



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge du patient par le
médecin généraliste. Etude qualitative menée auprès de médecins
généralistes du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2025 à 18 heures
au Pôle Formation
par Tatiana BAHIER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseur :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Martine MAHIEU-SKOTARCZAK

AVERTISSEMENT

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

CONFLITS D'INTERET

Je déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

ABREVIATIONS

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MG : Médecin Généraliste

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

PEC : Prise En Charge

MédCo : Médecin Coordonnateur

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

GH-ICL : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

AFFSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé

BU : Bandelette Urinaire

ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	7
INTRODUCTION.....	9
MATERIELS ET METHODES	11
I. Type d'étude	11
II. Aspect réglementaire	11
III. Constitution de l'échantillonnage	11
IV. Déroulé des entretiens et obtention des verbatims	12
V. Guide d'entretien.....	12
VI. Analyse des données	13
RESULTATS.....	14
I. Intégration d'un lieu de vie médicalisé	15
A. Médicalisation du lieu de vie du patient.....	15
B. Travail en équipe pour le médecin généraliste	19
C. Un fonctionnement indépendant du médecin généraliste	23
II. Intégration d'un lieu de vie collectif	26
III. Un changement de domicile pour le patient.....	29
IV. L'EHPAD comme dernière demeure du patient.....	32
V. L'EHPAD : une institution en manque de moyens	35
VI. Modélisation.....	38
DISCUSSION	40
I. Résultats principaux et comparaison avec la littérature	40
A. Perte de l'exclusivité de la prise en charge du patient par le médecin généraliste.....	40
B. Prise en charge de la fin de vie facilitée par l'accès aux EMSP	41
C. Sécurisation de la prise en charge du patient par une présence paramédicale constante.....	42
D. Risque de délégation excessive de tâches médicales aux infirmiers pouvant s'avérer délétère	43
E. Surmédicalisation des prises en charge en EHPAD.....	44
F. Une perte d'informations affaiblissant la qualité de la prise en charge et le suivi médical du patient	45
G. Dégradation des relations entre le médecin généraliste et le patient ainsi que sa famille.....	46
H. Mise à mal de la prise en charge du patient dans des structures sous tension	48
II. Forces et faiblesses de l'étude.....	50
A. Faiblesses de l'étude	50
B. Forces de l'étude.....	50
CONCLUSION	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
ANNEXES	56
Annexe 1 : Déclaration au registre DPO	56
Annexe 2 : Lettre d'information aux médecins généralistes.....	57
Annexe 3 : Guide d'entretien initial	58
Annexe 4 : Evolution du guide d'entretien.....	59
Annexe 5 : Guide d'entretien final	60
Annexe 6 : Extraits de l'arbre de codage	61
Annexe 7 : Grille COREQ	62

RESUME

Contexte

Le vieillissement de la population française et la perte d'autonomie qui en découle vont amener le médecin généraliste à intervenir plus souvent dans les EHPAD. Ces structures disposant de moyens médicalisés et d'une équipe pluriprofessionnelle ancrent le patient dans un plan de soin personnalisé. Cependant, des études ont suggéré qu'il y existe des freins à l'intervention du médecin généraliste. L'objectif de cette étude était d'étudier l'impact de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge du patient par le médecin généraliste.

Méthode

Une étude qualitative inspirée de la méthode de théorisation ancrée a été réalisée. Dix entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais et intervenant en EHPAD, recrutés par bouche-à-oreille selon un échantillonnage en « boule de neige ». Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données, avec un entretien de consolidation. L'analyse des données a été triangulée.

Résultats

La surveillance constante du patient permet une sécurisation de son milieu de vie, une meilleure prévention des complications et un recours réduit aux hospitalisations. Une collégialité est rendue possible par la présence d'un médecin coordonnateur et par l'accès facilité aux équipes mobiles. Le médecin généraliste doit cependant s'adapter au travail en équipe et à ses contreparties : risque de confiance excessive, d'excès ou d'écarts de prescriptions ou encore de dégradation de la relation médecin-patient. Le manque de moyens financiers et humains subi par les EHPAD peut entraîner une désindividualisation et une déshumanisation de la prise en charge du patient.

Conclusion

Les résultats de cette étude suggèrent un impact ambivalent de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge du patient par son médecin généraliste. Des perspectives d'amélioration existent : meilleure communication entre médecin généraliste et médecin coordonnateur ; meilleure définition de leurs rôles respectifs concernant les prescriptions ; amélioration de la formation des infirmiers aux règles de prescription des examens complémentaires ; harmonisation des logiciels de suivi médical ; maintien d'une relation privilégiée entre le médecin et le patient ainsi que sa famille ; adaptation du budget alloué aux soins et à la qualité de vie du patient.

INTRODUCTION

L'INSEE prédit un allongement de l'espérance de vie de façon continue jusqu'en 2060, date à laquelle le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans pourrait atteindre les 5 millions (1). Chez les Français de plus de 65 ans, une personne dépendante sur deux vit actuellement en institution et selon Santé Publique France, le nombre de personnes âgées dépendantes pourrait atteindre 2,3 millions d'ici 2060 (2). Le vieillissement de la population et la perte d'autonomie qui en découle pourraient donc nécessiter de doubler le nombre de places disponibles dans les EHPAD d'ici 2030 (3).

Le médecin généraliste est un acteur majeur dans la prise en charge des patients âgés et sera donc amené à intervenir plus souvent dans les EHPAD. Une étude menée dans les Hauts-de-France en 2019 soulignait que 80% des médecins interrogés réalisaient des visites en EHPAD et suivaient en moyenne 11 patients répartis dans 2 à 3 établissements différents (4). Les médecins généralistes sont donc impliqués dans le suivi de leurs patients âgés, cela même après leur institutionnalisation.

Les EHPAD sont des structures d'accueil financées par les Agences Régionales de Santé et les Conseils Départementaux. Ils répondent à des critères de qualité définis par une convention et ont pour but d'accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie et de leur assurer une prise en charge globale comprenant l'hébergement, l'animation, la restauration et les soins (5).

L'EHPAD constitue pour le résident un lieu de vie doté de moyens médicaux et paramédicaux avantageux. En effet, la présence de soignants permet une surveillance du patient et de son état de santé mais également la réalisation des principaux soins (pansements, administration des traitements, etc...). Une prise en charge multi-professionnelle est également possible grâce aux liens entre l'équipe soignante, le médecin

coordonnateur et les différents intervenants libéraux (médecin généraliste, kinésithérapeute, psychologue...). Cette organisation permet l'intégration du patient dans un projet de soin personnalisé.

La prise en charge des patients institutionnalisés n'est pas pour autant moins complexe puisque l'admission en EHPAD se faisant le plus tardivement possible, c'est souvent avec de lourdes comorbidités que les personnes âgées y sont admises (6). Il s'agit de patients polypathologiques nécessitant un temps de consultation médicale adapté, estimé en moyenne à 32 minutes pour un résident (7).

En ce qui concerne le médecin généraliste, des études ont mis en lumière les freins à son intervention dans les EHPAD. La complexité des dossiers médicaux des patients en faisait partie mais d'autres facteurs, liés aux EHPAD ou à leur organisation, étaient également pointés du doigt : difficulté d'accessibilité au dossier du patient, caractère chronophage des visites, disponibilité fluctuante des équipes soignantes ou encore rémunération jugée inadaptée (4,8,9).

A première vue, l'entrée en EHPAD semble donc engendrer des conséquences ambivalentes ; bénéfiques pour la sécurité du patient et la réalisation de ses soins médicaux mais plus préjudiciables vis-à-vis de l'intervention sur place des médecins généralistes.

Ces constats nous ont amené à mener une étude dont l'objectif est de comprendre comment l'entrée en EHPAD pouvait impacter la prise en charge du patient par le médecin généraliste.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

L'étude est qualitative, inspirée de la théorisation ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais de juillet 2023 à novembre 2024.

II. Aspect réglementaire

Le 5 avril 2023, cette étude a fait l'objet d'une déclaration portant le numéro 2023-062 au registre des traitements de l'Université de Lille (Annexe 1).

III. Constitution de l'échantillonnage

Les participants ont été contactés par mail ou par téléphone dans l'entourage direct du chercheur et par bouche-à-oreille, créant un échantillonnage en boule de neige («snowballing»). Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste installé dans le Nord-Pas-de-Calais et de réaliser des visites dans au moins un EHPAD.

Un document explicatif était remis aux médecins contactés et détaillait l'objectif et les conditions de réalisation de l'étude (Annexe 2). Suite à la lecture de ce document, les médecins désireux de participer contactaient le chercheur afin de convenir d'une date et d'un lieu pour réaliser l'entretien.

IV. Déroulé des entretiens et obtention des verbatims

Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel, au cabinet du médecin généraliste interrogé. Le recueil des données a été effectué après consentement éclairé et oral de chaque participant informé au préalable de l'enregistrement des entretiens à l'aide de l'application « Enregistreur Vocal » d'un smartphone Samsung®.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité à l'aide du logiciel Microsoft Word®. Dans un but d'anonymisation des verbatims, les noms propres et villes d'exercice ont été supprimés et le codage suivant a été attribué à chacun des participants : P01, P02, P03 etc.

Les entretiens retranscrits n'ont pas été retournés aux participants pour d'éventuelles modifications.

Le nombre d'entretiens n'était pas connu à l'avance. La suffisance des données a été atteinte au 9^e entretien et a été confirmée par un entretien de consolidation permettant d'arrêter le recueil de données après 10 entretiens.

V. Guide d'entretien

Un premier guide d'entretien semi-dirigé a été rédigé à l'aide de la bibliographie (Annexe 3). Celle-ci a été réalisée à partir des bases de données PubMed et SUDOC grâce aux mots clés suivants : « EHPAD » ; « institutionnalisation » ; « médecin généraliste » ; « personne âgée ».

Le guide d'entretien était composé de questions pour caractériser la population (âge, sexe, date d'installation etc), d'une question brise-glace et de plusieurs questions ouvertes.

Le guide a évolué en fonction des réponses apportées et a été modifié après le deuxième entretien (Annexes 4 et 5).

VI. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Excel® qui a permis la réalisation d'un codage ouvert, axial puis sélectif permettant l'établissement d'étiquettes, de propriétés et de catégories.

L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par confrontation des résultats de deux investigatrices : Mme LENTIEUL Camille, médecin généraliste remplaçante et Mme BAHIER Tatiana, investigatrice principale, toutes deux novices dans la recherche qualitative.

L'analyse intégrative a permis l'établissement d'un arbre de codage (Annexe 6) ainsi que la construction d'un modèle explicatif.

Cette thèse s'appuie sur les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for RE-porting Qualitative research) qui a été complétée au fur et à mesure (Annexe 7).

RESULTATS

Dix entretiens ont été menés de juillet 2023 à novembre 2024. La durée de ces entretiens s'étendait de 7 minutes et 50 secondes à 48 minutes et 33 secondes. La durée moyenne était de 23 minutes et 38 secondes et la durée totale de 3 heures, 56 minutes et 15 secondes. L'âge moyen des participants était de 41 ans.

Tableau des caractéristiques des médecins généralistes interrogés :

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Année d'installation	Type activité	Nombre d'EHPAD	Durée de l'entretien
E001	F	35	Ville	2015	MSP	2	7 min 50 sec
E002	F	47	Village	2009	Cabinet de groupe	4	10 min 27 sec
E003	M	38	Ville	2015	MSP	2	17 min 04 sec
E004	F	30	Ville	2023	MSP	2	30 min 24 sec
E005	F	44	Village	2011	MSP	2	17 min 04 sec
E006	M	38	Ville	2015	ESP	1	24 min 14 sec
E007	M	62	Ville	1989	MSP	2	48 min 33 sec
E008	M	28	Ville	2024	MSP	1	16 min 37 sec
E009	M	62	Ville	1990	Cabinet de groupe	1	35 min 21 sec
E010	F	29	Ville	2024	Cabinet de groupe	2	28 min 41 sec

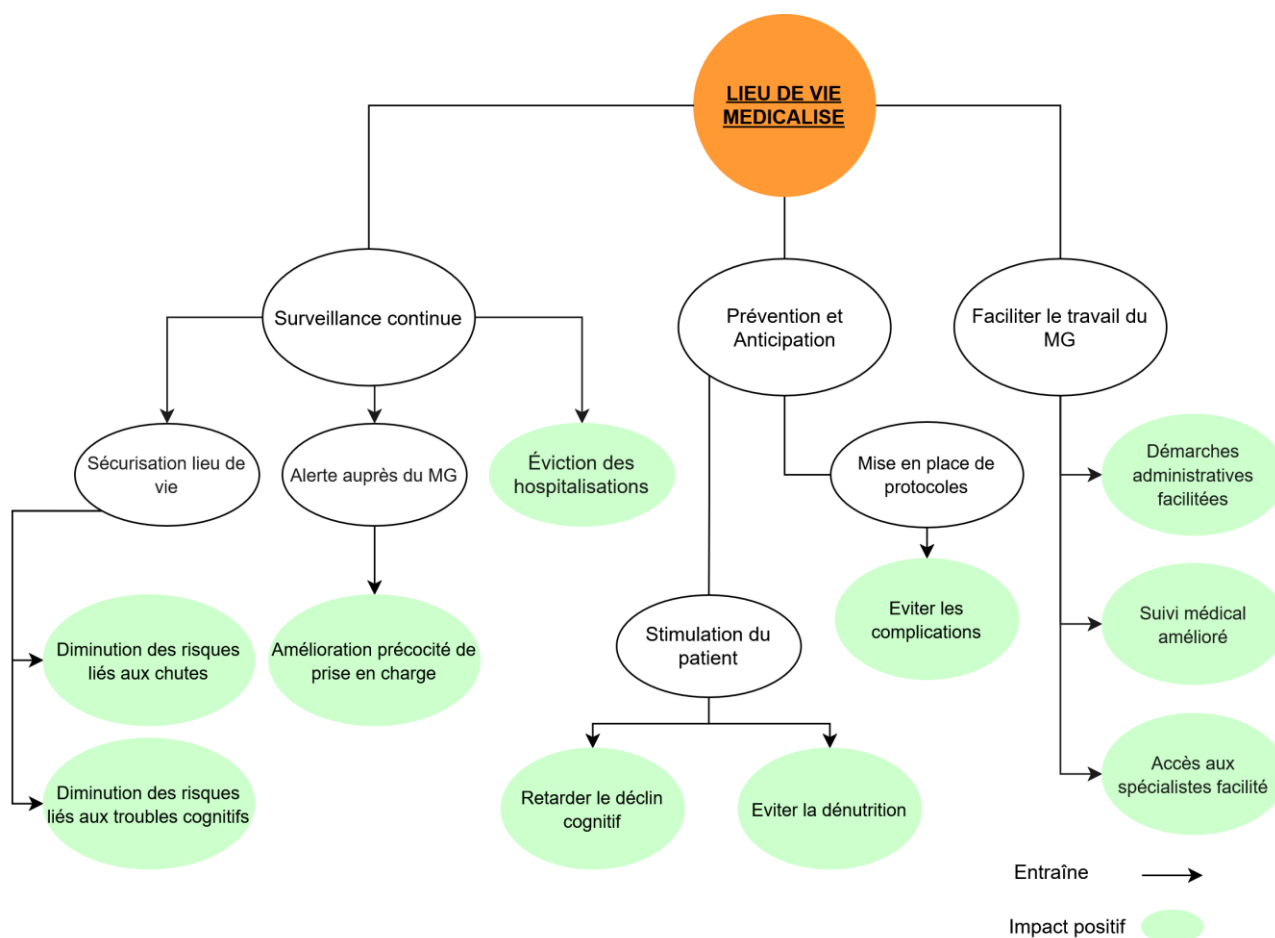
Les résultats de l'étude sont expliqués ci-dessous à l'aide de tableaux et de schémas explicatifs. Le code couleur utilisé est le suivant :

- Le vert représente les impacts positifs de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge du patient par le médecin généraliste,
- Le gris représente les impacts négatifs de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge du patient par le médecin généraliste.

I. Intégration d'un lieu de vie médicalisé

A son entrée en EHPAD, le patient voit son lieu de vie se médicaliser. Selon les médecins généralistes interrogés, cela impacte positivement la prise en charge du patient de différentes manières, que nous allons détailler. Pour le médecin généraliste, le changement réside dans le fait de devoir travailler en équipe dans un environnement indépendant de son cabinet. Ces deux points semblent présenter des impacts positifs mais également négatifs, que nous citerons.

A. Médicalisation du lieu de vie du patient



Selon les médecins généralistes, cette médicalisation implique tout d'abord une surveillance continue du patient qui permet une sécurisation de son milieu de vie. L'impact est décrit comme positif en permettant une meilleure gestion du risque de chutes et en diminuant les mises en dangers chez les patients présentant des troubles cognitifs. La surveillance du patient permet également d'améliorer la précocité de sa prise en charge puisque le médecin généraliste est informé par l'équipe soignante dès qu'un problème est constaté. Enfin, la possibilité d'une surveillance continue en EHPAD permet d'éviter les hospitalisations non nécessaires.

