



HAL
open science

La visite en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : perception et attentes réciproques du médecin traitant et de l'infirmier(E)

Nicolas Bur

► To cite this version:

Nicolas Bur. La visite en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : perception et attentes réciproques du médecin traitant et de l'infirmier(E). Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932028

HAL Id: hal-01932028

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932028>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2017

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Nicolas BUR

Le 27 mars 2017

**LA VISITE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES
DÉPENDANTES : PERCEPTION ET ATTENTES RÉCIPROQUES DU MÉDECIN
TRAITANT ET DE L'INFIRMIER(E).
RECHERCHE QUALITATIVE DANS LES VOSGES.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Bruno CHENUÉL

Président du jury

M. le Professeur Jean-Luc Olivier

Juge

Mme. le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Juge

M. le Docteur Jean-Philippe KOCH

Juge et Directeur

16 février 2017



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FAULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2^{ème} sous-
section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL 4^{ème} sous-
section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 3^{ème} sous-
section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL 3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 4^{ème} sous-section :
(*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur

Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves

JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale) Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL

Professeur de biochimie, biologie cellulaire et moléculaire, physiologie et nutrition

Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

La qualité de votre enseignement, votre disponibilité et votre gentillesse à l'égard des étudiants forcent le respect.

Veillez ainsi trouver dans ce modeste travail le témoignage de notre respect dévoué.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Luc Olivier
Professeur de Biochimie et de Biologie moléculaire

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer au jury de cette thèse.

Votre enseignement durant mes premières années d'études, mais surtout votre grande proximité et votre disponibilité pour les étudiants m'ont beaucoup marqué.

Recevez le témoignage de notre plus grande gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME
Professeur de médecine interne

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et du temps que vous nous avez accordé.

Vos nombreux conseils nous ont permis d'élaborer un travail plus abouti je l'espère.

Soyez assurée de notre sincère gratitude.

À notre Directeur de thèse et Juge,

Monsieur le Docteur Jean-Philippe KOCH

Docteur et spécialiste en Médecine Générale, chargé d'enseignement à la faculté de médecine de Nancy.

Nous vous remercions pour votre soutien indéfectible durant ce long travail, votre patience inaltérable et vos conseils. Vous avez été pour moi un maître de stage hors du commun, une grande source d'inspiration et d'exemple pour une pratique médicale raisonnée. Votre souci du patient et votre humanité sont infaillibles.

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger cette thèse et nous vous prions de croire en notre profonde reconnaissance et en notre amitié.

Aux personnes qui m'ont aidé et qui ont permis l'élaboration de cette thèse,

Aux 17 infirmières d'EHPAD qui m'ont accueilli dans leur structure avec la grande gentillesse qui les caractérise et qui ont également mis entre parenthèses leur charge de travail pour répondre à mes questions et me livrer un témoignage sincère sur leur profession et une analyse éclairée des situations qu'elles rencontrent.

Aux 15 médecins généralistes qui ont participé à cette enquête.

Vous avez accepté de me recevoir pendant une demi-heure, parfois plus, dans votre cabinet ou chez vous, durant votre journée de travail ou votre temps libre.

Votre accueil bienveillant et votre regard sur la profession sont la force de notre travail.

Merci pour vos témoignages.

À mes maîtres de stage en Médecine Générale,

Aux docteurs René THIEL, Patrick BASTIEN, Thierry GEHIN, Corine LEMESLE, Cédric LETERTRE.

Médecins spécialistes en Médecine Générale dans les Vosges.

Vous m'avez ouvert les portes de vos cabinets et celles de la médecine de famille.

Apprendre à vos côtés la richesse et la complexité de ce métier a été une chance et un honneur.

Vous avez continué de me soutenir, de m'aider et de me rassurer pendant mes remplacements.

Fidèles à votre serment d'Hippocrate, votre confraternité est restée infaillible.

Merci pour votre engagement dans l'enseignement, pour la qualité et l'humanisme de votre pratique.

À tous les médecins, co-internes et infirmières, que j'ai côtoyés pendant mes stages.

À l'ensemble du service de Pneumologie de l'hôpital Bel Air de Thionville, un grand merci de m'avoir si bien accueilli alors que je débutais mon internat.

À l'ensemble du service de Médecine B de l'hôpital de Remiremont qui m'a aidé à grandir et m'a permis de prendre de l'expérience dans tous les domaines de la médecine.

