville. J'en ai même une qui va s'installer là, juste là derrière. Donc c'est bien sympathique de la revoir ! (rire) en plus elle connaît le logiciel, alors ! Ben pas le nouveau, mais celui-là ! Mais c'est vrai que vis-à-vis de la formation, on ne les voit pas.

Pouvez-vous me parler de la coopération de MG pour la tenue des dossiers et des transmissions ?

Alors, les transmissions, ils ne les lisent pas du tout. Ce sont les soignants qui leur disent. Donc les infirmiers ou infirmières. Mais sinon, ils ne lisent jamais les transmissions. Moi quand j'ai quelque chose à dire, je le mets dans le feuillet spécifique

médecin. Soit ils le lisent, soit je le dis à l'infirmière et de ce fait, l'infirmière lui dit. Mais sinon, ils écrivent sur le papier.

Généralement, ils mettent tous un mot de transmissions ?

Oui, ils mettent quand même un mot.

Comment cela se passe lors de leur visite mensuelle ? Une infirmière se libère pour l'accompagner ?

Eux, ils sont obligés. Ils ont besoin d'un tuteur, sinon ils ne savent pas, ils ne savent plus, on ne sait pas, on n'a pas l'information. Donc on les piste, et l'infirmière vient.

Le MG s'annonce-t-il à l'accueil lorsqu'il arrive ?

Non, il arrive dans la salle de soins. Soit l'aide-soignante dit « attendez, je vais appeler » ; soit l'infirmière est là et elle le voit. Si elle l'a appelé, elle le piste en disant « je viens à telle heure ».

Dans ces conditions, les transmissions se passent oralement ?

Oui voilà. Elle lui donne le dossier en main, il ne va pas chercher dans l'armoire. Il faut vraiment que tout soit prêt. On les maternelle, sinon on n'a rien. Si on n'est pas derrière, on n'a rien. Parce que le médecin traitant à très peu de temps. Ce n'est pas comme moi où il y a les synthèses, on prend du temps avec l'infirmière, avec le soignant, avec la famille... c'est très, très vite.

Donc l'équipe est là pour l'aider lors de ses visites ?

Oui.

Comment se passe la planification des visites ?

Ce sont eux qui décident. Il y en a qui aiment bien voir leur patient tous les mois. Donc on sait la date pour la prochaine fois. Il y en a qui disent « vous m'appellez si besoin, ou vous me tenez au courant ». Ce sont vraiment eux qui décident. Nous, on suit. C'est variable d'un MG à un autre. Après, ils savent très bien que si y a quelque chose qui ne va pas, on va les appeler tout de suite.

Se rendent-ils disponible lors de problèmes aigus ?

Oui, oui. Je sais que chez une de mes collègues, lorsqu'ils appellent, le MG arrive 3 jours après. Moi j'avoue que je n'ai pas ce problème-là. Peut-être parce qu'ils savent que si on appelle c'est que ça ne va pas. Je ne sais pas... mais ils viennent.

Viennent-ils tous d'un secteur proche ?

Ils viennent d'ici, ou de petits villages à côté.

Pour les nouveaux MG qui arrivent au sein de l'EHPAD, comment faites-vous pour leur expliquer le fonctionnement de la structure ? Existe-t-il un guide d'accueil ?

Oui, on peut donner les protocoles s'ils le veulent. Généralement, ils ne veulent pas de papier, ils veulent que ça aille vite, qu'on parle et que ça s'arrête là. Sinon, j'essaye de montrer aussi comment fonctionne IMAGE PHARMA. Il y en a qui me disent « *ah non, moi je ne sais pas, je ne fais pas, je ne le ferai pas* ». C'est plus oralement, que par papier. Et sinon, oui, on a le livret d'accueil de l'EHPAD. Ils me demandent comment ça se passent avec les kiné, l'ergo, la psychomot' etc... donc on en parle. Pour qu'ils sachent quelles sont les prestations ici. Mais c'est plus oral qu'écrit. Leur donner le projet de soin, avec le projet d'établissement, je pense que c'est illusoire. Ils ont trop peu de temps.

Je n'ai pas compris, actuellement, les prescriptions se font elles sur papier ou sur l'informatique ?

Il n'y a que les prescriptions médicales qui sont informatisées. Le dossier de soin, avec les transmissions ciblées, est sur papier. S'il veut mettre « *surveiller la TA* », c'est papier. L'examen clinique est sur papier. Tout le reste est sur papier sauf le médicament.

Quelle est leur participation à la prescription informatique ?

C'est très difficile. C'est pour ça que lorsque je suis là, je leur dis « *tu ne veux pas que je le fasse ?* » et je recopie.

En quoi est-ce difficile ?