Surveillance continue	Sécurisation du lieu de vie	Chez les patients chuteurs	<p>P01 : <i>"Parce que c'est une dame qui tombait beaucoup, qui était toute seule, qui s'était déjà enfermée chez elle enfin ce genre de choses-là donc on a tout de suite été vachement plus sécurisés, elle aussi, la famille aussi et oui du coup c'était plutôt positif hein dans ce sens-là."</i></p> <p>P04 : <i>"Si il y a des chutes c'est pris en charge hyper rapidement normalement donc ça c'est quand même le côté positif."</i></p>
		Chez les patients présentant des troubles cognitifs	<p>P02 : <i>"Mieux, quand c'est dans les troubles cognitifs. Là ça change tout. A domicile, par exemple Mme M. que tu connais, à la maison ça devenait infernal hein, elle jetait des trucs des papiers, elle a failli mettre le feu, donc quand c'est des troubles cognitifs et qu'ils vont en EHPAD euh ouai c'est quand même mieux pour tout le monde hein."</i></p> <p>P03 : <i>"Je pense que pour les déments c'est indispensable ; le maintien à domicile chez les déments c'est quand même super compliqué."</i></p>
	Alerte du MG permettant une prise en charge précoce		<p>P04 : <i>"Alors sur un côté plutôt positif c'est que quand tu as une équipe sur qui tu peux compter euh ils sont au taquet hein, ils savent te dire « aujourd'hui ça va pas » ; « les urines elles sentent j'ai fait une BU » ; ils peuvent quand même assez vite anticiper."</i></p> <p>P05 : <i>"Non moi ce que je vois c'est surtout la présence du corps infirmier. Personnel soignant et personnel aide-soignant aussi parce que les aides-soignantes alertent en disant « là y a un ulcère », « y a un érythème », « y a des rougeurs » alors que le patient à domicile, il va pas nous le dire hein."</i></p> <p>P08 : <i>"Ah ba c'est beaucoup plus simple ! L'infirmière elle te mâche le boulot, y a quelqu'un qui surveille H24 les gens là-bas, ils t'appellent quand y a un soucis."</i></p> <p>P09 : <i>"L'infirmière appelle dès qu'il y a un problème"</i></p>
	Eviction des hospitalisations		<p>P02 : <i>"C'était une patiente qui avait 98 ans donc bon... est ce qu'il fallait l'envoyer, pas l'envoyer euh... donc elle a été mise sous oxygène on a essayé en EHPAD au maximum de gérer."</i></p>

Grâce à la médicalisation du lieu de vie, les médecins généralistes décrivent une meilleure prévention des complications. En effet, les patients sont stimulés par l'équipe soignante dans les activités de la vie quotidienne notamment lors des prises alimentaires ou encore des activités. Cela permet de limiter les risques de dénutrition ou encore de retarder l'apparition d'un éventuel déclin cognitif. Des protocoles peuvent également être mis en place afin de prévenir certaines complications. P01 citait l'exemple des protocoles de réhydratation sous-cutané l'été, permettant d'éviter le risque de déshydratation.

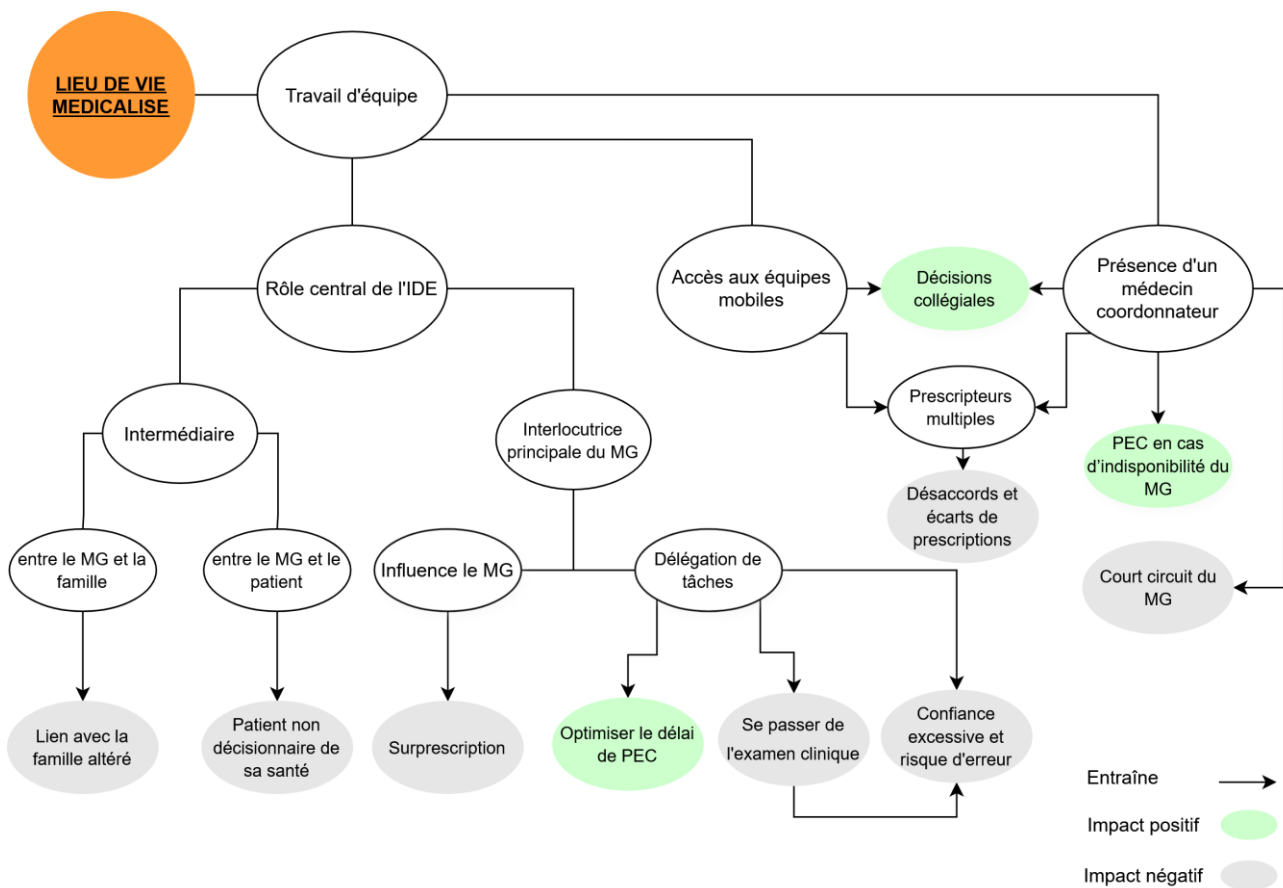
Prévention et anticipation	Stimulation du patient	Retarder le déclin cognitif par les activités	P10 : <i>"Je pense que ça dépend vraiment aussi du patient, du cas par cas. Je pense qu'il y a des patients c'est vraiment fait pour eux. Moi j'en ai des jeunes qui ont plutôt des pathologies sur des retards mentaux etc, qui ont une soixantaine d'années et c'est hyper adapté ils font des activités et ils y sont super bien je pense que eux ils ont jamais été aussi bien que ça à domicile."</i>
		Eviter la dénutrition par la stimulation alimentaire	P09 : <i>"Bon faut pas prendre au premier degré ce que je vais dire mais euh bon voilà hein une plante verte si on lui met de l'eau et de l'engrais ba elle continue à vivre hein voire même dès fois elle se développe hein. Bon les patients qui étaient un peu précaires médicalement à la maison et qui après un an d'EHPAD ont pris 7 ou 8 kilos quoi hein parce que on s'occupe d'eux, on leur donne à manger."</i>
	Mise en place de protocoles	P01 : <i>"Je me suis fait justement la remarque en ce moment mes patients ils allaient très bien et que malgré le fait qu'il fasse chaud, qu'on surveille la déshydrat tout ça ils étaient plutôt bien gérés et que les protocoles étaient déjà mis en place pour tout ce qui était sous-cut et tout ça donc non c'était plus une remarque dans ce sens-là, c'était mardi dernier tu vois, ils avaient tous déjà leur protocole de sous-cut"</i>	

Enfin, la médicalisation du lieu de vie du patient est décrite comme une véritable aide organisationnelle. En effet, les demandes de rendez-vous auprès des spécialistes sont réalisées directement par l'équipe infirmière. Le suivi médical du patient est également simplifié en comparaison avec le domicile grâce à la possibilité de tenir un dossier médical informatisé, le plus souvent complété par les transmissions des soignants. Enfin, l'équipe infirmière organise le suivi du patient en informant de façon régulière le médecin généraliste des renouvellements à réaliser.

Aide organisationnelle pour le MG	Aide administrative	<p>P03 : <i>"mais après avec l'EHPAD de S. quand je demande un rendez-vous pareil, les demandes sont faites"</i></p> <p>P08 : <i>"à l'EHPAD quand il faut prendre des rendez-vous c'est eux qui appellent. A la maison la plupart du temps c'est moi qui appelle."</i></p> <p>P09 : <i>"quand y a des démarches de prises de rendez-vous, de transport, bon l'équipe de l'EHPAD elle gère ça assez tranquillement donc euh c'est plus facile pour nous je pense."</i></p>
	Aide à l'accès aux spécialistes	<p>P03 : <i>"Après ba la disponibilité des spécialistes [...] j'ai remarqué que l'hôpital de L. est beaucoup plus réactif quand on fait une demande par exemple pour la dermato pour les personnes âgées ça c'est bien j'ai eu des retours sur des mails envoyés où ils les convoquent."</i></p>
	Aide au suivi médical par rapport au domicile	<p>P04 : <i>"c'est un peu moins chiant parce qu'en fait tout est dans l'ordinateur, y a quand même ce côté suivi qu'on a moins au domicile."</i></p> <p>P04 : <i>"Et après sur le plan du suivi ça facilite quand même un peu la tâche parce que c'est eux-mêmes qui écrivent nos transmissions ; quand j'oublie c'est eux qui me disent « ba la dernière fois t'avais dit ça »."</i></p> <p>P05 : <i>"Alors c'est plus facile parce que quand les infirmières gèrent bien le dossier du patient c'est facile. « Ah ba ça fait deux ans qu'il est pas allé chez le cardio, est ce que vous pensez que... ? ». Y a des réflexes de suivi."</i></p> <p>P10 : <i>"Les infirmières de l'EHPAD elles nous envoient toujours un mail début de semaine, du lundi, en nous disant le nombre de renouvellements qu'il y a à faire, si on doit passer, si y a d'autres petits trucs."</i></p> <p>P10 : <i>"quand on arrive là-bas ils savent quand on passe, y a toujours une infirmière qui nous attend. Ils ont leur petite feuille c'est ultra carré avec les renouvellements et la paperasse qu'ils doivent nous demander pour certains patients"</i></p>

B. Travail en équipe pour le médecin généraliste

Par la présence d'une équipe pluriprofessionnelle incluant les infirmiers, les aides-soignants, le médecin coordonnateur, les équipes mobiles ou encore les intervenants libéraux, le médecin généraliste s'entoure d'une équipe médicale et paramédicale, ce qui impacte la prise en charge de son patient.



Tout d'abord, l'équipe infirmière occupe un rôle central dans la prise en charge du patient en EHPAD. Elle constitue l'interlocutrice privilégiée du médecin généraliste qui peut se permettre de lui déléguer des tâches à distance (demande d'examens, réalisation de soins) afin d'optimiser la prise en charge de son patient. Cependant, certains médecins participants à l'étude ont émis le sentiment qu'une confiance parfois excessive en l'équipe infirmière pouvait les inciter à se passer de l'examen clinique ou encore à sur-prescrire certains examens.

IDE comme interlocutrice principale du MG	Délégation de tâches et optimisation de la PEC	<p>P08 : <i>"Moi j'ai l'infirmière qui gère les gens, elle m'appelle, si je peux me déplacer j'y vais sinon ils commencent à gérer deux trois trucs. Ne serait-ce que quelqu'un qui a l'habitude de faire des infections, tu leur fais faire une bio et un ECBU ; toi t'arrive t'as ta bio et ton ECBU ça facilite quand même bien la vie"</i></p> <p>P09 : <i>"Donc y a des problèmes qu'on peut régler téléphoniquement, « bon faites un ECBU », je récupère l'ECBU, je fais une prescription et puis voilà, si y a pas de fièvre ou de critères de choc septique euh bon... bref décompensation, y a des choses qui sont gérées par téléphone"</i></p>
	Se passer de l'examen clinique	<p>P04 : <i>"Euh le côté négatif c'est peut-être que parfois on s'appuie peut être un peu trop sur l'équipe ; le jour où t'as pas le temps tu demandes juste si ça va du coup tu les vois pas alors que si c'est du domicile tu te poses pas la question t'es obligé de les voir"</i></p> <p>P06 : <i>"Ca m'arrive parfois de repartir sans avoir vu les patients il faut être honnête, dans ce cas-là on laisse des consignes, on fait l'impasse, on fait ce qu'on peut."</i></p> <p>P10 : <i>"L'examen clinique tu fais quand même confiance pas mal aux infirmières donc je vais parfois moins pousser je pense peut-être à tort mon examen clinique chez un patient à l'EHPAD en me disant « bon de toute façon si il y a quelque chose ça va être vu par les IDE, les aides-soignants etc... »."</i></p>
	Influence sur les prescriptions	<p>P04 : <i>"Est-ce qu'on surmédicalise peut-être aussi parce que du coup en fait ils te contactent tout le temps, ils ont nos mails et nos numéros donc dès qu'il y a un truc peut-être qu'on médicalise un peu trop. Tu vois à un moment donné t'as une gastro t'as une gastro enfin en ville je pense qu'ils t'appelleraient pas parce qu'ils ont une gastro donc ça c'est peut-être un peu chiant."</i></p> <p>P10 : <i>"Je pense que y a peut-être des sur prescriptions en EHPAD ; que ce soit dans des bios ou des ECBU dégainés à la moindre petite confusion ou au moindre 38 alors que finalement si on avait attendu les choses rentrent dans l'ordre et en ville on nous aurait pas appelé on aurait pas su, on aurait pas lancé l'ECBU."</i></p>

L'équipe infirmière prend également le rôle d'intermédiaire entre le médecin et le patient, ce qui peut entraîner une exclusion du patient des décisions concernant sa santé. Suite à l'entrée en EHPAD, le médecin généraliste perd quant-à-lui son rôle « d'interlocuteur privilégié » auprès des familles, pouvant créer une barrière entre les deux parties.