À l'ensemble du service des Urgences de l'hôpital de Mercy de Metz pour leur sympathie, et leur encadrement important dans ce milieu périlleux que sont les urgences.

À l'ensemble du service des Urgences pédiatriques du CHU de Nancy qui m'a appris la rigueur et a affiné mes connaissances en pédiatrie.

Mes stages hospitaliers ont été une source d'expérience et de contacts professionnels qui enrichissent ma pratique.

Merci pour votre accompagnement et la continuité de nos relations confraternelles.

À mes parents,

Sans qui je ne serais rien et sans qui tout cela n'aurait pas été possible.

Vous m'avez transmis le goût de l'effort et le plaisir du travail bien fait.

J'espère vous rendre fiers et qu'un jour vous me permettez de vous rendre ne serait-ce qu'une partie de ce tout que vous m'avez donné.

À pauline,

Qui a été ma source d'inspiration pour ce travail et mon moteur. C'est toi qui m'as aidé à trouver ce sujet et ton aide fut précieuse devant l'ampleur de la tâche à accomplir.

Tu as été un pilier essentiel à ma vie durant ces longues années d'études. Tu as toujours été là pour me soutenir pour les examens, les moments difficiles, mais surtout, face à l'angoisse des premières gardes et des premiers remplacements... Si j'ai franchi toutes ces épreuves, c'est grâce à toi.

J'espère pouvoir t'aider, à mon tour, à devenir une grande infirmière.

En tout cas, maintenant, je vais pouvoir m'atteler, à devenir le futur mari et le futur père dont tu rêves.

À ma sœur et mon beau-frère,

Pour leurs conseils, leur soutien et aussi pour leurs relectures attentives !

À ma belle-famille : Marc et Véronique, André et Henriette, Ysé,

Merci pour votre soutien et votre bonne humeur.

Le jour que vous attendiez tant est enfin arrivé.

A ma grand-mère Céline,

Qui me regarde de là-haut et qui aurait été si fière en ce jour.

À mes amis,

Edouard et Ophélie

Vincent et Suzanne

Jean-François

Et Léa, pour tous leurs conseils avisés.

Etienne et Lin-Jun

Elise et Matthieu, mon ami depuis toujours.

Enfin, à tous les autres oubliés qui ont fait un bout de chemin avec moi. En gros, si vous vous sentez concernés, je vous dis merci !

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

INDEX DES ABREVIATIONS.....	16
INTRODUCTION	17
PREMIERE PARTIE	18
1) EHPAD : définition	18
2) Historique	18
3) Le financement	19
A. La tarification jusqu'à présent	19
B. Le GIR et le GMP.....	20
C. Calcul de la dotation	21
D. Les nouveautés 2017	22
5) Population en EHPAD	24
6) La vie en EHPAD	27
A. Un contexte particulier	27
B. Le bien-être des résidents.....	27
C. Les objectifs de l'EHPAD	28
a) Un lieu de vie adapté aux besoins des personnes âgées.....	28
b) Un hébergement complet.....	28
c) Le respect de la personne humaine	28
d) L'ouverture vers l'extérieur.....	29
e) Cas de la personne désorientée.....	29
D. Le fonctionnement des EHPAD	29
a) L'équipe administrative et technique	29
b) L'équipe médicale et soignante	30
c) L'organisation des soins	30
d) L'équipe d'animation.....	30
7) L'aide-soignant et l'aide médico-psychologique	31
8) Médecin coordonnateur	31
9) Obligations des EHPAD	32
10) L'IDE	33
11) Les difficultés des IDE	34
12) Médecin traitant	35
A. Le libre choix du MT	35
B. La notion de contrat	35
C. La nouvelle réglementation	36
D. Controverses et polémiques	36
E. Les obligations du MT	37
F. Rémunération	38
G. Quelques données sur le déroulement de la visite	39
13) Statistiques dans les Vosges	40
A. Une population plus vieillissante dans les Vosges.....	40
B. Une densité médicale inférieure à la moyenne nationale.....	41
C. Une offre en EHPAD bien fournie.....	41
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE.....	43
1) Rappel des objectifs	43
2) Matériel et Méthode	43
A. Choix de la méthode.....	43
B. Modalités de l'enquête.....	44
C. Population, échantillonnage, recrutement.....	45