Ils me disent que, par exemple, ils vont dans 5 maisons de retraite, c'est 5 logiciels différents. Donc souvent les infirmières sont là pour guider, parce que sinon, ils ne savent pas.

Ceci est valable pour tous les MG ?

Oui. Il y en a quelques-uns qui sont passés en médecine, et savent utiliser l'outil. Donc là ils le font. Mais parmi les anciens MG, il y en a qui n'ont même pas le fax. Donc les passer à l'informatique, euh... je ne peux pas faire ça ! Donc là, l'infirmière guide.

Dans ces cas-là, laissent-ils une prescription papier ?

Oui voilà, et c'est moi qui recopie.

Faites-vous signer un contrat aux MG ?

On a essayé quand c'est apparu. Il y en a qu'un qui a signé. Et le pire c'est qu'elle ne vient même pas aux réunions de coordination ! (rire) mais les autres n'ont pas voulu parce qu'ils ont dit « *de toute façon, c'est ce qu'on fait, donc il n'y a pas de raison, comme on est libéral, on fait ce qu'on veut, etc...* » Mais ce qui est écrit dedans, ils essayent de le faire. Par exemple, de ne pas venir en dehors des heures. Il y en a

quand même qui viennent parce que c'est tout, l'infirmière appelle à 17h, il fait ce qu'il peut en fonction de la clientèle. Là c'est plein de gastro-entérite etc., ils font ce qu'ils peuvent aussi. Mais sinon, comme ils estiment que ce qui est dedans est fait, ils n'ont pas envie de signer. Comme ils sont libéraux, ils sont libres.

[Ce contrat ne vous aide-t-il pas à encadrer les visites ou à rendre les MG plus investis dans le fonctionnement de l'EHPAD?](#)

Non, parce que ce n'est pas un papier et un contrat qui vont faire quelque chose. Je pense que c'est plutôt la relation. Comme là, leur montrer personnellement le nouveau logiciel qui va arriver en janvier. Moi je pense que c'est plus au niveau relation. Le papier, ça ne sert à rien.

[Actuellement, proposez-vous encore la signature du contrat ?](#)

On l'a proposé beaucoup au début quand il est sorti. Et après l'ARS l'avait redemandé régulièrement. Combien il y en avait. Dans ces cas-là, on avait refait un tour. Je pense qu'on a refait le tour 2 ou 3 fois. Et après, il ne faut pas insister et les écœurer. On propose une fois, 2fois, 3fois. Il ne faut pas exagérer non plus. Surtout qu'ils vont donner l'explication, une fois, 2fois, 3fois. Après c'est tout.

[Quels seraient vos besoins pour améliorer encore un peu plus vos relations avec les MG ?](#)

Au niveau du logiciel qui va arriver, on s'est réuni avec la direction et plusieurs médecins d'ici, et on avait choisi un logiciel qui nous permettait de l'avoir en ville. Par exemple, je suis chez moi, ou le MG est dans son cabinet, l'infirmière appelle, on peut le prescrire par le web. Malheureusement le logiciel qui a été choisi est beaucoup plus compliqué et pas très ludique. Et ça, ça pose un problème. Parce qu'il va falloir faire comme maintenant. Il va falloir se mettre à l'ordinateur. En plus, on ne va pas avoir ni de tablette, ni de matériel adéquat. Il y aura un seul ordinateur pour tous les soignants, les infirmières et les médecins. Quand l'infirmière sera sur l'ordinateur, ou nous, les autres ne pourront pas prescrire, il faut que l'autre personne ferme le logiciel pour que l'autre intervienne. Donc c'est dommage qu'on n'ait pas le matériel. Parce que c'est vrai que si l'aide-soignant avait sa tablette, elle aurait coché juste après avoir fait son soin. L'infirmière donnerait son médicament et cocherait tout de suite.

[C'est un choix de la direction ?](#)

C'est un choix de la direction. Manque de budget pour le matériel. C'est dommage.

[Comment expliquez-vous que les relations avec les MG se passent bien pour vous ?](#)

[Alors qu'elles peuvent être plus compliquées dans d'autres structures ?](#)

Dans les Flandres, par exemple dans le village d'à côté, le MCo est un ancien MG. Donc lui c'est pareil, il dit que ça se passe bien. Dans une autre ville à côté, c'est pareil. C'est vrai dans les petites maisons de retraite, on n'a pas vraiment de soucis. Dans les Flandres on se connaît bien.

Pourtant ici, ce n'est pas une petite maison de retraite ?

Non, non. Mais je voulais parler de structures où il y a beaucoup moins de résidents, 45 par exemple à côté.