IDE comme intermédiaire	Exclusion du patient des décisions concernant sa santé	P04 : "Le patient il est en chambre, sa place elle est en chambre et l'organisation des soins se fait dans le bureau médical et cette barrière là en fait elle impacte énormément la vision enfin ouai le patient il est plus maître et en fait même tu vois le peu de patients qui essaient de garder pas main mise parce que ce serait un défaut mais qui essaient de s'impliquer dans leur prise en soins ba ils sont étiquetés de chiants tu vois... alors que c'est dommage tu vois [...] Ouai ils sont plus acteurs non on les a exclu de leur parcours, de ça quoi"
	Changement d'interlocuteur pour les familles	<p>P04 : "Y a quand même un petit mur je trouve entre nous et les familles. Je ne rencontre pas les familles. Alors c'est peut-être de ma faute hein, j'aurai pu proposer à ce qu'on se voit mais forcément avec ton organisation, ça fait que tu as pas beaucoup de temps. Alors qu'au domicile tu les vois les familles, tu les connais très bien."</p> <p>P09 : "Je pense que les gens, dès lors que leur parent est institutionnalisé, euh... on les voit plus ; on les voit plus, on les entend plus. Ils passent par l'infirmière, si il y a quelque chose à demander, ils passent par l'infirmière pour faire le relai et ils prennent plus contact directement avec nous. Donc les gens sont à l'EHPAD ils sont à l'EHPAD, pas à dire euh (se tape les mains) mais bon voilà... on est plus l'interlocuteur privilégié."</p> <p>P10 : "Ba déjà moi personnellement je les appelle jamais, je considère que je fais tout passer par les infirmières je leur dis « moi je fais ci je fais ça » et c'est à eux de prévenir la famille [...] tout ce qui est chronique j'appelle jamais la famille alors qu'à domicile si à un moment j'ai des difficultés je vais vite prendre mon téléphone"</p>

Ensuite, selon les médecins interrogés, la présence d'un médecin coordonnateur impacte aussi la prise en charge du patient. L'impact est positif en permettant la prise en charge rapide du patient en situation d'urgence et en cas d'absence ou d'impossibilité de passage du médecin traitant. Il existe également une possibilité de discussion collégiale concernant des situations de soins complexes pouvant mettre en difficulté le médecin généraliste. Cependant, des possibles désaccords avec le médecin coordonnateur dans le cadre des prescriptions médicales ont été décrits, ce qui peut impacter négativement la

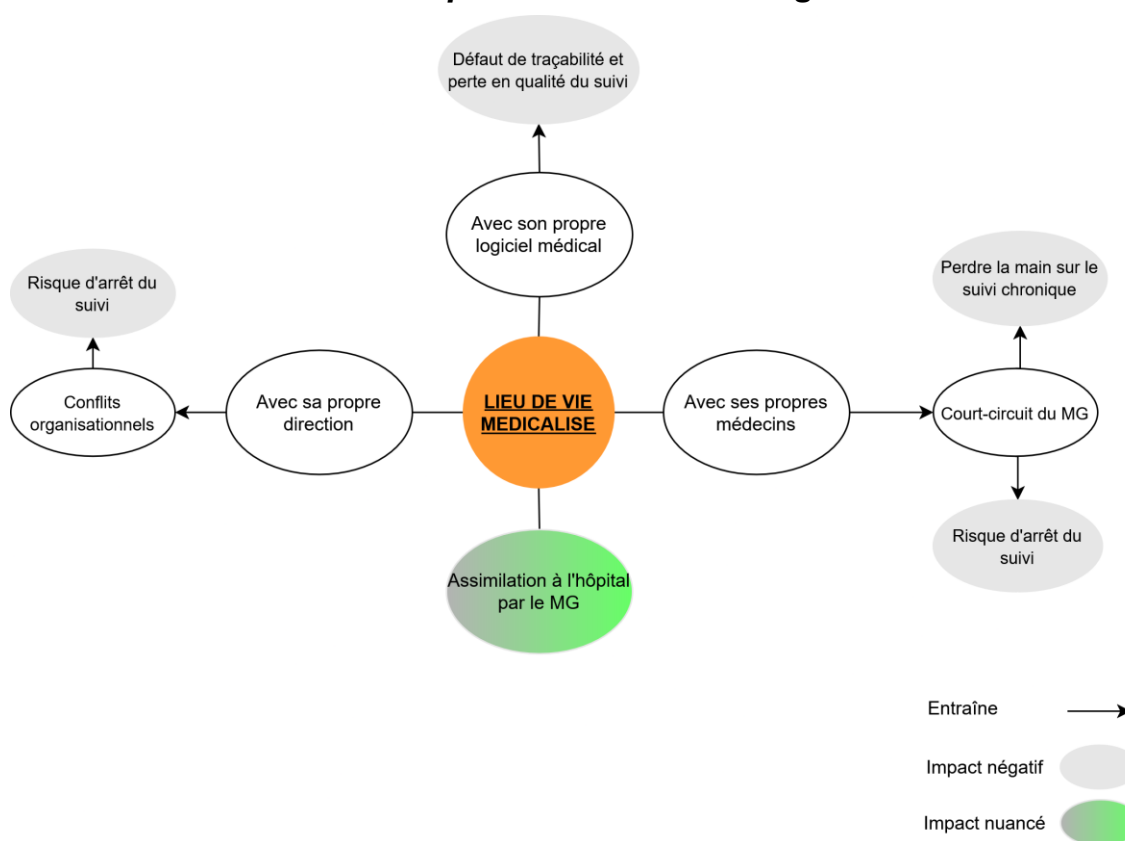
prise en charge du patient en entraînant des écarts de prescription. Certains médecins ont le sentiment d'être parfois « court-circuité » et de perdre la main sur la prise en charge de leurs patients.

Présence d'un Médecin Coordonnateur	Décisions collégiales	P06 : " Je trouve sympa quand même finalement de travailler avec les infirmières, les aides-soignantes même avec les médecins coordinateurs finalement je trouve ça assez sympa des fois de déléguer ou de parler de prises en charge et pas d'être tout seul à gérer les patients donc ça c'est un côté cool que je retrouve et qui me plait bien."
	Ecarts de prescriptions et court-circuit du MG	<p>P04 : "les méd co c'est bien et c'est pas bien. C'est-à-dire que parfois ils changent des trucs t'es pas au courant [...]. Le minimum c'est de te prévenir, bon demander ton accord j'en sais rien mais au moins échanger sur ce qui est fait, ce qui doit être fait, voilà faut qu'on soit au courant."</p> <p>P05 : "Bon après la médecin co est revenue et ça s'est pas bien passé (rires) c'est là que j'avais déposé mon tablier. C'était plus possible de travailler comme ça. Moi quand j'enlève de la metformine parce que le patient est pas diabétique si quelqu'un le remet derrière ça va pas quoi ; il est pas diabétique il a pas besoin d'avoir de metformine."</p> <p>P07 : "Parce qu'en fait le médecin coordonnateur se permettait de donner des avis sur nos traitements et une fois y a un avis qui est tombé sur un traitement morphinique, ça s'est terminé au Conseil de l'Ordre"</p> <p>P09 : "Alors ça dépend du coordonnateur, quand y en a un. On en a eu un y a pas longtemps qui avait tendance à nous shunter. Donc il appelait l'EMSA derrière notre dos sans nous tenir au courant."</p>
	Optimisation des prises en charges urgentes	<p>P01 : "Si déjà on pouvait avoir un médecin co dans toutes les EHPAD ça je pense que ce serait bien parce que ça dépatouille quand même pas mal de situations et c'est quand même bien pratique."</p> <p>P05 : "Alors ils peuvent le faire dans l'aigu hein, le patient va pas bien, le médecin est pas dispo effectivement"</p> <p>P10 : "Alors des fois y a de l'aigu et puis ba... je sais pas si elle a fait du libéral avant je lui ai jamais posé la question mais elle connaît la réalité du libéral : quand on dit qu'on peut pas passer c'est pas qu'on a pas envie, c'est qu'on est souvent débordés et des fois y a de l'aigu, elle nous appelle et elle va facilement dire « ba écoutez j'ai vu Monsieur Intel il présente ça, ça, ça, j'ai fait ci, je l'ai mis sous antibio, est-ce que ça vous va ? »."</p>

Enfin, l'EHPAD offre la possibilité de faire intervenir les équipes mobiles de soins palliatifs et de gériatrie. Cela est décrit par les médecins généralistes comme impactant positivement la prise en charge de leurs patients en permettant d'obtenir une collégialité pour les situations médicales les plus difficiles. Cependant, des désaccords concernant certaines prescriptions sont également évoqués.

Intervention des équipes mobiles	Décisions collégiales	P03 : "Je trouve qu'il y a eu des améliorations quand même depuis 8 ans que je suis installé notamment avec l'équipe mobile. Ça, ça a été une grande avancée je pense. Parce qu'on nous dit toujours « ils faut pas les envoyer aux urgences » pour les fins de vie tout ça mais le problème c'est que déjà on pouvait pas prescrire les médicaments donc moi je veux bien mais... quoi qu'il y a des parades. Et puis au moins on est pas seuls à prendre la décision et ça c'est bien."
	Désaccords et écarts de prescriptions	P03 : "Après le problème des équipes mobiles des gériatres c'est qu'ils retirent tous les médicaments parce que c'est pas bien de mettre des neuroleptiques et tout ça et puis après les patients ils foutent un bordel monstre et du coup on est obligé de les remettre. Ils aiment bien seulement quand c'est eux qui les prescrivent parce qu'ils les prescrivent ! Ils disent pas qu'ils ne les mettent pas, à chaque fois ils le font mais il faut que ça vienne d'eux ; si ça vient pas d'eux ils sont pas d'accord."

C. Un fonctionnement indépendant du médecin généraliste



L'intégration de l'EHPAD par le patient implique un changement pour le médecin généraliste qui intervient alors dans une structure au fonctionnement indépendant de son cabinet, possédant sa propre équipe médicale, son propre logiciel médical et sa propre direction.

Plusieurs médecins interrogés confient ne pas utiliser le logiciel médical de l'EHPAD, qu'ils jugent chronophage. Ils déclarent avoir recours à leur propre logiciel afin d'effectuer le suivi du patient. P10 déclarait ne pas laisser de trace écrite de son passage à l'EHPAD, ce qui peut altérer le suivi du patient, faute de transmission écrite pour l'équipe soignante.

<p>Différence de logiciel entre le cabinet et l'EHPAD</p>	<p>P05 : <i>"Moi j'ai mon logiciel qui est sur n'importe quel ordinateur y compris sur ma tablette donc j'utilise mon propre outil ce qui les prive elles du suivi du coup. Mais on m'a pas proposé non plus d'intégrer leur dossier de suivi"</i></p> <p>P09 : <i>"On nous a imposé pendant un moment de renseigner le logiciel de l'EHPAD bon on s'est un petit peu frité les médecins et l'EHPAD en disant « écoutez on va pas faire le boulot deux fois euh téléphoniquement vous pouvez nous joindre, si vous avez besoin d'un renseignement on a tout ici moi j'ai pas envie de renseigner et de faire deux fois le boulot ».</i></p> <p>P10 : <i>"Officiellement, y a un truc informatique mais moi mes codes... (souffle) on me les a donné au tout début une fois, j'ai jamais compris comment je me connectais donc je ne me connecte absolument pas, je ne mets aucune trace écrite à l'intérieur mais moi j'ai un petit cahier, euh... alors que j'ai sur moi mais du coup pour moi. Alors faudrait peut-être que je le laisse à l'EHPAD au cas où un jour on devrait... mais ouai du coup je note un petit mot de ma visite à chaque fois. Et puis après c'est transmission avec l'IDE, eux ils notent mais c'est vrai qu'il y a pas de trace écrite de mon passage sur leur logiciel à eux, je note pas mes constantes etc."</i></p>
---	--

L'EHPAD possède sa propre équipe médicale qui effectue parfois le suivi médical de certains résidents. Des médecins généralistes expliquent, de ce fait, avoir le sentiment d'être mis de côté dans la prise en charge chronique de leurs patients. P05 décrivait avoir déjà été mis sur le fait accompli qu'il n'était plus médecin traitant de son patient.

Court-circuit du MG	<p>P05 : <i>"Quand ils font leur entrée en EHPAD souvent y a un espèce de court-circuit, on leur propose le médecin de la structure et pas nous. [...] Mais oui on est souvent mis devant le fait accompli que nous ne sommes plus le médecin traitant"</i></p> <p>P06 : <i>"Moi là où je vais les gens sont, pour ce qui est des renouvellements de traitements on va dire, c'est géré par l'établissement. [...] Y a aussi des médecins gériatres et des médecins coordinateurs sur place donc voilà les renouvellements sont plutôt auto gérés par l'établissement [...] finalement on soigne bien les gens qu'on connaît bien d'une manière générale donc les personnes âgées je les vois facilement tous les mois parce que je sais que s'il se passe quelque chose je vais le voir tout de suite parce que je les connais bien. Je perds peut être un petit peu cet aspect là où je vais moins les voir justement pour le suivi chronique et donc je vais peut-être perdre un petit peu la main sur le suivi des pathologies chroniques puisque là dans mon cas je serais appelé plus pour des problèmes aigus donc finalement peut être que je perds en qualité de suivi voilà peut-être l'impression de perdre un petit peu la main."</i></p>
---------------------	---

L'EHPAD possédant sa propre direction et une organisation indépendante du médecin généraliste, certains décrivent une possibilité de conflits organisationnels pouvant, dans les cas plus extrêmes, aboutir à un arrêt de suivi de leur patient.

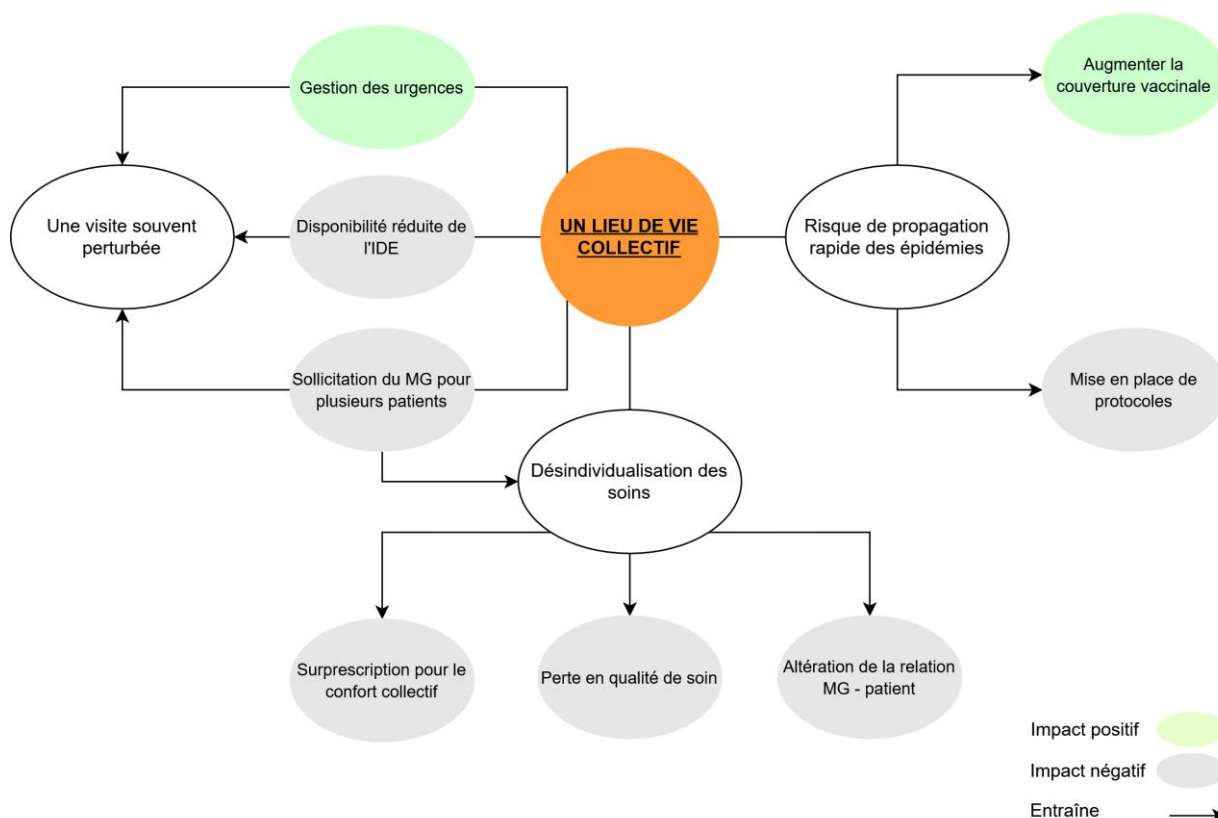
Conflits organisationnels	<p>P07 : <i>" Eh ben toujours généralement à cause d'un désaccord avec, pas tellement les médecins coordinateurs parce que on peut pas juger vu qu'il n'y en a pas partout, mais plutôt avec les directions puisque les directions euh... usent de leur pouvoir pour nous mettre sur la touche bien souvent."</i></p> <p>P09 : <i>"Ou alors faudrait qu'il y ait un problème relationnel avec l'EHPAD. Si j'ai refusé d'aller à l'EHPAD de C. c'est que ça n'allait pas dans mon organisation de fonctionnement"</i></p> <p>P10 : <i>"Donc si vraiment une situation organisationnelle venait à se dégrader à un moment peut être que ça aussi ça pourrait me dire « là j'arrête ». Alors est-ce que j'arrêterai en laissant mes patients que j'ai déjà ou est-ce que j'arrête d'en prendre et je les suis jusque la fin, ça faudrait vraiment voir le moment venu, au cas par cas."</i></p>
---------------------------	--

De par son organisation, P02 et P06 comparent d'ailleurs l'EHPAD à une structure hospitalière.

Assimiler à l'hôpital	<p>P02 : <i>"Honnêtement moi j'aime pas l'EHPAD (soupir). J'aimais pas travailler en hospitalier."</i></p> <p>P06 : <i>"Après d'un autre côté je suis content d'aller en maison de retraite parce que y a le travail en équipe qui... je vais pas dire qui me manque parce que c'est un peu... mais que je trouve sympa quand même finalement de travailler avec les infirmières, les aides-soignantes même avec les médecins coordinateurs finalement je trouve ça assez sympa des fois de déléguer ou de parler de prises en charge et pas d'être tout seul à gérer les patients donc ça c'est un côté cool que je retrouve et qui me plaît bien."</i></p>
-----------------------	--

II. Intégration d'un lieu de vie collectif

L'entrée en EHPAD constitue un basculement entre une prise en charge individuelle au domicile et une prise en charge devant s'intégrer dans le cadre d'une structure collective. Les impacts sont nombreux, notamment le risque de désindividualisation des soins et d'interférences avec la visite du médecin généraliste. S'y ajoutent également des risques inhérents à toute vie en collectivité, comme le risque épidémique.



La vie en collectivité majore le risque de propagation des épidémies. P02 évoque notamment une propagation rapide du COVID dans certains établissements, qui a pu être favorisée par le comportement des équipes soignantes. L'épidémie COVID a souvent abouti à la mise en place de protocoles de confinement dans les EHPAD ayant impacté négativement la prise en charge des patients. P07 a notamment déclaré s'être vu refusé le droit d'intervenir dans les EHPAD pour prendre en charge ses patients.