D.	Guide d'entretien.....	46
E.	Recueil des données.....	46
F.	Analyse des données.....	47
3)	Résultats.....	47
A.	Nombre et période de réalisation des entretiens.....	47
B.	Lieux.....	47
C.	Durée.....	48
D.	Caractéristiques du panel.....	49
E.	Accueil et déroulement.....	50
4)	Analyse.....	51
A.	Déroulement des visites.....	51
B.	Les IDE.....	55
a)	Relatif à l'état d'esprit de l'IDE lors de la visite.....	55
b)	Relatif à sa relation avec les MT.....	56
i.	Le ressenti de l'IDE.....	56
ii.	Ce que les IDE apprécient dans leur collaboration avec les MT.....	57
iii.	Ce que les IDE n'apprécient pas dans leur collaboration avec les MT.....	61
c)	Relatif à l'influence du médecin coordonnateur dans cette relation MT-IDE.....	65
d)	Relatif aux attentes.....	69
i.	Les attentes des IDE vis à vis des MT.....	69
ii.	Ce que les IDE imaginent des attentes des MT.....	72
e)	Relatif au bilan des visites.....	73
i.	Les améliorations proposées par les IDE concernant les MT.....	74
ii.	Les améliorations proposées par les IDE les concernant.....	78
C.	Les MT.....	80
a)	Relatif à l'état d'esprit du MT lors de sa visite.....	80
b)	Relatif à sa relation avec les IDE.....	82
i.	Le ressenti du MT.....	82
ii.	Ce que les MT apprécient dans leur collaboration avec les IDE.....	82
iii.	Ce que les MT n'apprécient pas dans leur collaboration avec les IDE.....	87
c)	Relatif à l'influence du médecin coordonnateur dans cette relation MT-IDE.....	89
d)	Relatif aux attentes.....	90
i.	Les attentes des MT vis à vis des IDE.....	90
ii.	Ce que les MT imaginent des attentes des IDE les concernant.....	94
e)	Relatif au bilan des visites.....	95
i.	Les améliorations proposées par les MT vis à vis des IDE.....	96
ii.	Les améliorations proposées par les MT les concernant.....	98
5)	Discussion.....	100
A.	Sur la méthode.....	100
a)	Intérêt et originalité de ce travail.....	100
b)	Limites.....	101
B.	Sur l'analyse.....	102
a)	Rappels des principaux résultats.....	102
b)	Implications pratiques et perspectives.....	110
i.	Rappel des améliorations les plus demandées concernant les IDE.....	110
ii.	Rappel des améliorations les plus demandées concernant les MT.....	111
iii.	L'avenir ?.....	111
	CONCLUSION.....	113
	BIBLIOGRAPHIE.....	115

INDEX DES ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource
AMP : Aide médico psychologique
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignante
BU : Bandelette Urinaire
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DIU : Diplôme Inter Universitaire
DREES : Direction de la Recherche, de l'Etude, des Evaluations et des Statistiques
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP : Equivalent Temps Plein
GIR : Groupe Iso Ressource
GMP : GIR Moyen Pondéré
GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
MPA : Majoration Personne Agée
MT : Médecin Traitant
PA : Personne Âgée
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RT : Renouvellement de Traitement
SAU : Service d'Accueil des Urgences
URPS : Union Régional des Professionnels de Santé
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

A une époque où la population âgée est en pleine expansion, les regards sont tournés vers les institutions accueillant ces personnes, avec leur fonctionnement à moderniser et à régler.

Au 1^{er} janvier 2012, en France Métropolitaine, 1,17 millions de personnes âgées étaient dépendantes au sens de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). A l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions (1).

Rappelons que la dépendance d'une personne est définie comme un état durable entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne (1). Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé. La frontière entre dépendance et problème de santé est poreuse, dans la mesure où ces limitations résultent souvent de problèmes de santé actuels ou passés. Il faut alors recourir aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Leur gestion et leur encadrement s'inspirent du modèle hospitalier, mais offrent en plus des prestations en termes de qualité de vie, d'animation, de respect des choix et des valeurs de ces personnes qui sont parfois en contradiction avec les stricts impératifs sanitaires ou sécuritaires.

L'implication des médecins généralistes dans les EHPAD est un sujet d'actualité. La place des intervenants libéraux ainsi que le rôle du médecin coordonnateur et de l'EHPAD viennent d'être redéfinis par de récents décrets (2-4).