Vous voulez dire que ce n'est pas la taille de la structure qui influe sur les relations entre médecins ? C'est la proximité ?

Oui, c'est le contact qu'on a. c'est vraiment la relation humaine qui compte.

Ici, y a-t-il d'avantage de réseaux de médecins, de rassemblement ou autre réunion ?

Je sais qu'ils se réunissent en ville. Par exemple le petit groupe du jeudi. Il y en a qui se réunissent parce qu'ils font partie d'une association d'œnologie. Donc oui, ils se connaissent bien.

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Voulez-vous aborder un dernier point qui vous semble important ?

Le plus dure, c'est que je me demande comment ça va se passer, parce que là, nous sommes seulement informatisés au niveau des prescriptions médicamenteuses. Mais lorsqu'ils auront le dossier, je ne sais pas comment ça va se passer. Parce qu'il faut que l'infirmière rouvre l'ordinateur, ça prend déjà quelques minutes. Donc qu'est-ce qu'il va noter sur l'ordinateur ? Je ne sais pas. Est-ce qu'on va de ce fait continuer sur papier ? Ça j'avoue que ça va être un gros problème. On verra bien déjà en janvier ce que ça donne. Le dossier informatisé devrait arriver en 2019 ou après.

Ce sera un logiciel unique avec l'hôpital d'à côté ?

Oui, car on a tellement de liens avec l'hôpital, que si on s'isole, ça va poser des problèmes. Ou si on a un autre logiciel, comme on n'est pas informatisé, on n'aura plus accès aux dossiers lorsque les personnes vont aux urgences. La pharmacie ne pourra pas non plus gérer 2 logiciels, c'est compliqué, car celui qui a été choisi n'est déjà pas simple. Il y aura une meilleure qualité, moins d'erreurs, au niveau de la iatrogénie, c'est mieux.

Dans certains EHPAD qui dépendent d'un centre hospitalier, il n'y a plus d'intervention de MG libéraux, mais seuls des médecins salariés, comme vous, y travaillent. Qu'en pensez-vous ? Cela vous paraît plus utile, plus pratique ? Est-ce juste une question d'organisation ?

Selon la loi, normalement le résident a le choix. Donc je pense que déjà, on ne serait pas réglé s'ils n'interviennent pas. Après c'est vrai que le MG connaît très très bien son patient, donc je pense que c'est logique qu'il y ait un suivi. Mais j'avoue que pour les infirmières et les aides-soignantes, c'est beaucoup plus simple quand c'est moi. Là ils m'appellent, je peux venir dans les 5 minutes. Je peux gérer les médicaments, je peux suivre, c'est beaucoup plus simple. Quand c'est le MG, il faut appeler, ils savent que sur l'ordinateur ça va poser problème, il faut que je recopie. S'ils mettent en route un traitement, il y a le suivi derrière. S'ils mettent un antidépresseur, il faut surveiller l'hyponatrémie. C'est plus simple quand c'est moi c'est sûr.

Mais pour moi, c'est quand même plus simple que ce soit mes collègues MG qui interviennent. Si j'ai moins de soins, j'ai plus de temps pour la coordination. Il ne faut pas non plus se faire manger par le soin, alors qu'il y a toute la coordination derrière. Il faut un bon équilibre.

[Vous m'évoquez le suivi des escarres. Est-ce le MG ou les soignants qui sollicitent votre aide ?](#)

C'est d'abord les soignants, car ce sont eux qui le voient et ils sont formés. On a le groupe « plaie et cicatrisation » avec l'hôpital. Donc là-dessus, on n'est quand même pas mal au point. Après l'aide-soignante, c'est le pansement fait par l'infirmière. Normalement quand l'aide-soignante voit quelque chose, on le dit en synthèse, et on appelle tout de suite le MG : y-a-t-il quelque chose à faire sur la nutrition, le matelas, etc... ?

Il y a un autre problème aussi : le budget global. Ici, on est en budget global, et ça, le MG a du mal à comprendre. En ville, ou dans les petites maisons de retraite avec un budget partiel, la personne a besoin d'un fauteuil roulant, le médecin prend son ordonnancier et le prescrit. Ici, non. On a un pool. C'est à nous à prendre le matériel dans le pool. Le médecin a la pression du résident et de la famille. En disant, « *si, si, il faut, il faut, il faut* ». Un MG m'a dit « *oui mais la famille m'a tellement demandé que je leur ai fait l'ordonnance* » alors qu'il sait très bien qu'il n'a pas le droit et qu'on va passer derrière parce que la SECU au bout de quelques années va nous réclamer. Au bout de 3ans, ils font un point, et d'un seul coup on va recevoir une facture en disant « *il nous faut 900euros, parce que vous avez acheté du matériel en ville* ». Donc le budget global, ils ont un petit peu de mal.