Prendre en compte le risque épidémique	Propagation des épidémies	P02 : <i>"Alors c'était cette maison de retraite là où il faisait un peu n'importe quoi le personnel hein... (lève les yeux au ciel). On avait su qu'ils avaient fait des barbecues tous ensemble en pleine épidémie donc euh ba tout le monde l'a attrapé et les patients l'ont tous attrapé donc là malheureusement ça avait été une très mauvaise gestion du personnel et tout ça."</i>
	Accentuation de la couverture vaccinale	P09 : <i>"Pendant l'épidémie de covid tout le monde s'est un peu serré les coudes : les coordonnateurs et les médecins traitants pour intervenir pour les vacciner euh bon, voilà et on sentait que là y avait une émulation parce qu'il fallait y aller."</i>
	Mise en place de protocoles	<p>P02 : <i>"Après on avait reçu euh, ce qui était un peu angoissant c'était tous les protocoles de sédation tout ça donc ouai c'était une période compliquée. Finalement elle s'en est bien sortie elle est pas morte de ça mais ouai ça a été un truc que j'avais pas aimé."</i></p> <p>P07 : <i>"Au moment du covid, ils nous ont interdit les entrées alors qu'on avait pas d'interdiction d'aller voir nos vieux patients à domicile. Ça aussi c'est quand même révélateur hein. Pendant le covid c'était très compliqué, très très compliqué, ils nous interdisaient l'entrée."</i></p>

Ensuite, l'entrée dans un lieu collectif a été décrite comme à risque de désindividualisation de la prise en charge du patient.

Par la présence de nombreux résidents pour un nombre de soignants parfois inadapté, certains soins comme la kinésithérapie sont parfois mis en commun et donc peu adaptés aux pathologies individuelles des patients. Des médecins avouent également observer un excès de prescription de certaines classes thérapeutiques comme les hypnotiques dans le cadre d'un confort collectif et non d'une prise en charge individuelle. Enfin, une modification de la relation médecin-patient peut s'observer dans les cas où le médecin est amené à rendre visite à plusieurs résidents lors d'un même passage à l'EHPAD, prenant alors moins de temps pour chacun d'entre eux.

Désindividualisation du soin	Prescriptions pour le confort collectif	<p>P07 : <i>"Regarde l'histoire du travail que j'avais fait sur la prescription des tranquillisants... j'avais fait un tableau en prenant les principales familles et sans typer le médicament, j'avais colorié « visée neuroleptique », « visée antalgique » etc... et puis j'avais présenté ça en disant « ba vous pouvez m'expliquer comment ça se fait que dans les tranquillisants neuroleptiques ils sont tous en rouge ? »."</i></p> <p>P10 : <i>"Peut-être du Risperdal ou du Seresta prescrits un peu à gogo parce que ba parce qu'on est plus tout seul et du coup ça agace le voisin, ça agace les équipes soignantes donc parfois il peut y avoir de la sur prescription."</i></p>
	Perte en qualité de soin	<p>P04 : <i>"Je trouve que ça reste une situation qui est maltraitante parce que je pense qu'il y a trop de patients pour pas assez de soignants et du coup t'as des gens ba tu fais tes toilettes en cinq minutes, tu les réveilles tous à 7 heures. Tu vois ? c'est pas personnalisé, y a pas d'adaptation"</i></p> <p>P07 : <i>"Par exemple, au lieu de faire de la kiné individuelle, ils font une séance de kiné collective"</i></p>
	Modification de la relation MG - patient	<p>P09 : <i>"Et c'est vrai que je trouve que la relation médecin patient n'est plus la même quand les gens sont institutionnalisés. C'est une relation qui est plus technique, y a moins de... voilà c'est aussi parce qu'on a plusieurs patients à voir et puis y a un tiers qui est là : l'infirmière etc."</i></p>

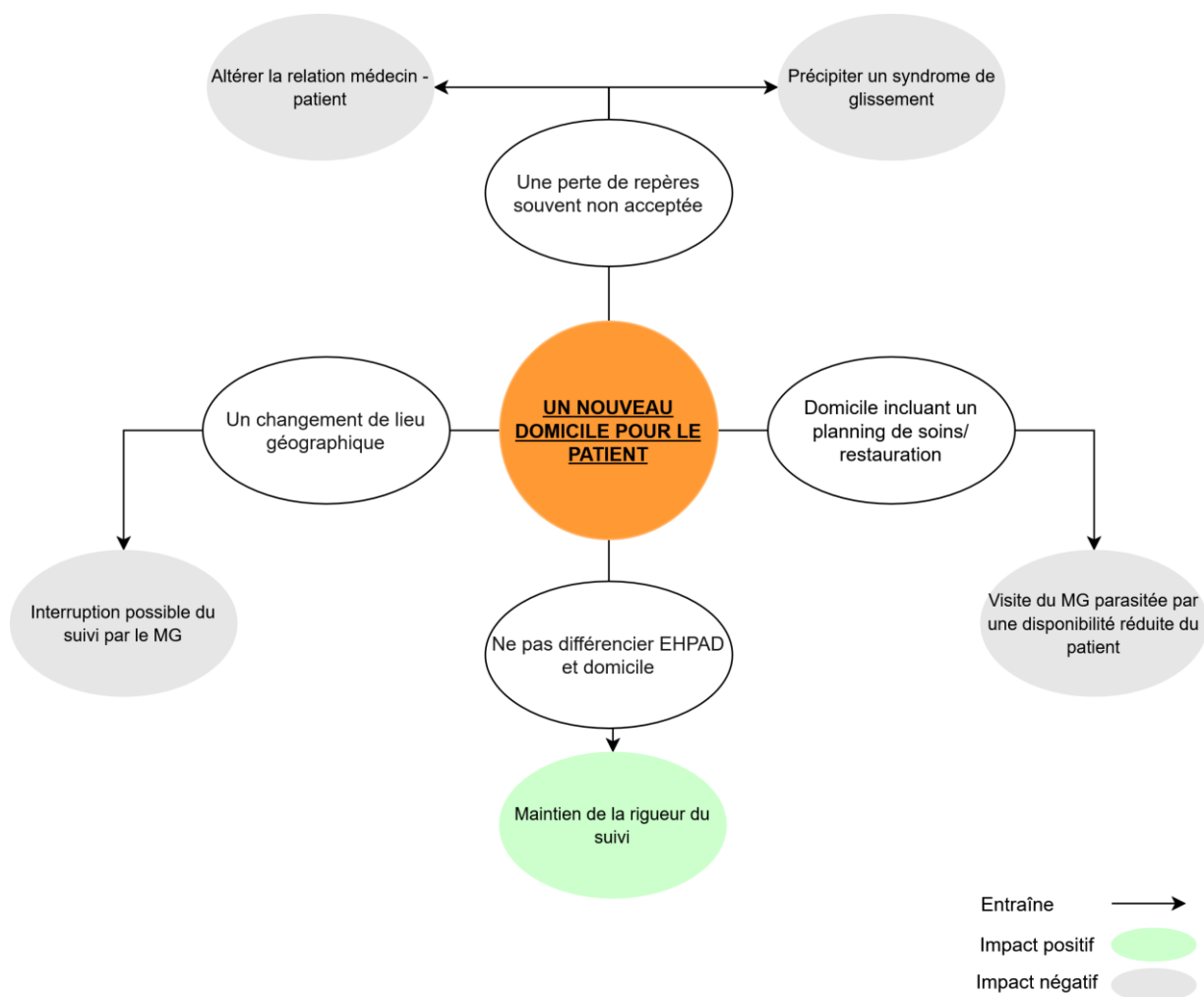
Enfin, certains médecins rencontrent des difficultés dans la prise en charge de leurs patients en EHPAD puisqu'il arrive qu'ils soient sollicités pour plusieurs résidents lors de leur visite. P9 décrit cela comme chronophage et P10 admet que cela puisse mener à des erreurs d'inattention pour cause de précipitation. L'équipe infirmière, quant à elle, prend en soin l'ensemble des résidents et est décrite comme peu disponible lors du passage du médecin, entraînant un impact négatif sur la prise en charge et le suivi du patient.

D'un autre côté, P03 et P10 décrivent un impact bénéfique de la vie en collectivité en EHPAD puisque cela leur permet parfois d'être sollicités pour prendre en charge les patients dans l'urgence, de façon imprévue.

Interférences avec la visite du MG	Sollicitation du MG pour plusieurs patients	<p>P09 : "C'est pas plus confortable parce que si il faut commencer à itinérer dans tout l'EHPAD pour voir chaque patient dans sa chambre ça prend du temps et on a quand même une activité qui fait qu'on compte son temps."</p> <p>P10 : "parfois y a quand même des loupés quand t'es débordé à l'EHPAD, quand t'en a 5-6 à voir et que t'as plein d'aigu. C'est vrai que des fois tu vas le voir il va bien, tu regardes la liste des traitements, tu le renouvelle et t'ouvre pas forcément le classeur pour voir à quelle date était la dernière glyquée etc..."</p>
	Disponibilité réduite de l'IDE	<p>P05 : "et puis ensuite il faut trouver l'infirmière et ça c'est une autre problématique."</p> <p>P09 : "il faut que l'infirmière soit présente, qu'elle soit pas tout le temps dérangée, qu'elle réponde pas tout le temps au téléphone euh voilà. Donc c'est difficile d'exiger de l'infirmière d'être présente voilà euh uniquement pour ça parce qu'elle a d'autres tâches et c'est ça qui peut parasiter."</p> <p>P09 : "Si j'ai refusé d'aller à l'EHPAD de C. c'est que ça n'allait pas dans mon organisation de fonctionnement ; je leur ai dit « voilà-moi si ça change pas j'interviens plus ; je ne veux pas vous imposer des choses mais quand je viens, vous me demandez de venir, j'estime qu'il faut qu'il y ait une certaine disponibilité parce que je peux pas tout faire tout seul »"</p>
	Gestion de l'imprévu	<p>P03 : "En fait je fais tout le temps mes renouvellements mais souvent y a de l'aigu pour l'un ou pour un autre et donc je l'intègre dedans".</p> <p>P10 : "Parce que nous on est trois médecins au cabinets et les trois on va là-bas et y a aussi les autres médecins et du coup pareil, elles savent qui travaille avec qui et donc si y a une urgence d'un de mes collègues qui est passé la veille et qui a pas prévu de repasser, elles m'en parlent aussi et je peux la voir"</p>

III. Un changement de domicile pour le patient

L'entrée en EHPAD constitue un changement de domicile pour le patient et sa prise en charge peut s'en retrouver impactée.



Un arrêt de suivi par le médecin généraliste et un changement de médecin traitant sont parfois possibles à l'entrée en EHPAD en cas d'éloignement géographique trop important ou si le médecin généraliste choisit de ne pas intervenir dans l'EHPAD intégré par le patient.

Un changement de lieu géographique et possible arrêt de suivi par le MG	<p>P02 : "mais je les prends que si ils sont dans des maisons de retraite où je peux encore faire des visites. Si j'en ai pour plus d'une demi-heure trois quart d'heure après je peux plus hein."</p> <p>P03 : "Je les suis, sauf si ils vont dans un EHPAD assez loin c'est-à-dire S. ça va, L. ça va, quand ils vont à A.. Mais après des fois ils vont à L. ou plus loin là, ça fait un peu loin, ça fait un peu hors secteur donc du coup ba là je transmets, mais j'ai pas eu beaucoup de cas, peut-être une ou deux mais c'est tout."</p> <p>P04 : "Je lui ai dit que c'était pas vraiment mon secteur et donc qu'elle se renseigne pour qu'elle ait un autre médecin"</p> <p>P06 : "Toujours dans l'idée des visites chronophages je vais pas rajouter des kilomètres en plus."</p> <p>P10 : "Si ils doivent aller plus loin ba c'est tout j'arrêterai de les suivre en espérant pour qu'ils trouvent quelqu'un d'autre."</p>
---	---

Lorsqu'ils poursuivent le suivi, les médecins généralistes considèrent que l'EHPAD constitue le nouveau domicile de leur patient et que le rythme de suivi se doit d'être identique à celui qui était appliqué lors des visites à domicile.

Suivi identique qu'à domicile	<p>P05 : <i>"Moi je les vois mensuellement en ville mes patients de plus de 80 ans ou qui ont des problèmes de santé donc là j'estime que les patients doivent être vus mensuellement comme je le fais en ville et je vais faire la même chose qu'en ville."</i></p> <p>P07 : <i>"Aucune... aucune différence, c'est pareil. Parce que je considère que je vais les voir à leur nouveau domicile, ce qui est le cas hein, ils élisent domicile à leur nouveau domicile."</i></p> <p>P10 : <i>"Euh (réfléchit) en nombre de passages, à domicile je fais trois mois aussi donc ça ça ne change rien."</i></p>
-------------------------------	--

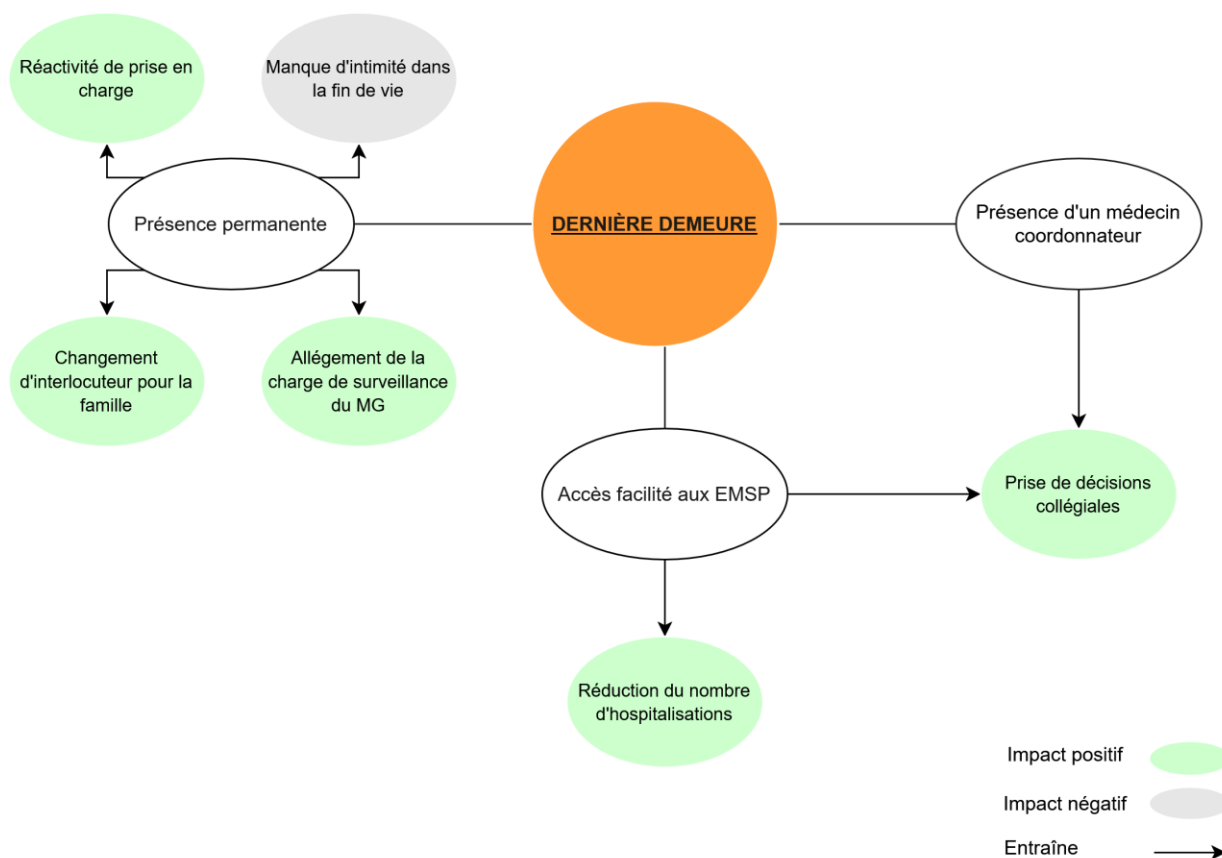
Les médecins constatent souvent une perte de repères subie par le patient lors de l'entrée en EHPAD. Cela nécessite une adaptation de leur prise en charge avec une nécessité de porter une attention toute particulière au risque de syndrome de glissement représenté par une dégradation rapide, physique et morale, du patient suite à un facteur déclenchant (ici l'entrée en EHPAD). Cette perte de repères peut également altérer la relation médecin-patient dans le cadre d'une dégradation de l'état cognitif du patient. P07 expliquait que suite à leur entrée en EHPAD, plusieurs de ses patients ne le reconnaissaient plus.