Mais l'intervention des médecins traitants dans les EHPAD pose, dès à présent, un certain nombre de problèmes d'ordre relationnel et organisationnel. A cet égard, on constate que la principale interface entre le professionnel libéral qu'est le Médecin Traitant (MT) et l'EHPAD c'est l'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), qui devient le coordinateur des soins. Pour réaliser correctement leurs missions, ils se doivent de collaborer ensemble.

La prise en charge des patients en EHPAD par les médecins traitants est de manière générale peu documentée. Le point de vue de l'IDE l'est encore moins.

C'est pour ces raisons que nous avons choisi d'étudier spécifiquement l'interaction et la collaboration au sein du duo médecin traitant – infirmier d'EHPAD.

Nous allons, dans un premier temps, redéfinir ce que sont ces structures et comment elles fonctionnent, leurs missions ainsi que celles des différents professionnels de santé qui y travaillent. Nous aborderons également les nouvelles règles qui encadrent l'intervention du MT au sein des EHPAD, nous ferons un point sur la démographie et l'offre de soins dans les Vosges.

Ensuite, nous rapporterons les résultats de notre étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins et d'infirmières dans le département des Vosges, sur leur perception de la consultation en EHPAD, leur collaboration et leurs attentes mutuelles.

Enfin, nous réfléchirons à quelques pistes aptes à pouvoir améliorer la visite au sein des EHPAD sans contrevenir aux obligations propres à ce type d'établissement, ni à celles des professionnels.

PREMIERE PARTIE

1) EHPAD : définition

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des structures qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour ou de nuit. Ces établissements forment un continuum allant de structures non médicalisées de types maisons de retraite et foyers-logements non conventionnés (destinés essentiellement aux personnes âgées autonomes), aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD), ayant vocation à accueillir les personnes nécessitant une surveillance médicale constante). Parmi ces structures, celles ayant signé (depuis la réforme de la tarification en 2001) une convention pluriannuelle tripartite avec le Conseil général et l'Agence régionale de santé (ARS) acquièrent le statut d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Ces établissements s'engagent sur leurs conditions de fonctionnement, sur le plan financier, ainsi que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués.

Les EHPAD sont soit publics, soit privés à but non lucratif (associations, fondations...), soit privés à but lucratif (commerciaux).

2) Historique (5,6)

Avant 1975, il existait des maisons de retraite publiques ou privées et des hospices souvent rattachés aux structures hospitalières. La loi du 30 juin 1975 apporta une reconnaissance médico-sociale aux foyers et hospices qui accueillait les personnes fragiles. Elle leur permit de devenir médicalisées, c'est-à-dire d'assurer la conduite des soins médicaux sur place, sans recourir forcément à l'hospitalisation. Les forfaits de soins font alors leurs apparitions, permettant l'embauche de personnel soignant (infirmière diplômée d'état, aide-soignante ...). Cette loi provoqua une disparition progressive des hospices publiques, puisqu'elle donna un délai de 10 ans pour les transformer : soit en établissement médico-social, soit en USLD. Elle créa aussi une double tarification à travers un forfait soin, financé par l'Assurance Maladie et un forfait hébergement, financé par le résident ou l'aide sociale en cas d'établissement conventionné.

Le nombre de places, déjà insuffisant, généra des situations difficiles dans les maisons de retraite avec cures médicales. L'évolution des idées a conduit progressivement à une séparation des soins, relevant de l'Assurance Maladie, et de la dépendance. Les frais rattachés à la perte d'autonomie étaient soit à la charge des personnes, soit à la charge de l'aide sociale, gérée par les Conseils Généraux.

La Prestation Spécifique Dépendance (PSD) (7) fut ainsi créée en 1997 et remplacée en 2002 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (8). La loi 97-60 du 24 janvier 1997 fit aussi naître la réforme de la tarification, mise en œuvre par un arrêté (9) et un décret (10). Cette

réforme introduisit un financement ternaire : l'hébergement, la dépendance et les soins.

Par ailleurs, il fut mis en place l'obligation pour les établissements, dont le GIR Moyen Pondéré (GMP) est supérieur à 300, de signer une convention tripartite avec le Conseil Général et l'autorité compétente de l'ARS regroupant notamment l'Assurance Maladie. Cette convention, officialisée depuis la loi 2001-647 du 21 juillet 2001, avait comme particularité l'identification de compétences clairement dédiées au médico-social avec l'effondrement de la frontière rigide entre le médical et le social. Cette organisation permis à la fois de garantir une approche transversale entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Ce contrat était signé pour une durée de 5 ans.