[Ces informations concernant le budget, vous la donnez au fur et à mesure des situations ?](#)

Ils le savent. Mais ils ont la pression de la famille, du résident, et ils finissent par faire l'ordonnance.

Ils vous informent quand même ?

Non. Une fois, quelqu'un qui est même très ancien ici, il le savait, mais il disait qu'il avait tellement eu la pression, qu'il a quand même fait l'ordonnance. Il ne me l'a pas dit parce qu'il savait très bien que ce qu'il faisait n'était pas bien ! (rire) le souci c'est que l'ordonnance a trainé sur une table, et je l'ai vu. Il m'a dit « *je n'ai pas pu faire autrement.* »

Pourquoi la famille met elle la pression si le matériel est disponible ici ?

Parce que lorsqu'on est en budget global, nous par exemple, on travaille en pluriannuel, donc on ne peut pas, je dis n'importe quoi, 50 matelas anti-escarres. Il faut qu'on fasse : cette année on va acheter autant de fauteuils roulants, autant de coussins, autant de matériel. C'est vrai que le matériel vieillit, et qu'on n'a pas forcément le renouvellement derrière et l'enveloppe qui correspond. Donc on a du matériel un peu abimé. Alors que c'est vrai, en ville c'est beaucoup plus simple, le MG fait son ordonnance et on va chercher à la pharmacie un beau fauteuil, ou un déambulateur adéquat, avec l'assise, et tout neuf. Alors que nous, le matériel a vécu. Le résident ne comprend pas qu'en ville, c'est pléthore. On demande et on a tout de suite.

Intervenez-vous pour informer la famille et le résident ?

Je les informe plusieurs fois, parce que c'est quelque chose qu'ils ne conçoivent pas. On les informe déjà à la visite de préadmission : « *si vous venez chez nous ...* » On les informe quand ils arrivent ou quand ils sont dans la demande. On les informe aussi quand il y a une dépendance qui s'installe. Et on les informe quand ils ont été en ville et qu'ils n'ont pas le droit. Le directeur fait un courrier en disant que ce qui a été fait n'est pas légal.

Je vous remercie.

AUTEUR : Nom : DUDZINSKI

Prénom : Cécile

Date de Soutenance : mardi 9 mai 2017

Titre de la Thèse : Relations entre médecins coordonnateurs d'EHPAD et médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : médecin coordonnateur d'EHPAD, médecins généralistes

Contexte: Face au vieillissement de la population et au manque croissant de médecins généralistes, des interrogations demeurent sur le lien entre les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et la médecine générale libérale. L'objectif était d'analyser la représentation des médecins coordonnateurs d'EHPAD sur leurs relations avec les médecins généralistes.

Méthode : La première partie était une étude quantitative descriptive transversale par questionnaire structuré, interrogeant les médecins coordonnateurs d'EHPAD du Nord, sur leurs profils et leurs parcours professionnels. La deuxième partie était une étude qualitative thématique, interrogeant des médecins coordonnateurs sur leurs relations avec les médecins généralistes. L'échantillonnage était raisonné à variation maximale, réalisé à partir des résultats de la première étude. Les entretiens étaient individuels, semi-dirigés, à questions structurées et ouvertes, aidés d'un guide d'entretien évolutif.

Résultats : L'activité de 111 groupes d'EHPAD et le parcours de 66 médecins coordonnateurs ont été analysés. Parmi ces derniers, 10 ont bénéficié d'un entretien individuel. Ces médecins coordonnateurs déclaraient avoir de bons rapports avec la plupart des médecins généralistes. Ces bonnes relations étaient favorisées par les rencontres physiques et la propre expérience des médecins coordonnateurs en médecine générale libérale. Un travail en binôme s'observait surtout lors des soins palliatifs ou lors les relations problématiques avec les familles des résidents. Les rencontres se faisaient de façon informelle ou lors d'appels téléphoniques émis par le médecin coordonnateur. La difficulté de faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques gériatriques était déplorée. L'élargissement des missions des médecins coordonnateurs visait à favoriser la permanence des soins.

Conclusion: Le ressenti des médecins coordonnateurs sur leur rôle et leurs relations avec les médecins généralistes est hétérogène. Aujourd'hui, une collaboration étroite entre ces deux professionnels reste nécessaire pour mener à bien leurs missions respectives. L'adaptation du cadre légal respectant l'hétérogénéité du terrain, et clarifiant le rôle de chacun semble nécessaire.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs : Monsieur le Professeur Eric Boulanger, Monsieur le Docteur Jean-Paul Lamonnier, Monsieur le Docteur Marc Bayen