Perte de repères souvent non acceptée par le patient	Guetter un syndrome de glissement	<p>P04 : <i>"Je pense que c'est pas facile parce qu'ils perdent leurs points de repère quand même hein. "</i></p> <p>P06 : <i>"J'ai une patiente qui était rentrée à 92 ans mais qui était très très très bien ouai qui s'est euh je pense... voilà qui a mal vécu son entrée en maison de retraite, qui s'est très vite dégradée. Enfin j'ai plusieurs situations euh... j'ai l'impression que ouai y a un certain nombre de patients, j'en ai d'autres en tête qui se sont vraiment dégradés à partir du moment où ils sont rentrés."</i></p> <p>P09 : <i>"Y en a par contre qui s'adaptent jamais et qui se laissent un peu glisser [...] Ça m'ait même arrivé de dire des fois connaissant le patient à la famille qui veut mettre le patient en EHPAD « voilà ok mais je pense que là si vous le mettez à l'EHPAD dans six mois il est mort »"</i></p> <p>P10 : <i>"Y a des patients plus âgés qui ont toute leur tête et qui je pense n'avaient pas envie d'y être et s'y retrouvent euh ça se passe pas forcément bien"</i></p>
	Impact sur la relation MG - patient	<p>P07 : <i>"Un patient que tu soignes tout le temps, il rentre en EHPAD, tu vas le voir il te reconnaît plus. Bon, si tu les mets en EHPAD c'est qu'ils sont pas déjà très nets mais y a vraiment une cassure (fait le geste avec sa main). Alors pas toujours hein mais c'est arrivé plusieurs fois."</i></p>

Le patient élit domicile dans une structure d'hébergement assurant les soins et la restauration. P04 et P06 décrivent que leurs patients se retrouvent souvent peu disponibles au moment de leur visite à cause de leur planning d'activités, de soins ou de restauration. Cela est décrit comme impactant négativement la prise en charge médicale car l'examen clinique est parfois réalisé dans de mauvaises conditions voire rendu impossible.

Disponibilité du patient réduite par le planning de soins et de restauration du nouveau domicile	<p>P04 : <i>"Mais le matin ce qui est chiant c'est les toilettes et le repas. Parce qu'en fait ils les descendent assez tôt et parfois si je fais des domiciles avant j'arrive à 11h et en fait ils sont déjà en bas donc c'est chiant parce que du coup je les examine pas en chambre, je les déplace ou des fois je les examine au self quand c'est juste une tension et qu'ils vont très bien."</i></p> <p>P06 : <i>"Parce que passé 11h30 les gens sont souvent en train de manger [...] et en fait c'est peut être ça qui rend les visites un peu compliquées pour certains médecins c'est effectivement si faut courir après le patient"</i></p> <p>P06 : <i>"Parfois ils sont en ergothérapie ou en train de faire un atelier et voilà ça m'énerve un petit peu parce qu'on perd un petit peu de temps. En principe quand ils savent que je passe ils laissent les patients en chambre mais parfois ça arrive."</i></p>
--	--

IV. L'EHPAD comme dernière demeure du patient



Un impact positif de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge des patients en fin de vie a été décrit dans notre étude.

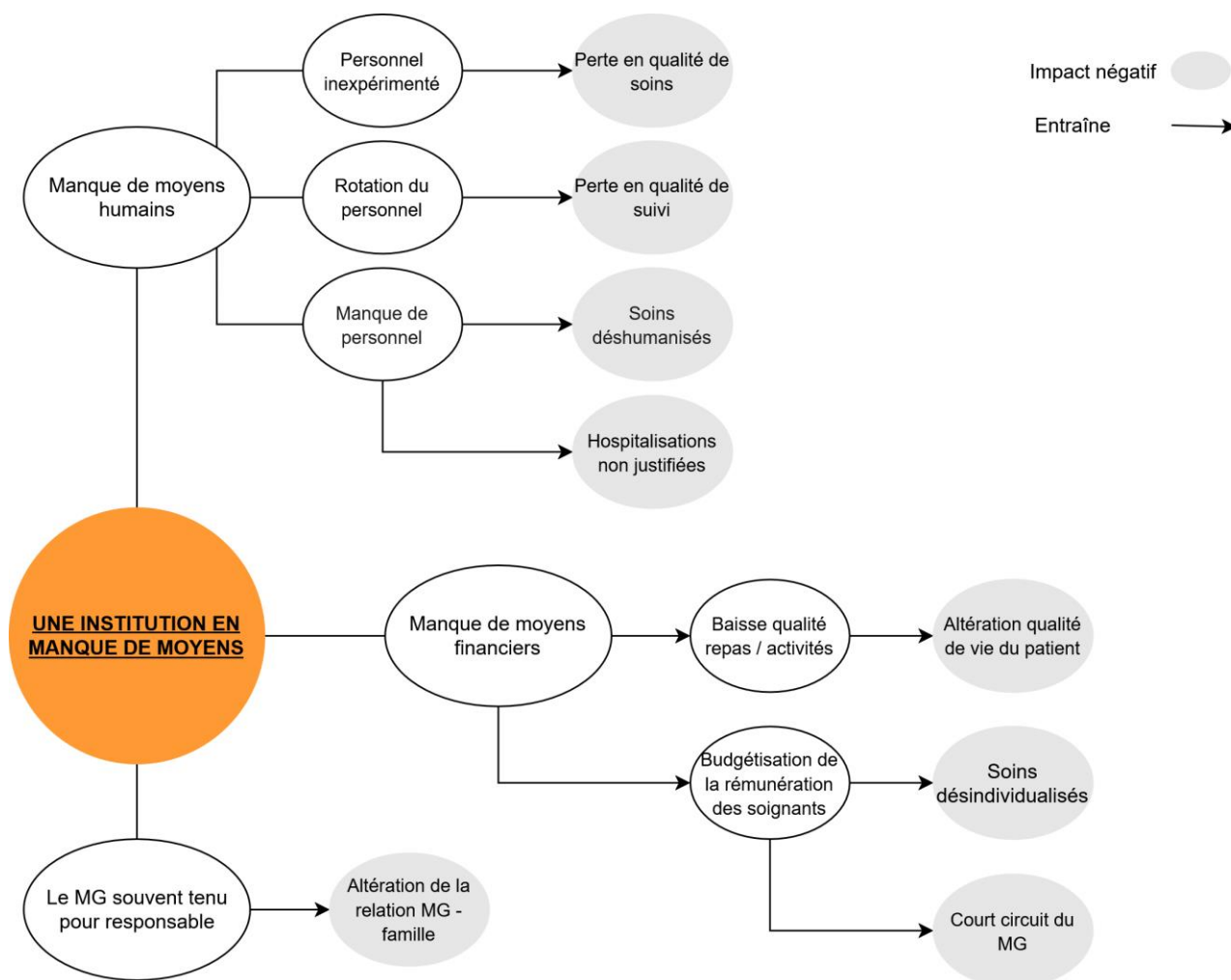
Les médecins interrogés décrivent que la surveillance constante du patient permet une prise en charge réactive en cas de signe d'inconfort ainsi qu'une éviction des hospitalisations. Les soins de confort sont facilités par le passage des équipes de soins palliatifs et la présence du médecin coordonnateur qui permettent une prise en charge collégiale du patient. P03 et P04 expliquaient également se sentir épaulés par l'équipe soignante et les équipes mobiles qui prennent souvent le rôle d'intermédiaire avec la famille du patient en fin de vie.

L'unique impact négatif a été décrit par P06 qui regrettait le manque d'intimité dans la fin de vie pouvant être imputé à la présence constante du personnel soignant.

Prises de décisions collégiales	<p>P03 : <i>"Et puis au moins on est pas seuls à prendre la décision et ça c'est bien"</i></p> <p>P10 : <i>"En EHPAD... moi déjà dans les deux EHPAD où je vais y a un médecin co qui est super accessible, c'est des situations qu'on fait facilement ensemble."</i></p> <p>P10 : <i>"On peut aussi faire passer une équipe mobile palliative dans les deux aussi et ils sont plutôt réactifs. [...] Donc ça se met en place bien, c'est quand même des discussions qui peuvent se faire à plusieurs"</i></p>
Eviter l'hospitalisation	<p>P03 : <i>"Je trouve qu'il y a eu des améliorations quand même depuis 8 ans que je suis installé notamment avec l'équipe mobile. Ça, ça a été une grande avancée je pense. Parce qu'on nous dit toujours « ils faut pas les envoyer aux urgences » pour les fins de vie tout ça mais le problème c'est que déjà on pouvait pas prescrire les médicaments donc moi je veux bien."</i></p>

Une présence permanente	Réactivité de prise en charge	<p>P07 : "mais dans tous les cas en ce qui concerne la fin de vie dans les EHPAD, localement c'est plus facile parce qu'il y a un échange beaucoup plus facile : l'équipe sur place, l'équipe de soins pall qui échange avec, au-delà de nous, avec les équipes sur place donc euh... ça tourne plus vite et ça s'enrichit plus vite"</p> <p>P10 : "et puis après y a les équipes infirmières qui sont sur place pour la surveillance de la douleur, de l'anxiété ; quand c'est stabilisé c'est stabilisé mais dès qu'il y a un petit doute ba un mail, un appel et t'ajuste les doses plus facilement je pense que quand c'est à domicile. Le fait que ce soit une structure médicalisée rend le truc plus simple qu'à domicile"</p>
	Allègement de la charge de surveillance du MG	<p>P04 : "Je ressens pas forcément le besoin de passer toutes les 48 heures parce comme y a quelqu'un qui va me dire si ça va pas, voilà. Alors qu'en ville, franchement c'est lourd une fin de vie à domicile"</p> <p>P05: "J'ai une copine qui est médecin co et qui fait des fins de vie par ce que ça sollicite de façon quotidienne et que le médecin ne peut pas venir quotidiennement"</p>
	Perte d'intimité	<p>P06 : " Je pense que c'est plus sympa de vivre une fin de vie en tous cas pour le patient, entouré de sa famille que entouré du personnel de l'EHPAD. Donc y a cet aspect-là.</p> <p>P06 : "dans ces moments-là je trouve que c'est mieux géré dans l'intimité "</p>
	Changement d'interlocuteur pour la famille	<p>P03 : "y a l'équipe mobile de soins palliatifs qui passe je pense dans beaucoup d'EHPAD et ça c'est vachement bien parce que du coup ça déstresse beaucoup sur la fin de vie notamment pour les familles parce qu'ils les rencontrent à chaque fois et ça, ça nous décharge pas mal. Du coup t'es quand même moins obligé de les rencontrer les familles, c'est eux qui s'en occupent et voilà."</p> <p>P04 : "Quand la personne vient à décéder, t'as pas le côté euh... qui rend la chose très lourde au niveau des familles quoi... t'as un intermédiaire, t'as toujours quelqu'un. T'as pas ce côté je sais pas qui je dois appeler"</p>

V. L'EHPAD : une institution en manque de moyens



Un impact négatif du manque de personnel dans les EHPAD est décrit, entraînant une rotation importante des équipes soignantes et le recrutement de personnel que les médecins interrogés jugent insuffisamment expérimenté. Ceci peut altérer la qualité du soin et du suivi mais également induire une déshumanisation des soins et des hospitalisations non justifiées.

Le manque de moyens financiers est également pointé du doigt par les médecins généralistes qui estiment qu'une baisse de qualité des activités ou encore des repas

pourraient altérer la qualité de vie de leur patient. Ils dénoncent également un budget contrôlé pour la rémunération des intervenants libéraux, pouvant entraîner une désindividualisation des soins (mise en commun des séances de kinésithérapie par exemple) ou une sollicitation moins fréquente des médecins généralistes qui sont alors tenus à l'écart de la prise en charge de leur patient.

Manque de moyens financiers	Baisse en qualité de vie du patient	<p>P03 : <i>"Si, les repas ! Qu'ils mangent mieux (rires). Ba finalement ça fait partie du soin quand même hein. Ils nous disent tout le temps qu'ils prennent pas de poids ou qu'ils perdent du poids plutôt, je pense que oui ce serait bien mais bon ça c'est une question de budget."</i></p> <p>P04: <i>"Donc peut être des prix plus abordables mais avec moins ce côté où il faut de la rentabilité parce que c'est ça qui fait que quand ils prennent des marges ba... et c'est peut-être pour ça qu'il y a pas d'activités du coup parce que c'est pareil hein, y a pas assez d'activités collectives, pas assez d'activités en extérieur. T'es en EHPAD tu bouges pas de ton EHPAD, tu bouges pas de ton étage non plus et si t'as la chance de faire la salle commune et la chambre t'es déjà bien loti. Donc ça, ouai faut qu'on traite mieux nos vieux hein aussi."</i></p> <p>P07 : <i>"Mais y a des tas de choses qu'on faisait et qu'on ne fait plus. L'EHPAD d'A. avait lancé avec l'EHPAD de L. un défilé de mode pour les personnes âgées et c'est abandonné faute de moyens. A L., les infirmières et le personnel faisaient un gala de danse tous les ans, ça a été abandonné. A A., y avait un jukebox qui était adapté aux personnes âgées, il est plus là. A L., ils avaient des vélos où il fallait faire des kilomètres devant une télé, ils sont plus là. Parce que bien sûr, ces trucs-là, c'est la dessus qu'on va réduire d'abord et avant tout. A L., toutes les semaines y avait une dame qui venait avec ses gaufres (rires). Si moi j'étais attiré... j'suis pas le seul gourmand... ba y a plus. Tout doucement, tout doucement on retire."</i></p>
	Impact sur la rémunération des libéraux altérant la prise en charge du patient	<p>P06 : <i>"Et savoir que je suis payé par l'établissement et pas par la sécurité sociale, c'est dans leur budget donc je pense que du coup forcément on m'appelle peut être moins facilement en sachant que ça leur coûte de l'argent et qu'ils ont déjà des médecins sur place."</i></p> <p>P07 : <i>"Y a déjà beaucoup d'EHPAD qui sont passés au paiement forfaitaire. Alors pour l'instant ils touchent pas aux médecins parce qu'ils ont déjà du mal à en trouver qui interviennent mais ils commencent à toucher aux paramédicaux. Par exemple, au lieu de faire de la kiné individuelle, ils font une séance de kiné collective et ensuite cette séance, au lieu d'être managée par un kiné, elle va être managée par un éducateur sportif... On tire toujours vers le bas"</i></p>