Une des exigences de la loi concernait l'évaluation des établissements. Deux types s'imposaient : l'auto évaluation par le référentiel ANGELIQUE et l'évaluation externe (11). Les autorités de tutelles évaluaient l'établissement à la date de renouvellement de la convention pluriannuelle. Ainsi, les structures devaient faire preuve de la maîtrise de leurs procédures, de la réalisation de leur objectif et du professionnalisme de leur pratique.

3) Le financement

A. La tarification jusqu'à présent (6)

Le décret n°99-216 du 26 avril 1999 définit distinctement les 3 volets relatifs à la tarification (12).

- Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies.

Ce tarif est à la charge de la personne âgée hébergée. Le président du Conseil Général arrête le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les établissements habilités à l'aide sociale. Pour les autres établissements, le tarif est en principe libre.

- Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations hôtelières et des fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance. Il est à la charge majoritairement, via l'APA, du Conseil Général. Il varie en fonction du Groupe Iso Ressources (GIR) du résident (13). Il est arrêté par le Président du Conseil Général.

- Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes résidant dans

l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies. Il est à la charge de l'Assurance Maladie et fixé par le Préfet ou l'ARS.

Les établissements peuvent opter en matière de soins (9) :

✓ Soit pour un tarif journalier global, comprenant :

- Les rémunérations, les charges sociales et fiscales relatives au médecin coordonnateur, aux médecins salariés et auxiliaires médicaux salariés, aux Aides-Soignants (AS) et Aide Médico-Psychologiques (AMP), aux infirmiers libéraux intervenant dans l'établissement,
- Le petit matériel médical et les amortissements fixés par décret,
- Les dépenses de rémunération et des prescriptions du médecin traitant,
- Les dépenses de rémunération des auxiliaires médicaux libéraux, ainsi que les examens biologiques et de radiologiques dont les caractéristiques sont fixées par décret,
- Les médicaments.

Les honoraires des autres spécialistes sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

✓ Soit pour un tarif journalier partiel, comprenant :

Il comprend les mêmes éléments mais sans les examens complémentaires, les médicaments, les dépenses de rémunération et des prescriptions du médecin traitant, ni les honoraires des autres spécialistes.

La convention tripartite mentionne l'option tarifaire choisie. En cours de convention et par avenant, l'option tarifaire peut être changée.

B. Le GIR et le GMP

Afin de moduler les tarifs afférents à la dépendance et aux soins, le classement des résidents selon leur niveau de dépendance (GIR) est réalisé par l'équipe médicosociale de chaque établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. La convention tripartite précise la périodicité de la révision de ce classement. Celle-ci est au moins annuelle. Le classement dans chacun des groupes de niveau de dépendance de la grille Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressource (AGGIR), publiée depuis 1994, donne lieu à une cotation en points tenant compte de l'état de la personne et de l'effort de prévention nécessaire. Les GIR sont au nombre de 6, classés de façon graduelle.

Le GIR 1 correspond à une personne grabataire avec perte de lucidité et le GIR 6, à une personne autonome. A chaque GIR correspond un coefficient de pondération (un GIR 1 imposant 3 heures 30 de soins de base par jour).

Tableau 1 : Coefficients de pondération et temps quotidiens de soins nécessaires par GIR.

GIR	1	2	3	4	5	6
Coefficient Gi	1000	840	660	420	210	70
Temps en minute	210	176	139	88	53	15

A partir de ces coefficients, il est possible de déterminer le GIR Moyen Pondéré (GMP), indicateur global de charge moyenne en soins de base par individu pour une population.

Les GMP s'établissent ainsi de 0 (très improbable) à 1000, cas extrême d'un établissement qui n'accueillerait que des personnes totalement dépendantes. Il n'y a, cependant, pas de norme de personnel pour faire face aux niveaux respectifs de dépendance. Le logiciel qui permet le calcul du GMP donne un temps de soins moyen par résident. Il est alors possible de calculer si l'effectif est présent ou pas.

Exemple : un individu affecté au GIR 3 requiert 66 % de la charge en soins d'un individu du GIR 1, soit 139 minutes de soins de base et relationnels par jour.

Calcul du GMP :

$$GMP = \frac{\sum_1^6 n_i \times G_i}{N}$$

n_i : effectif du groupe
 G_i : coefficient de pondération
 N : effectif total

C. Calcul de la dotation

Il se fait grâce au GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS), dont la formule est $GMP + (PMP \times 2,59)$. Multiplié par une valeur en euros et par le nombre de lits exploités, il définit une dotation théorique (le « tarif plafond ») pour chaque établissement.

Dotation = Valeur du point GMPS x (GMP + (PMP x 2,59)) x nombre de lits exploités
 (La valeur du point dépend du mode de tarification, partielle ou globale, choisi par l'établissement)

D'après les données de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), le 31 décembre 2013, 74 % des EHPAD avaient fait le choix du tarif partiel pour la prise en charge de leurs dépenses de soins et 26% avaient opté pour le tarif global (14). Au cours des dernières années, les pouvoirs publics ont souhaité inciter les établissements à opter pour le tarif global qui, d'après la CNSA, « répond aux exigences d'une plus grande coordination des soins et donc de meilleure qualité des soins prodigués aux personnes âgées accueillies en EHPAD ». Cette tarification permet aussi de mieux tenir les enveloppes soins en incitant les EHPAD à réaliser des efforts de maîtrise des dépenses (15).

Cette incitation s'est notamment traduite par une revalorisation progressive du tarif global. L'écart entre le tarif partiel et le tarif global, qui n'était que de 15 % avant le passage à la tarification utilisant le référentiel Pathos fin 2006, est depuis passé à 30 %.

D. Les nouveautés 2017

Mais, de nouvelles obligations ont été imposées aux EHPAD dans le cadre de la loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) sont entrées en vigueur 1^{er} octobre 2016 (16).

Une première série de décrets ont déjà été publiés. Il s'agit entre autres de :

- L'obligation de conclure un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) (article 58) :

A compter du 1^{er} janvier 2017, les gestionnaires d'EHPAD doivent obligatoirement conclure, pour 5 ans, un CPOM avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS. Ce contrat va fusionner les trois sections tarifaires et va se substituer aux conventions tripartites d'ici à 2021.

Le CPOM définira des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement, y compris en matière de soins palliatifs.

Pour l'Etat, il s'agit de responsabiliser d'avantage le gestionnaire, même s'il reste inféodé au positionnement de son département sur la dépendance et l'hébergement.

Cette réforme doit également permettre de simplifier l'allocation des financements et de donner davantage de transparence sur les tarifs et le coût des EHPAD.

- La tarification « à la source » : une nouvelle logique à l'œuvre (article 58)

Cette réforme crée les conditions d'un pilotage par les ressources (et non plus par les dépenses) en prévoyant le passage à un financement forfaitaire des soins. Celui-ci reposera, pour la partie des ressources allouées à l'hébergement permanent, sur une équation tarifaire tenant compte du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins des résidents (mesurés à l'aide des outils AGGIR et PATHOS).

Le financement de la dépendance relèvera, lui aussi, d'un forfait, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement. L'activité de l'établissement sera également prise en compte, permettant une modulation des deux forfaits à partir de 2018.

Cette évolution de la tarification s'accompagne de l'introduction de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, plus adapté à la « nouvelle donne budgétaire », qui se caractérise par une inversion de la logique antérieure : la prévision des produits détermine dorénavant celle des charges.

- **Socle de prestations (article 57 et 58) :**

Afin d'assurer une meilleure transparence des prix pratiqués par les EHPAD et permettre leur comparaison, la loi prévoit l'instauration d'un « socle de prestations » obligatoires en matière d'hébergement. Un décret du 30 décembre 2015 (17) fixe, ainsi, la liste des prestations minimales que tous les établissements devront inclure dans leurs tarifs hébergement de base. Cinq types de services obligatoires, concernant l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage et l'animation de la vie sociale, sont ainsi détaillés.

- **Transmission de l'information (article 60)**

En 2016, les EHPAD ont transmis les prix pratiqués à la CNSA par l'intermédiaire d'une plateforme numérique accessible par internet. Ces prix ont alimenté l'annuaire du portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr, qui affiche désormais les prix hébergement et les tarifs dépendance pratiqués par les EHPAD. Ainsi, les personnes à la recherche d'un EHPAD peuvent comparer les prix affichés par les établissements, ainsi que leur reste à charge grâce à deux outils : un comparateur des prix des maisons de retraite et un comparateur des restes à charge.