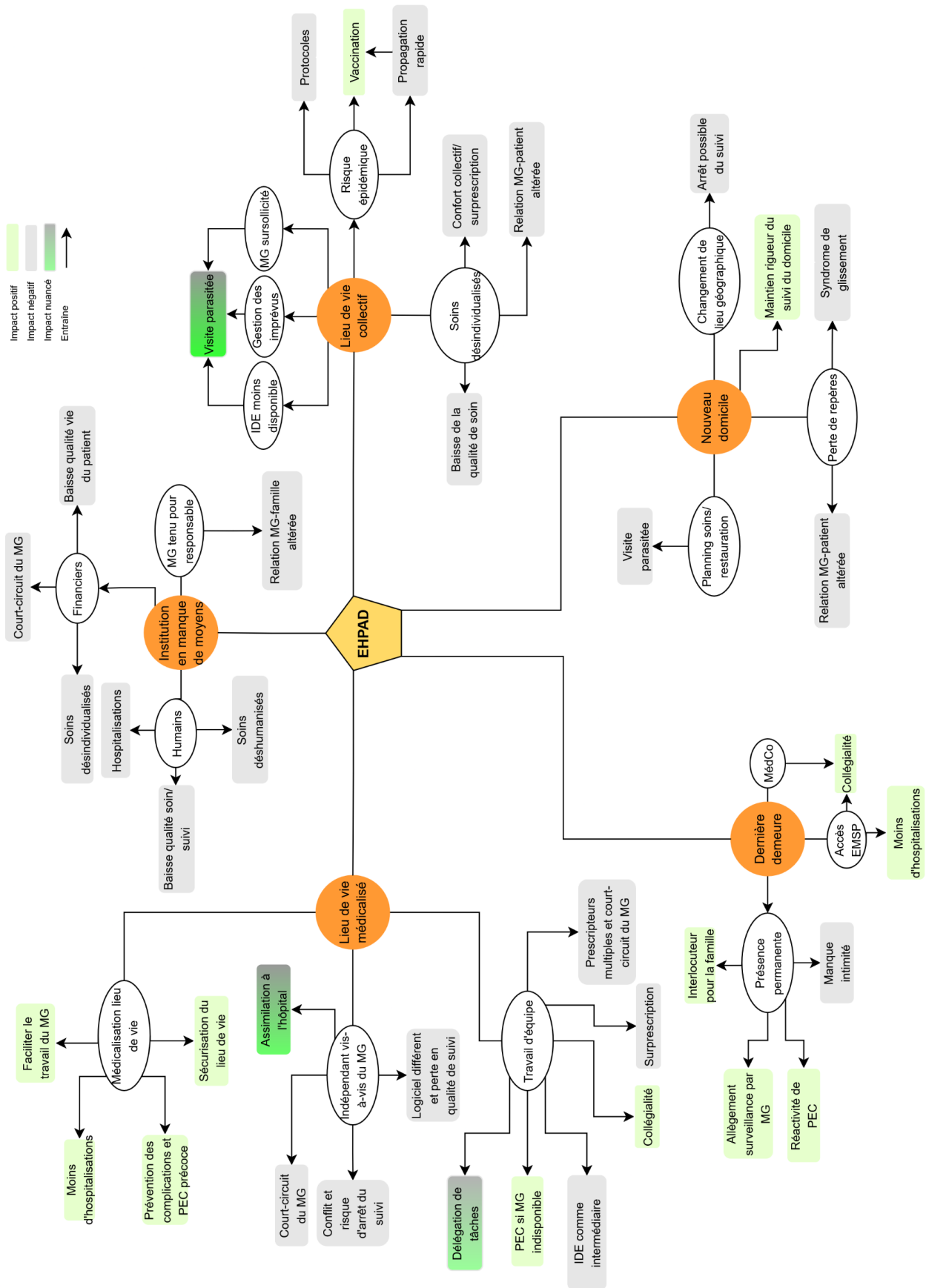
Manque de moyens humains	Perte en qualité de soin car personnel peu expérimenté	<p>P01 : "Ouai ouai ouai ba y a des fois où quand c'est des jeunes tu sais qui débutent ou des choses comme ça ils sont pas tout le temps prêts euh en mai juin là quand on commence à venir et du coup ils savent pas ce qu'on met comme protocoles, quand est ce qu'on les met."</p> <p>P01 : "Euh... les infirmières qu'on a c'est pas tout le temps des infirmières formées hein, y a beaucoup de jeunes qui arrivent et qui ne savent pas trop donc ça c'est un peu quelque chose qui peut être gênant."</p>
	Perte en qualité de suivi car rotation de personnel	<p>P02 : "c'est jamais les mêmes infirmières parce qu'elles, c'est compliqué aussi le personnel il change beaucoup. (souffle) c'est compliqué des fois ils se transmettent pas les infos, ils te rappellent le lendemain alors que tu es passé la veille, c'est pas quelque chose qui euh perso je suis pas fan de passer ouai les maisons de retraite c'est pas ce que je préfère."</p> <p>P02 : "les équipes sont jamais les mêmes, tu as un mal de chien à les retrouver donc je sais pas, qu'il y ait une meilleure coordination des infos"</p> <p>P03 : "Alors améliorer les choses je dirai ouai le turn-over des infirmières et qu'il y ait assez de personnel aussi. Je vois bien quand elles sont en coupure ou en vacances, elles sont pas la toute la journée ba je pense que c'est plus difficile."</p> <p>P07 : "ça devient de plus en plus compliqué avec des EHPAD où y a de plus en plus de coupures donc là aussi je trouve que ça altère beaucoup la prise en charge."</p>
	Soins déshumanisés	<p>P04 : "on les couche tôt, on les lève quand on peut enfin y a une espèce de maltraitance institutionnelle quand même un petit peu et du coup ils sont plus libres de rien."</p> <p>P04 : "Je trouve que ça reste une situation qui est maltraitante parce que je pense qu'il y a trop de patients pour pas assez de soignants et du coup t'as des gens ba tu fais tes toilettes en cinq minutes, tu les réveilles tous à 7 heures. Tu vois ? c'est pas personnalisé, y a pas d'adaptation et puis après t'as le côté pratico-pratique mais moi je regarde si t'as des gens qui sont à l'étage et qui ont des problèmes pour bouger ba ils bougent pas."</p> <p>P05 : "11h30 du matin, patient toujours pas levé, avec la protection sale de la nuit, la fenêtre pas ouverte, volet pas ouvert et pas à la demande du patient hein parce que l'équipe n'avait pas suffisamment de temps pour s'occuper d'elle. Donc c'est un peu compliqué hein, d'ouvrir les volets du matin à 11h30 chez une patiente par manque de personnel c'est très compliqué."</p> <p>P08 : "Ca veut dire que grosso modo ce patient il avait pas été changé et il avait pas été vu depuis au moins une bonne journée ou deux quoi. Et euh il est mort hein ! [...] Alors moi je m'en fous c'est pas ma famille mais tu te dis que heureusement que les gens savent pas tout le temps ce qu'il se passe parce que si la famille sait qu'il est mort à cause de ça et qu'en fait on s'en est pas rendu compte juste parce qu'on a pas changé ce pauvre mec c'est une énorme perte de chance quoi."</p>
	Hospitalisations non justifiées	<p>P01 : "C'est les aides-soignantes qui sont là la nuit et du coup dès qu'il y a un soucis y a pas l'infirmière donc en fait les patients sont... quand y a des problèmes ils appellent le 15, ils font hospitaliser assez facilement parce qu'il y a pas d'infirmière sur place qui pourrait réguler ça, je pense que c'est un des gros soucis"</p>

P07 et P10 déplorent être tenus responsables des défaillances des EHPAD et expliquent que cela peut mettre à mal la relation de confiance qu'ils entretiennent avec la famille de leur patient.

<p>MG souvent tenu pour responsable</p>	<p>P07 : <i>"la plupart du temps, ils considèrent qu'ils les mettent à l'EHPAD pour être tranquilles et pour avoir les mêmes services qu'à l'hôpital parce qu'ils confondent.. Etablissement hospitalier et EHPAD pour eux c'est la même chose et ils ont l'impression qu'à l'EHPAD ils vont avoir la même qualité de soins et c'est toujours nous qui sommes tenus responsables des défaillances qui sont inéluctables et ça se dégrade je trouve même..."</i></p> <p>P10 : <i>"Mais ceux qui souvent demandent à me voir c'est plus parce que alors quelques fois ils ont des questions sur la prise en charge médicale pure mais quand même souvent des revendications sur le global de l'EHPAD en disant « ba pourquoi ma mère elle est agitée ? », des fois ils me posent des questions sur les vêtements qui sont pas les leurs ; c'est pas de mon ressort mais c'est plus des plaintes sur l'EHPAD que sur la médecine pure. Mais quand y a pas de soucis tout va bien, c'est quand ça commence à partir en... que les familles commencent à mettre leur grain de sel."</i></p>
---	--

VI. Modélisation

L'ensemble des résultats détaillés ci-dessus a permis d'obtenir la modélisation de cette carte mentale explicative :



DISCUSSION

I. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

A. Perte de l'exclusivité de la prise en charge du patient par le médecin généraliste

L'EHPAD permet, grâce à son équipe soignante, la réalisation de soins médicaux adaptés à l'état de santé du patient. Celui-ci y est pris en charge selon un projet de soin personnalisé grâce à la collaboration entre les différents professionnels de santé y intervenant.

Après l'entrée en EHPAD, le médecin généraliste peut poursuivre la prise en charge de son patient en y effectuant des visites à domicile régulières. Toutefois, cela nécessite une adaptation du médecin qui voit son patient s'entourer d'une équipe pluriprofessionnelle.

Les EHPAD bénéficient de façon obligatoire depuis 2005 de la présence d'un médecin coordonnateur. Celui-ci est employé par l'établissement et possède plusieurs missions dont celles de coordonner les soins et d'améliorer la communication avec les intervenants libéraux. Il possède une formation gériatrique et selon l'article L313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, a la possibilité, pour les résidents qui le désirent, d'assurer leur suivi et de réaliser des prescriptions médicales (10).

Nous avons vu dans les résultats de l'étude que la présence d'un médecin coordonnateur peut impacter positivement la prise en charge du patient par la mise en place d'une collégialité et par la possibilité d'une prise en charge dans l'urgence. Cependant, un impact négatif est également décrit dans le cadre de désaccords sur les prescriptions et

d'un sentiment de mise à l'écart du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de son patient.

Un travail de thèse publié en mai 2017 étudiait le ressenti des médecins coordonnateurs en EHPAD sur leurs relations avec les médecins généralistes. Celui-ci mettait en évidence que les relations entre eux pouvaient être améliorées par des rencontres physiques et par l'expérience de certains médecins coordonnateurs en médecine générale libérale. Il existait un réel travail d'équipe dans le cadre des soins palliatifs ou lors de difficultés relationnelles avec des résidents et leurs familles. Cependant, les médecins coordonnateurs exprimaient leur difficulté à faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques gériatriques par les médecins généralistes (11).

Une amélioration de la communication entre médecin généraliste et médecin coordonnateur et une meilleure définition des rôles de chacun semblent donc nécessaires afin d'impacter positivement la prise en charge du patient en EHPAD.

B. Prise en charge de la fin de vie facilitée par l'accès aux EMSP

En 2019, 158 700 résidents d'EHPAD sont décédés dont 77% au sein même de leur EHPAD. Environ 9000 résidents ont bénéficié d'une prise en charge palliative au moment de leur décès et deux tiers des EHPAD ont signé une convention avec une EMSP (contre la moitié en 2011) (12).

Les médecins interrogés dans notre étude semblaient avoir moins de difficulté à mobiliser les EMSP en EHPAD qu'à domicile. Cela était décrit comme impactant positivement la prise en charge de leurs patients car les médecins les moins à l'aise avec

les soins de confort se sentaient épaulés dans les prises de décisions et les traitements à mettre en place. Ils évoquaient également réaliser moins d'hospitalisations de patients en fin de vie grâce à ces dispositifs améliorant les prises en charge en soins de confort.

Ces éléments rejoignent les résultats d'une thèse publiée en octobre 2017 qui récoltait le ressenti des médecins généralistes et des soignants concernant les apports procurés par le passage de l'équipe mobile de soins palliatifs du GH-ICL dans deux EHPAD. L'ensemble des participants interrogés étaient alors satisfaits de l'action de l'équipe mobile de soins palliatifs qui leur apportait soutien et conseils dans la prise en charge des patients en fin de vie. Cela concernait notamment l'aide à la prescription, l'aide à la prise de décision, l'accompagnement du patient et des soignants ou encore l'aide au maintien du résident dans son lieu de vie (13).

C. Sécurisation de la prise en charge du patient par une présence paramédicale constante

Dans une thèse publiée en 2024 s'intéressant au vécu des patients vis-à-vis de la transition domicile-EHPAD, ceux-ci exprimaient un sentiment de sécurité rendu possible par la surveillance paramédicale constante sur place (14).

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude ont évoqué un impact positif de la médicalisation du lieu de vie du patient sur sa prise en charge. La surveillance constante par l'équipe paramédicale permet une sécurisation du milieu de vie notamment chez les patients à risque de chutes. Les points de vue des médecins généralistes et des patients semblent donc se rejoindre concernant cet aspect de la vie en EHPAD.

D. Risque de délégation excessive de tâches médicales aux infirmiers pouvant s'avérer délétère

Comme nous l'avons vu dans les résultats, les médecins généralistes décrivaient la possibilité de déléguer des tâches aux infirmiers de l'EHPAD et de gérer certaines situations à distance. Si certains décrivaient cela comme une optimisation de la prise en charge, d'autres émettaient l'idée d'une confiance excessive. Le médecin généraliste pouvait alors délaisser l'examen clinique, considérant que le patient avait été vu par l'infirmier. Malheureusement, se passer de l'examen clinique peut avoir un impact négatif sur la prise en charge du patient avec pour risque principal l'erreur diagnostique.

Un travail de thèse publié en 2021 recueillait le ressenti des infirmiers d'EHPAD sur leur relation avec les médecins généralistes. Les infirmiers y décrivaient leur rôle d'observation, fondamental dans la prise en charge du patient, qui pouvait nettement simplifier le travail du médecin. Les infirmiers insistaient sur le fait que malgré tout, leur vision ne pouvait en aucun cas se substituer au diagnostic clinique du médecin. Ils éprouvaient parfois un surplus de responsabilité notamment dans le fait de réussir à décrire les éléments cliniques par téléphone, entraînant une angoisse que le médecin puisse décider de ne pas se déplacer (15).

Il semble primordial que la relation entre le médecin et l'équipe infirmière soit basée sur une confiance mutuelle, tout en respectant le cadre de compétence de l'infirmier. Il n'est pas acceptable que le médecin généraliste délègue des tâches purement médicales à l'infirmier en poste, au risque d'altérer la qualité de prise en charge du patient.

E. Surmédicalisation des prises en charge en EHPAD

Si le médecin généraliste peut parfois déléguer certaines tâches médicales aux soignants de l'EHPAD, il semblerait que certains soignants puissent, quant-à-eux, entreprendre des examens complémentaires sans l'accord préalable du médecin.

Ainsi, plusieurs médecins expliquaient que des examens complémentaires, le plus souvent des analyses urinaires, étaient réalisés par l'infirmier, sans prescription médicale préalable. De par la surveillance paramédicale constante du patient, ils déploraient en effet que des analyses urinaires soient réalisées au moindre signe de confusion ou à la moindre fièvre, sans avis médical. Un article publié en 2015 analysant les modalités de prescriptions des cultures d'urines en EHPAD a démontré que seuls 29% des examens étaient réalisés dans des conditions de prescription et de recueil respectant les recommandations médicales de l'AFSSAPS de 2008. 51,8 % des BU et 3,7 % des ECBU étaient réalisés à l'initiative de l'équipe paramédicale (16). Cette étude vient donc appuyer le fait que la prise d'initiative des paramédicaux en EHPAD pourrait majorer le taux de prescriptions d'examens non justifiés d'un point de vue médical. Il est possible d'imaginer que cela soit à risque d'une sur-prescription d'antibiotiques dans une population où l'antibiorésistance est plus importante qu'en ville comme l'a décrit la mission PRIMO de 2023 (17). Cela peut engendrer par ailleurs un surcoût des dépenses de santé du résident.

Concernant les prescriptions médicamenteuses, les médecins interrogés soulignaient que des prescriptions à visée de confort collectif puissent parfois être réalisées. L'exemple le plus souvent cité était celui des traitements à visée sédatrice chez des patients présentant des troubles comportementaux. Ces traitements présentent malheureusement des effets secondaires bien décrits (somnolence, chutes...) pouvant altérer la prise en charge du patient. Une thèse réalisée en 2019 dans 9 EHPAD du Nord-Pas-de-Calais mettait en évidence que 65% des patients avaient au moins un psychotrope, 16% un antipsychotique,

21% un hypnotique et 37% un anxiolytique. Cette étude étudiait la potentielle association de la prescription des psychotropes à des facteurs organisationnels en EHPAD. Il était mis en évidence pour les hypnotiques que plus le ratio nombre d'IDE / nombre de résidents était élevé, plus la consommation d'hypnotiques semblait diminuer (18). Des études qualitatives supplémentaires pourraient être menées afin d'étudier le rôle d'autres facteurs psychosociaux pouvant induire une sur-prescription de traitements à visée sédatrice par le médecin généraliste en EHPAD.

Il semble donc que la surveillance constante du patient et la vie en collectivité puissent entraîner un sentiment de sur-prescription d'examens complémentaires ou encore de traitements à visée sédatrice pour le médecin généraliste. Il apparaît nécessaire que ce dernier puisse réaliser ses prescriptions en se basant sur les recommandations de bonne pratique médicale et que les équipes soignantes d'EHPAD puissent être mieux formées aux indications de ces prescriptions.

F. Une perte d'informations affaiblissant la qualité de la prise en charge et le suivi médical du patient

Lors de plusieurs entretiens, les médecins interrogés pointaient du doigt la possible perte d'informations médicales pouvant impacter le suivi et la prise en charge de leurs patients.

Celle-ci pouvait tout d'abord provenir d'une rotation trop importante du personnel infirmier qui avait pour impact de rendre le suivi du patient par le médecin généraliste plus complexe. Un travail de mémoire réalisé en 2021 par Mme Ahssen Lamya appréhendait le phénomène de « turn-over » des soignants en EHPAD et suggérait que celui-ci puisse impacter négativement la prise en charge du résident par une altération de la continuité des soins (19). Une thèse qualitative réalisée en Drôme-Isère-Savoie en 2021 mettait elle aussi

en évidence une instabilité de l'équipe soignante des EHPAD avec un recours trop important aux intérimaires ayant pour conséquence une moins bonne connaissance des résidents par leurs soignants, une perte d'informations impactant la qualité de soins ou encore un obstacle à la réflexion collective sur certaines prises en charge (9).

Certains entretiens réalisés lors de notre étude incrimaient également l'inadéquation entre le logiciel médical de l'EHPAD et celui du médecin généraliste comme source potentielle de perte d'informations médicales pouvant altérer la prise en charge du patient. En effet, l'utilisation du logiciel de l'EHPAD est souvent décrite comme chronophage et complexe par les médecins généralistes qui préfèrent alors utiliser leur propre logiciel et leurs ordonnances en version papier (9), ce qui peut altérer la transmission d'informations à l'équipe soignante et donc impacter négativement la prise en charge du patient.

Afin d'améliorer le suivi et la prise en charge du patient, il pourrait être intéressant d'envisager un support de suivi commun à l'EHPAD et au médecin généraliste ou qu'une harmonisation des logiciels médicaux soit réalisée. Ceci pourrait également diminuer l'impact du turn-over des infirmiers sur le suivi médical du patient en leur permettant de réaliser des transmissions de qualité plus accessibles au médecin généraliste.