4) L'offre en EHPAD en France (18,19)

On recense 10 481 EHPA en France au 31 décembre 2011, toutes catégories confondues, selon l'enquête EHPA de la DREES (18) (tableau 3). Bien que ce nombre soit quasi stable, le nombre de places d'accueil a progressé de 5 % entre 2007 et 2011.

Les EHPAD représentent 74% de ces établissements soit 7752 établissements.

Ils proposent près de 576 000 places en hébergement permanent, soit 97,1 % de leur capacité d'accueil. Les places dédiées à l'hébergement temporaire au sein de ces établissements représentent 1,5 % de leur capacité (environ 8 600 places), les places d'accueil de jour, 1,4 % (environ 8 000 places).

À la fin 2011, la quasi-totalité des maisons de retraite ont signé une convention tripartite : seules 334 maisons de retraite ne sont pas des EHPAD (9 400 places au total).

De même, seules 97 USLD n'ont pas non plus signé de convention (7 900 places). Ils devront à terme se positionner entre l'EHPAD et les services de soins de suite et de réadaptation.

Les 2 233 logements-foyers offrent, eux, 108 340 places pour des personnes âgées peu dépendantes, ne nécessitant pas de prise en charge médicale. Ils représentent 15 % de la capacité totale d'accueil dans les établissements pour personnes âgées à la fin 2011.

Tableau 3 :

Nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places installées, selon la catégorie détaillée d'établissements en 2007 et en 2011

Catégorie d'établissements et statut juridique	Nombre de structures		Places installées		Évolution de 2007 à 2011 (en %)	
	2007	2011	2007	2011	Nombre de structures	Nombre de places
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	6 855	7 752	514 640	592 900	13	15
EHPAD privés à but lucratif	1 432	1 681	95 380	118 240	17	24
EHPAD privés à but non lucratif	1 952	2 271	136 090	162 100	16	19
EHPAD publics	3 471	3 800	283 170	312 560	9	10
<i>EHPAD publics hospitaliers</i>		1 651		152 840		
<i>EHPAD publics non hospitaliers</i>		2 149		159 720		
Logement-foyers	2 330	2 233	115 980	108 340	-4	-7
Logements-foyers privés à but lucratif	59	83	2 800	3 620	41	29
Logements-foyers privés à but non lucratif	624	612	31 010	29 680	-2	-4
Logements-foyers publics	1 647	1 538	82 170	75 040	-7	-9
Maisons de retraite (non EHPAD)	806	334	34 390	9 440	-59	-73
Maisons de retraite privées à but lucratif	277	104	8 740	2 710	-62	-69
Maisons de retraite privées à but non lucratif	331	180	11 460	5 190	-46	-55
Maisons de retraite publiques	198	50	14 190	1 540	-75	-89
Unités de soins de longue durée	232	97	17 670	7 940	-58	-55
Autres *	82	65	1 480	1 190	-21	-20
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	10 305	10 481	684 160	719 810	2	5

* Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD).

Lecture • Au 31 décembre 2011, 7 752 EHPAD disposent de 592 900 places d'accueil.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Sources • DREES, enquêtes EHPA 2007, 2011.

5) Population en EHPAD (20,21)

La personne âgée dépendante est une personne âgée de 60 ans ou plus, ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière (loi 20 juillet 2001 relative à l'APA).

Au 1^{er} janvier 2012, en France métropolitaine, il y avait 1,17 Millions de personnes âgées dépendantes, au sens de l'APA, soit 7,8% des 60 ans et plus. A noter aussi qu'au-delà de 75 ans, 9% des personnes vivent dans un EHPAD.

Ainsi, fin 2011, 693 000 personnes vivaient dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Parmi elles, 265 500 l'avait intégré dans l'année. Une personne sur trois rejoignant un établissement le quitte la même année.

Ces personnes résident majoritairement dans les EHPAD : c'était le cas pour 573 600 d'entre elles à la fin 2011. Les logement-foyers accueillent environ 102 400 personnes, soit 15% des personnes hébergées en institutions.

Fin 2011, 98% étaient en résidence permanente, 8000 personnes relevaient d'un accueil temporaire et 9000 d'un accueil de jour.

Les femmes représentent les trois quarts des effectifs.