G. Dégradation des relations entre le médecin généraliste et le patient ainsi que sa famille

Les médecins généralistes décrivaient une altération de la relation médecin-famille en EHPAD. Cela s'explique selon eux par la présence du personnel soignant, pouvant prendre le rôle d'intermédiaire et créer ainsi une barrière entre les deux parties. Plusieurs participants décrivaient ainsi ne plus avoir autant de contact avec les familles qu'à domicile.

Cela pouvait être responsable d'un manque d'information concernant le patient et impacter négativement sa prise en charge médicale.

Concernant la relation entre le médecin et son patient, cette même réflexion a été formulée par un des participants de l'étude qui déplorait que les décisions médicales soient prises entre professionnels de santé et non entre le médecin et le patient lui-même. Le patient se retrouvait donc exclu des décisions concernant sa propre prise en charge médicale.

L'étude qualitative publiée en 2021 par Dr Michalak Collerais et Dr Studer en Drôme-Isère-Savoie mettait en lumière que l'entrée en EHPAD modifiait la relation entre le médecin généraliste et son patient. Il était expliqué que le patient devenant moins autonome et souvent atteint de troubles cognitifs, la communication directe entre médecin et patient devenait plus complexe et devait alors impliquer les soignants de l'EHPAD et la famille du patient, ce qui pouvait être source de tensions (9).

Dans le travail de thèse publié en 2021 recueillant le ressenti des infirmiers d'EHPAD sur leur relation avec les médecins généralistes, les infirmiers interrogés affirmaient le rôle d'intermédiaire qu'ils prenaient entre le médecin et le patient. Ils décrivaient notamment devoir régulièrement expliquer au patient ou à sa famille certaines décisions médicales prises par le médecin lors de son passage à l'EHPAD (15).

Le fait de vivre en EHPAD semble donc instaurer une distance entre le médecin et son patient par la présence d'un intermédiaire constitué par l'équipe infirmière. S'il semble que cela soit vécu comme un gain de temps par certains médecins généralistes, d'autres déplorent une dégradation de leur relation avec leur patient voire une exclusion de leur patient des décisions concernant sa santé. Il semble donc primordial que le médecin généraliste puisse consacrer du temps à entretenir ses relations avec le patient afin que celui-ci puisse rester acteur de sa prise en charge.

H. Mise à mal de la prise en charge du patient dans des structures sous tension

D'un point de vue économique, selon une publication de juillet 2024 de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 60,3 % des EHPAD étaient en situation de déficit budgétaire et 32 % d'entre eux présentaient un déficit supérieur à 5% de leurs recettes (20). Les médecins généralistes interrogés dans l'étude pensaient que ce manque de budget altérerait tout d'abord la prise en charge du patient en diminuant sa qualité de vie. Ils affirmaient en effet être vigilants au risque de dénutrition et de troubles thymiques chez leurs patients en raison d'une baisse de qualité des activités et des repas proposés par les EHPAD.

Ensuite, ils évoquaient une baisse du budget alloué par les EHPAD pour l'intervention des soignants libéraux. Certains EHPAD fonctionnent à l'aide d'un « budget global » faisant disparaître le remboursement des soins du patient par la Sécurité Sociale. Le médecin généraliste et les intervenants libéraux sont dans ce cas rémunérés directement par l'EHPAD (21). Même si cela semble aller à l'encontre de l'avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Loire Atlantique affirmant que le fait pour un EHPAD d'opter pour un budget global ne peut en aucun cas entraîner une optimisation des coûts (22), un médecin interrogé expliquait avoir le sentiment de n'être que trop peu sollicité par certains EHPAD pour des raisons économiques. Un second médecin confiait, dans ce même contexte, craindre une désindividualisation des soins. Il évoquait par exemple l'existence de séances de kinésithérapie collectives, peu adaptées aux pathologies individuelles de chaque patient.

D'un point de vue humain, selon une étude de la DREES publiée en juin 2018, 44% des EHPAD rencontrent des difficultés de recrutement de personnel soignant avec pour 63%

d'entre eux, la présence de postes non pourvus depuis plus de six mois (23). Les médecins généralistes interrogés dénonçaient le manque de personnel soignant comme impactant négativement la prise en charge de leurs patients. En effet, ils expliquaient que le manque de personnel entraînait régulièrement une prise en charge déshumanisée, faute de temps dédié pour les soins de chaque patient et certains allaient jusqu'à qualifier la situation de « maltraitante ».

Cela nous renvoie au contexte de méfiance actuelle envers les EHPAD, apparu suite à la publication du livre « Les Fossoyeurs » écrit par Victor Castanet. Cet ouvrage résume trois années d'enquête menées par le journaliste français sur le groupe *Orpea*, leader mondial de la gestion de maisons de retraite médicalisées. Selon cet ouvrage, il aurait été mis en évidence une gestion centrée sur la rentabilité au détriment du bien-être du résident avec des budgets restreints notamment pour les soins, des sous-effectifs chroniques et une incitation à optimiser les coûts. Une certaine forme de maltraitance institutionnelle et une absence de prise en charge personnalisée du patient auraient été décrites par certaines familles et employés. Il y est évoqué que certains résidents aient même pu être incités à délaisser leurs médecins traitants dans un objectif de contrôle des facturations de soins et de traitements (24).

Il semble donc indéniable que le manque de moyens financiers et humains des EHPAD puisse affecter la qualité de prise en charge des patients institutionnalisés. Certains médecins interrogés étaient revendicateurs d'un meilleur financement des EHPAD afin d'en améliorer la qualité des prestations (repas, activités) et prévenir le risque de dénutrition, de troubles thymiques ou encore de déclin cognitif de leurs patients. Enfin, un meilleur contrôle des budgets alloués à la santé du patient pourrait être réalisé notamment dans les EHPAD à budget global afin que le médecin généraliste ne soit pas exclu de la prise en charge de son patient pour des raisons économiques.

II. Forces et faiblesses de l'étude

A. Faiblesses de l'étude

Cette étude a été menée par une doctorante novice dans le domaine de la recherche qualitative. Une auto-formation par lecture d'ouvrages sur la recherche qualitative a cependant été réalisée pour permettre de rédiger au mieux ce travail de recherche.

La durée des entretiens d'une moyenne de 23 minutes et 38 secondes peut être considérée comme une faiblesse et peut s'expliquer par le statut de novice de la doctorante dans la capacité à relancer les participants interrogés.

Ensuite, certains critères de la grille COREQ n'ont pu être remplis. En effet, le guide d'entretien semi-dirigé n'a pas été testé au préalable. Les participants n'ont pas réalisé de modifications de la retranscription de leur entretien ni exprimé de retour sur les résultats.

Concernant le recrutement des médecins généralistes par la technique « snowballing », nous pouvons imaginer que les médecins ayant accepté de répondre à l'étude se soient sentis davantage concernés par le sujet abordé, induisant un biais de sélection.

B. Forces de l'étude

Le caractère qualitatif de l'étude avec réalisation d'entretiens semi-dirigés a permis aux participants de s'exprimer librement et d'obtenir des réponses parfois inattendues. La totalité des entretiens a été réalisée en présentiel, permettant une meilleure interprétation des propos des participants grâce au langage non-verbal.

Une triangulation des données a été effectuée au fur et à mesure par un second interne de médecine générale ce qui a permis un affranchissement des idées préconçues de la doctorante.

Un entretien de consolidation a été réalisé lorsqu'était atteinte la suffisance des données.

Enfin, les données de l'étude sont cohérentes avec la bibliographie, ce qui permet d'en renforcer la validité externe.

CONCLUSION

Le ressenti des médecins généralistes suggère une réelle ambivalence dans l'impact que présente l'entrée en EHPAD sur la prise en charge de leurs patients. Si cela constitue un véritable bouleversement pour le patient qui voit ses repères transformés, les médecins généralistes voient également la prise en charge de leurs patients être modifiée.

L'EHPAD est une structure qui permet une surveillance paramédicale constante du patient et les médecins généralistes y voient la possibilité d'une meilleure prévention des complications, d'une sécurisation du milieu de vie ou encore d'une éviction d'un certain nombre d'hospitalisations. Le médecin généraliste doit cependant s'adapter à un environnement pluriprofessionnel dans lequel d'autres médecins peuvent intervenir. Cela offre la possibilité d'une prise en charge collégiale mais peut parfois être source de désaccords, voire être ressenti par le médecin généraliste comme une mise à l'écart. Un véritable travail d'équipe se met en place grâce à la présence des infirmiers à qui le médecin généraliste peut déléguer certaines tâches dans le but d'optimiser les prises en charge. Cependant, il se doit de rester vigilant au risque de confiance excessive envers l'équipe soignante pouvant l'inciter à la sur-prescription, parfois sans examiner le patient.

L'EHPAD est également un lieu de vie collectif qui peut influencer sur la prise en charge médicale du patient. En effet, les médecins généralistes décrivent des visites souvent parasitées par la disponibilité fluctuante des infirmiers et par une possible sur-sollicitation pour de multiples patients lors de leur passage. Les soins sont parfois décrits comme désindividualisés avec une possible altération de la relation entre le médecin et son patient venant affaiblir la qualité de la prise en charge.

Enfin, l'EHPAD est décrit par les médecins généralistes comme une institution en manque de moyens humains et financiers. Pour des raisons économiques, certains

médecins ont la sensation d'être de moins en moins sollicités à intervenir dans la prise en charge de leur patient et d'observer une mise en commun de certains soins. De même, ils décrivent une altération de la qualité des soins et du suivi du patient liée à la rotation trop importante de personnel ou au recrutement de personnel qu'ils jugent trop peu expérimenté. Ceci peut entacher la confiance du patient et de ses proches envers le médecin généraliste, parfois tenu pour responsable des défaillances de l'EHPAD.

Des perspectives peuvent être envisagées afin d'améliorer la prise en charge du patient en EHPAD : une meilleure communication entre médecin généraliste et médecin coordonnateur ; une meilleure définition de leurs rôles respectifs concernant les prescriptions ; une amélioration de la formation des infirmiers aux règles de prescription des examens complémentaires ; l'harmonisation des logiciels de suivi médical ; le maintien d'une relation privilégiée entre le médecin et le patient ainsi que sa famille ; l'adaptation du budget alloué aux soins et à la qualité de vie du patient.

Il serait intéressant, afin d'approfondir certains axes de ce travail de recherche, de réaliser une étude qualitative recueillant le ressenti du patient ou de ses proches vis-à-vis de l'impact de l'entrée en EHPAD sur sa prise en charge par le médecin généraliste. Ce travail pourrait également être complété par une étude comparative des modalités de prise en charge d'un même patient, par son médecin généraliste, avant et après son admission en EHPAD.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la Santé et de la Prévention. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
2. Santé Publique France. Bien vieillir [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/bien-vieillir>
3. Miron A, Roy D. Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA). Etudes et résultats, Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques (DRESS) [Internet]. déc 2020;(1172). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf>
4. Vilquin H. Etude comparative des médecins traitants intervenant ou non en EHPAD dans les Hauts-de-France. [Internet]. Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille; 2019. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM210.pdf
5. Agence Régionale de Santé. L'accompagnement des personnes âgées [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-agees>
6. Delbès C, Gaymu J. Qui vit en institution ? Gérontologie et société. mars 2005;28 / n° 112(1):13-24.
7. Hansen JC, Rigaud AS, Reingewirtz S, Malbec JC, Quérol F, Lachcar J, et al. Le Temps Moyen Pondéré comme outil d'évaluation du temps clinique passé par le médecin traitant en EHPAD. La Revue de Gériatrie. 2014;
8. Veuillotte I. Implication des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [Internet]. Faculté de Médecine de Dijon; 2010. Disponible sur: <https://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/07/these-isabelle-veuillotte.pdf>
9. Michalak Collerais B, Studer T. Prise en charge des patients en EHPAD par le médecin généraliste : freins et leviers. Une étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de Drôme-Isère-Savoie [Internet]. Université Grenoble Alpes; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03220251/document>
10. Légifrance. Article L313-12 du Code de l'action sociale et des familles [Internet]. avr 10, 2024. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048691638
11. Dudzinski C. Relations entre médecins coordonnateurs d'EHPAD et médecins généralistes [Internet]. Faculté Henri Warembourg de Lille; 2017. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M124.pdf
12. Cousin F, Gonçalves T, Dauchy S, Marsico G, Carretier, J. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France - Troisième édition. 2023;128.
13. Kerlevo Leleu, Clémence. Apports du passage de l'équipe mobile de soins palliatifs du GH-ICL dans deux EHPAD : enquête qualitative auprès des médecins traitants et des soignants [Internet]. Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille; 2017. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M455.pdf

14. Vuillemin, Marie. Vécu de la personne âgée lors du passage de la vie à domicile à la vie en institution [Internet]. Faculté de Médecine, Université de Strasbourg; 2024. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2024/2024_VUILLEMIN_Marie.pdf
15. Lavabre, Maud Christiane Florence. Vécu des infirmières diplômées d'état dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et leur collaboration avec le médecin généraliste [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03552925v1/document>
16. Maupas F, Vogel T, Lang PO. Analyse descriptive des modalités de prescription des bandelettes urinaires et des cultures d'urine en EHPAD. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 avr 2015;15(86):68-76.
17. Santé Publique France. Surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques en soins de ville et en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Mission PRIMO, résultats de 2023. 2025.
18. Lesaffre, Thibaut. Prescription de psychotropes en EHPAD : prévalence et association aux facteurs organisationnels [Internet]. Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille; 2019. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM509.pdf
19. Ahssen, Lamy. Le turnover des soignants en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet] [Mémoire]. Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS), Lille; 2021. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_ILIS/2021/LILU_SMIS_2021_045.pdf
20. Fortin A, Reynaud F. La situation budgétaire des EHPAD publics et privés non lucratifs en 2022 : une forte dégradation malgré la hausse des financements publics. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie - Repères Statistiques [Internet]. juill 2024;(21). Disponible sur: <https://www.fhf.fr/sites/default/files/2024-08/Reperes-statistiques-n21-situation-budgetaire-ehpad-2022-vf.pdf>
21. Talbot R. Fédération des Médecins de France. 2024. Fédération des Médecins de France - Combien se faire payer en EHPAD à budget global ? Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/combien-se-faire-payer-en-ehpad-a-budget-global/>
22. Pigeon-Averty E. Conseil Départemental de Loire-Atlantique de l'Ordre des Médecins. 2015 [cité 2 juill 2022]. EHPAD et Médecins Libéraux. Disponible sur: <https://www.cdm44.org/ehpad-medecins-liberaux>
23. Bazin Mahel, Muller Marianne. Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD. DREES - Études et Résultats [Internet]. juin 2018;(1067). Disponible sur: https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf
24. Castanet V. Les fossoyeurs. Paris: Fayard; 2022. 390 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Déclaration au registre DPO



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : L'entrée en EHPAD influence t-elle la prise en charge du patient âgé par le médecin généraliste ?
Référence Registre DPO : 2023-062
Responsable scientifique : M. Martin MAHIEU Interlocuteur : Mme Tatiana BAHIER

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 5 avril 2023

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Lettre d'information aux médecins généralistes

Lettre d'information aux médecins généralistes – Thèse d'exercice en Médecine Générale

Bonjour, je suis Tatiana Bahier, médecin généraliste remplaçante non thésée. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser des entretiens semi dirigés sur la prise en charge et le suivi des patients en EHPAD. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'impact de l'entrée en EHPAD sur le suivi des patients âgés dépendants en médecine générale. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste installé dans les Hauts-de-France et intervenir dans des structures de type EHPAD pour la prise en charge de certains de vos patients.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-062 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : tatiana.bahier.etu@univ-lille.fr.

BAHIER Tatiana.

Annexe 3 : Guide d'entretien initial

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRIGE

H/F :

Age :

Installé(e) depuis :

Lieu exercice :

Type d'activité (MSP, maison médicale, seul...) :

Nombre d'EHPAD où le médecin intervient :

Question n°1 :

Pourriez-vous me raconter une visite à un patient résident d'EHPAD qui vous a marquée ?

Question n°2 :

Avez-vous déjà été amené(e) à poursuivre la prise en charge d'un patient du domicile/cabinet à l'EHPAD ? Si oui, comment cela s'est-il déroulé ?

Question n°3 :

Avez-vous l'impression que l'entrée en EHPAD de vos patients a pu avoir un impact sur leur suivi et leur prise en charge ? Quels en étaient les aspects positifs / négatifs ?

Question n°4 :

Quelles seraient, selon vous, les pistes à l'amélioration de la prise en charge de vos patients résidents en EHPAD ?

Annexe 4 : Evolution du guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRIGE VERSION 2

H/F :

Age :

Installé(e) depuis :

Lieu exercice :

Type d'activité (MSP, maison médicale, seul...) :

Nombre d'EHPAD où le médecin intervient :

Question n°1 :

Pourriez-vous me raconter une visite à un patient résident d'EHPAD qui vous a marqué ?

Question n°2 :

Pouvez-vous me décrire le déroulé typique d'une de vos visites à l'EHPAD et comment vous intégrez ces visites à votre pratique quotidienne ?

Question n°3 :

- Avez-vous l'habitude de poursuivre systématiquement le suivi de vos patients âgés lorsqu'ils entrent en EHPAD ? Lorsque c'est le cas, comment vivez-vous cette transition ?
- Avez-vous déjà refusé de poursuivre le suivi d'un patient suite à son entrée en EHPAD et si oui, pour quelles raisons ?

Question n°4 :

Avez-vous l'impression que l'entrée en EHPAD a pu avoir un impact sur leur suivi ou sur la prise en charge de vos patients âgés ? Quels en étaient les aspects positifs / négatifs ?

Question n°5 :

Comment proposeriez-vous d'améliorer le suivi et la prise en charge de vos patients résidents en EHPAD ?

Annexe 5 : Guide d'entretien final

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRIGE VERSION FINALE

H/F :

Age :

Installé(e) depuis :

Lieu exercice :

Type d'activité (MSP, maison médicale, seul...) :

Nombre d'EHPAD où le médecin intervient :

Question n°1 : OUVERTURE

Pourriez-vous me raconter une visite à un patient résident d'EHPAD qui vous a marquée ?

Question n°2 : HABITUDES DE PRATIQUE

- Pouvez-vous me décrire le déroulé typique d'une de vos visites à l'EHPAD et comment vous intégrez ces visites à votre pratique quotidienne ?
- En quoi cette organisation diffère-t-elle de vos visites à domicile ?

Question n°3 : TRANSITION DOMICILE - EHPAD

- Avez-vous pour habitude de poursuivre systématiquement le suivi de vos patients âgés lorsqu'ils sont amenés à entrer en EHPAD ?
- Avez-vous déjà refusé de poursuivre le suivi d'un patient suite à son entrée en EHPAD et si oui, pour quelles raisons ?
- Comment vivez-vous la transition domicile-EHPAD d'un patient ?

Question n°4 : IMPACT DE L'ENTREE EN EHPAD

- Selon vous, l'entrée en EHPAD impacte-t-elle la qualité de vie de vos patients ?
- Quelles sont les principales modifications que vous avez pu constater dans le suivi et la prise en charge de vos patients suite à leur entrée à l'EHPAD ? Notamment dans le cadre de leurs pathologies chroniques ; Quels en seraient les aspects positifs / négatifs ?
- Diriez-vous que l'entrée en EHPAD a pu compliquer ou au contraire faciliter le suivi et les prises en charge de vos patients vis-à-vis du domicile ?
- Concernant la gestion de la fin de vie, comment l'institutionnalisation modifie-t-elle votre pratique ?

Question n°5 : VOIES D'AMELIORATION

Comment proposeriez-vous d'améliorer le suivi et la prise en charge de vos patients résidents en EHPAD ?

Annexe 6 : Extraits de l'arbre de codage

Une clé USB contenant l'intégralité de l'arbre de codage a été remise aux membres du jurys.

120	LIEU DE VIE COLLECTIF	
121	Surprescription	
122	P07 : Regarde l'histoire du travail que j'avais fait sur la prescription des tranquillisants... j'avais fait un tableau en prenant les principales familles et sans typer le médicament, j'avais colorié « visée neuroleptique », « visée antalgique » etc... et puis j'avais présenté ça en disant « ba vous pouvez m'expliquer comment ça se fait que dans les tranquillisants neuroleptiques ils sont tous en rouge ? ».	
123	P10 : Peut-être du Risperdal ou du Seresta prescrits un peu à gogo parce que ba parce qu'on est plus tout seul et du coup ça agace le voisin, ça agace les équipes soignantes donc parfois il le peu y avoir de la sur prescription.	
124	P10 : C'est plus le côté systématique, le côté on met en si besoin et puis ils l'ont toujours alors est ce qu'ils l'ont toujours parce qu'ils en ont besoin ou parce que le si besoin est devenu systématique dans la préparation du pilulier.	
125	Prendre en compte le risque épidémique	
126	Tenter de majorer la couverture vaccinale	
127	P09 : Pendant l'épidémie de covid tout le monde s'est un peu serré les coudes ; les coordonnateurs et les médecins traitants pour intervenir pour les vacciner euh bon, voilà et on sentait que là y avait une émulation parce qu'il fallait y aller.	
128	Risque de propagation des épidémies par les soignants	
129	P02 : Alors c'était cette maison de retraite là où il faisait un peu n'importe quoi le personnel hein... (lève les yeux au ciel). On avait su qu'ils avaient fait des barbecues tous ensemble en pleine épidémie donc euh ba tout le monde l'a attrapé et les patients l'ont tous attrapé donc là malheureusement ça avait été une très mauvaise gestion du personnel et tout ça.	
130	Mise en place de protocoles	
131	P02 : Après on avait reçu euh, ce qui était un peu angoissant c'était tous les protocoles de sédation tout ça donc ouai c'était une période compliquée. Finalement elle s'en est bien sortie elle est pas morte de ça mais ouai ca a été un truc que j'avais pas aimé.	
132	P07 : Aaaaah... quoi que... Au moment du covid, ils nous ont interdit les entrées alors qu'on avait pas d'interdiction d'aller voir nos vieux patients à domicile. Ca aussi c'est quand même révélateur hein. Pendant le covid c'était très compliqué, très très compliqué, ils nous interdisaient l'entrée.	
133	Interférer avec la visite du médecin généraliste	
134	Intervention de multiples médecins généralistes	
135	P03 : qu'elles s'habituent à chaque médecin parce que chaque médecin est un petit peu différent et je pense que c'est le problème de L. où c'est le bordel parce que ça tourne tout le temps alors c'est pas forcément de leur faute au final.	
136	P05 : c'est compliqué aussi pour l'infirmière d'avoir de multiples intervenants	
137	P05 : quand je suis arrivée là donc j'étais pas encore médecin traitant extérieur j'étais médecin affilié à la structure et y avait 67 résidents dont 5 qui avaient leur médecin traitant extérieur et d'autres avaient été un peu court-circuité pour le suivi sur place qui était plus facile pour l'équipe aussi hein faut le dire hein plutôt que de jongler entre 15 médecins qui arrivent à n'importe quelle heure et du coup moi quand je suis arrivée là-bas c'était y a 10 ans	
138	P09 : Et c'est en coordination aussi avec les autres médecins qui interviennent à l'EHPAD, qu'on soit pas tous là en même temps.	
139	P10 : Parce que nous on est trois médecins au cabinets et les trois on va là-bas et y a aussi les autres médecins et du coup pareil, elles savent qui travaille avec qui et donc si y a une urgence d'un de mes collègues qui est passé la veille et qui a pas prévu de repasser, elles m'en parlent aussi et je peux la voir.	
140	Médecin généraliste sollicité pour plusieurs patients	
141	P09 : Euh... à la rigueur (réfléchit). C'est pas plus confortable à l'EHPAD. C'est pas plus confortable parce que si il faut commencer à itinérer dans tout l'EHPAD pour voir chaque patient dans sa chambre ça prend du temps et on a quand même une activité qui fait qu'on compte son temps.	
142	P10 : alors quand on a pas de dossier médicalisé par rapport au patient parfois y a quand même des loupés quand t'es débordé à l'EHPAD, quand t'en a 5-6 à voir et que t'as plein d'aigu. C'est vrai que des fois tu vas le voir il va bien, tu regardes la liste des traitements, tu le renouvelle et t'ouvre pas forcément le classeur pour voir à quelle date était la dernière glyquée etc...	
143	Moins bonne disponibilité de l'IDE	
179	UN NOUVEAU DOMICILE POUR LE PATIENT	
180	Changement de lieu géographique nécessitant parfois une interruption du suivi par le médecin généraliste	
181	P02 : mais je les prends que si ils sont dans des maisons de retraite où je peux encore faire des visites. Si j'en ai pour plus d'une demi-heure trois quart d'heure après je peux plus hein.	
182	P03 : Je les suis, sauf si ils vont dans un EHPAD assez loin c'est-à-dire S. ça va, L. ça va, quand ils vont à A. Mais après des fois ils vont à L. ou plus loin là, ça fait un peu loin, ça fait un peu hors secteur donc du coup ba là je transmets, mais j'ai pas eu beaucoup de cas, peut-être une ou deux mais c'est tout.	
183	P04 : Et tu vois elle m'a demandé donc je lui ai dit que c'était pas vraiment mon secteur et donc qu'elle se renseigne pour qu'elle ait un autre médecin mais par contre je pense que si c'est à l'entrée de S. je pense que je pourrais peut-être y aller et encore ça fait un lieu en plus donc pas sûr. Mais si ils vont en EHPAD et que c'est dans le secteur on va dire que oui par contre s'ils s'éloignent...	
184	P04 : C'est vraiment le lieu géographique en premier et après peut-être cette nécessité de suivi.	
185	P05 : Euh... raison géographique quand l'EHPAD est bien plus loin que le lieu antérieur oui.	
186	P06 : Oui effectivement, si c'est sur C. Toujours dans l'idée des visites chronophages je vais pas rajouter des kilomètres en plus. Si les gens vont en Belgique ici on a beaucoup de gens qui vont en Belgique ou alors à L. ouai c'est principalement là où ils vont et parfois à M. là c'est pas forcément notre secteur et d'une manière générale c'est ce que je tiens à faire pour tous mes patients. Les patients je les préviens si ils habitent pas forcément là. Alors je me déplace quand même dans les villes voisines mais voilà d'une manière générale mes patients savent que si à un moment donné ils ont une perte d'autonomie je vais pas forcément me déplacer si c'est pas sur mon secteur.	
187	P07 : Alors si c'est accessible, c'est systématique. Si l'EHPAD elle est à cent bornes, non j'y vais plus. C'est tout.	
188	P08 : Ah ba oui... enfin ça dépend dans quel EHPAD il va quoi. Si c'est pas à côté j'y vais pas hein mais sinon oui !	
189	P09 : Alors jamais un refus si ça correspond à un EHPAD de mon secteur mais oui un refus si c'est un EHPAD hors secteur.	
190	P10 : Ba si ils vont dans les EHPAD où je vais ba oui carrément. Sauf si le patient veut changer hein, sinon ça ne se discute même pas, bien sûr que oui. Si c'est dans d'autres EHPAD non, je ne vais pas moi me déplacer dans un EHPAD plus loin où je n'ai pas l'habitude où voilà là je vais dans mes deux EHPAD, je connais parfaitement les infirmières ; j'ai mon fonctionnement bien défini alors aller dans un autre EHPAD euh non. Je ne le suivrai pas parce que c'est mon patient.	
191	P10 : et puis si possible si ils vont dans l'EHPAD le plus proche de chez eux bon c'est l'EHPAD où j'interviens mais si ils doivent aller plus loin ba c'est tout j'arrêterai de les suivre en espérant pour qu'ils trouvent quelqu'un d'autre.	
192	Tenter de maintenir un suivi aussi rigoureux qu'à domicile	
193	P05 : moi je les vois mensuellement en ville mes patients de plus de 80 ans ou qui ont des problèmes de santé donc là j'estime que les patients doivent être vus mensuellement comme je le fais en ville et je vais faire la même chose qu'en ville.	
194	P07 : Aucune... aucune différence, c'est pareil. Parce que je considère que je vais les voir à leur nouveau domicile, ce qui est le cas hein, ils élisent domicile à leur nouveau domicile.	
195	P10 : Euh (réfléchit) en nombre de passages, à domicile je fais trois mois aussi donc ça ça ne change rien.	
196	Perte de repères pour le patient	
197	P04 : Je pense que c'est pas facile parce qu'ils perdent leurs points de repère quand même hein, même s'ils sont déments.	
198	P07 : Ah ba ouai, la première fois où tu vas... oui oui oui c'est pas arrivé qu'une seule fois hein, un patient que tu soignes tout le temps, il rentre en EHPAD, tu vas le voir il te reconnaît plus. Bon, si tu les mets en EHPAD c'est qu'ils sont pas déjà très très nets mais y a vraiment une cassure (fait le geste avec sa main). Alors pas toujours hein mais c'est arrivé plusieurs fois.	
199	P06 : Et en parallèle j'ai une autre patiente qui... ca m'a marqué parce que en dehors de ses problèmes de santé elle a des... sur le plan thymique, sur le plan anxiodépressif c'est très compliqué et c'était déjà avant mais à un moment donné bon on prend en charge les problèmes somatiques et le moral ça revient souvent aussi sur le tapis et en fait je me suis rendue compte dans sa chambre y avait pas un seul, un seul élément de décoration mais vraiment pas un seul donc les murs étaient aussi tristes finalement comme ce qu'elle ressentait donc finalement je me suis attaché à ce qu'ils mettent de la décoration de chez eux et donc son mari à chaque fois qu'il venait la voir, il ramenait un cadre. Alors ça reste de la déco un peu triste mais voilà je trouve que finalement ce qui me marque c'est plus l'environnement dans lequel ils sont et je trouve que ça peut avoir un impact important sur le suivi mais pas tant sur des prises en charge médicales j'ai pas vraiment de cas qui m'ont marqué.	
200	Non acceptation de ce nouveau domicile pouvant entraîner une dégradation du patient ou un syndrome de glissement	
201	P02 : Mais moralement pour les patients quand c'est fait dans l'urgence je trouve ça compliqué, ils parviennent pas à le digérer hein.	
202	P04 : Et donc si je prends l'exemple de la perte d'autonomie, typiquement c'est des patients qui veulent rester chez eux donc qui subissent quand même ce changement donc c'est pas facile hein je pense qu'il faut pas	

Annexe 7 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Tatiana Bahier
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Médecin généraliste remplaçant
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Médecin généraliste remplaçant
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Une femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Novice, formation par lecture d'ouvrages
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Parfois oui, parfois non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Qu'il était médecin généraliste et que l'entretien était pour un projet de thèse
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Qu'il était médecin généraliste et qu'il réalisait son projet de thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? : Par effet boule-de-neige
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par mail ou par contact direct
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 10 participants
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? 1, par manque de temps
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Au cabinet du médecin interrogé
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Médecin généraliste installé dans le Nord Pas de Calais en tant que médecin généraliste et intervenant dans au moins 1 EHPAD

Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Il existait un guide d'entretien semi-dirigé. Pas de test au préalable.
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Il existait un enregistrement audio.
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Des notes ont été prises après l'entretien individuel.
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? De 7 min 50 sec à 48 min 33 sec
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Suffisance des données
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? 2 personnes
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Oui, en annexe
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Excel
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Non
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Oui par des extraits de verbatim. Identification anonyme de chacun.
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui, par des titres
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Non

AUTEURE : Nom : BAHIER

Prénom : TATIANA

Date de soutenance : 26 juin 2025

Titre de la Thèse : Impact de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge du patient par le médecin généraliste. Etude qualitative auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Thèse de Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : EHPAD, maison de retraite, prise en charge, médecine générale, impact

Résumé :

Contexte : Le vieillissement de la population française et la perte d'autonomie qui en découle vont amener le médecin généraliste à intervenir plus souvent dans les EHPAD. Ces structures disposant de moyens médicalisés et d'une équipe pluriprofessionnelle ancrent le patient dans un plan de soin personnalisé. Cependant, des études ont suggéré qu'il y existe des freins à l'intervention du médecin généraliste. L'objectif de cette étude était d'étudier l'impact de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge du patient par le médecin généraliste.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la méthode de théorisation ancrée a été réalisée. Dix entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais et intervenant en EHPAD, recrutés par bouche-à-oreille selon un échantillonnage en « boule de neige ». Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données, avec un entretien de consolidation. L'analyse des données a été triangulée.

Résultats : La surveillance constante du patient permet une sécurisation de son milieu de vie, une meilleure prévention des complications et un recours réduit aux hospitalisations. Une collégialité est rendue possible par la présence d'un médecin coordonnateur et par l'accès facilité aux équipes mobiles. Le médecin généraliste doit cependant s'adapter au travail en équipe et à ses contreparties : risque de confiance excessive, d'excès ou d'écarts de prescriptions ou encore de dégradation de la relation médecin-patient. Le manque de moyens financiers et humains subi par les EHPAD peut entraîner une désindividualisation et une déshumanisation de la prise en charge du patient.

Conclusion : Les résultats de cette étude suggèrent un impact ambivalent de l'entrée en EHPAD sur la prise en charge du patient par son médecin généraliste. Des perspectives d'amélioration existent : meilleure communication entre médecin généraliste et médecin coordonnateur ; meilleure définition de leurs rôles respectifs concernant les prescriptions ; amélioration de la formation des infirmiers aux règles de prescription des examens complémentaires ; harmonisation des logiciels de suivi médical ; maintien d'une relation privilégiée entre le médecin et le patient ainsi que sa famille ; adaptation du budget alloué aux soins et à la qualité de vie du patient.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Assesseur : Dr Maurice PONCHANT

Directeur de thèse : Dr Martine MAHIEU-SKOTARCZAK