Nombre de résidents en 2011, selon la catégorie détaillée d'établissements

Catégorie d'établissements et statut juridique	Nombre de résidents
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	573 600
privés à but lucratif	110 620
privés à but non lucratif	157 990
publics	304 990
<i>publics hospitaliers</i>	148 750
<i>publics non hospitaliers</i>	156 240
Logements-foyers	102 410
privés à but lucratif	3 350
privés à but non lucratif	27 890
publics	71 170
Maisons de retraite (non EHPAD)	8 510
privées à but lucratif	2 370
privées à but non lucratif	4 660
publiques	1 480
Unités de soins de longue durée*	7 490
Autres**	980
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées	692 990

* Établissements de soins de longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

** Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD).

Lecture • Au 31 décembre 2011, 573 600 personnes âgées sont hébergées en EHPAD.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Sources • Enquête EHPA 2011, DREES.

Répartition des résidents en 2011 par tranche d'âges, selon la catégorie détaillée d'établissements

En %

Tranche d'âges	EHPAD	Logements-foyers	Maisons de retraite (non EHPAD)	USLD*	Autres**	Ensemble
Moins de 70 ans	6	11	9	10	9	7
De 70 à 79 ans	14	23	15	20	14	15
De 80 à 89 ans	49	49	49	43	53	49
90 ans ou plus	31	17	27	27	24	29
Total	100	100	100	100	100	100

* Unité de soins de longue durée (USLD) regroupant les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

** Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD).

Lecture • Au 31 décembre 2011, 31 % des résidents en EHPAD sont âgés de 90 ans ou plus.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Sources • Enquête EHPA 2011, DREES.

Le passage du domicile à l'établissement dépend principalement du niveau de dépendance, qui croît avec l'âge : plus il est élevé, plus le maintien à domicile est difficile. Ainsi en 2011, 84% des personnes recevant l'APA, évaluées en GIR 1, résidaient en établissement, contre 21% des GIR 4.

A niveau de GIR donné, le fait d'être marié tend à diminuer fortement la probabilité d'entrer en institution, d'une manière plus prononcée pour les hommes que pour les femmes.

Par ailleurs, pour un même niveau modéré de dépendance (GIR 3-4), la transition vers un établissement apparaît plus probable pour les individus aux revenus les plus faibles.

L'âge moyen des résidents progressait de dix mois par rapport à 2007 et atteignait 85 ans. Celui des hommes augmentait plus que celui des femmes. L'entrée en institution en 2011, était de plus en plus tardive, en moyenne à 84 ans et 5 mois.

Les résidents étaient de plus en plus dépendants, surtout les plus jeunes. La part des dépendants, parmi les résidents de moins de 70 ans, passait de 76% à 83% entre 2007 et 2011. Par exemple, ils étaient 91% (hors foyers logement) à avoir besoin d'aide pour la toilette et 83% pour l'habillement.

À la fin 2011, les personnes évaluées en GIR 1 à 4 représentaient 89 % des résidents en EHPAD. Les personnes évaluées en GIR 1 à 2 représentaient, fin 2011, 55 % des résidents en EHPAD (contre 51 % à la fin 2007).

Le GMP des EHPAD passait en moyenne de 663 à la fin 2007 à 700 à la fin 2011

Environ 238 700 personnes ont quitté un établissement au cours de l'année 2011. Deux tiers de ces sorties correspondaient à des décès. La durée moyenne de séjour était de 2,5 ans.

Répartition des résidents selon le GIR*, par catégorie détaillée d'établissements en 2011

Catégorie d'établissements et statut juridique	Pourcentage des résidents selon le GIR							Pourcentage de résidents dont le GIR n'est pas renseigné
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total	
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	20	35	15	19	6	5	100	8
EHPAD privés à but lucratif	19	38	16	18	5	4	100	11
EHPAD privés à but non lucratif	17	34	15	20	7	7	100	9
EHPAD publics	21	34	15	19	6	5	100	6
EHPAD publics hospitaliers	24	36	14	17	5	4	100	5
EHPAD publics non hospitaliers	18	33	16	21	7	5	100	6
Maisons de retraite non EHPAD et autres établissements**	7	20	14	22	13	24	100	26
Unités de soins de longue durée	42	42	8	6	1	1	100	30
Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées hors logements-foyers	20	35	15	19	6	5	100	8
Logements-foyers	0	2	4	17	14	63	100	30

* GIR : groupe iso-ressources.

** Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD).

Lecture • La proportion des résidents en GIR 1 à 4 dans les EHPAD est de 89 % au 31 décembre 2011.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Sources • DREES, enquête EHPA 2011.

6) La vie en EHPAD (22-24)

A. Un contexte particulier

Traiter de la vie en EHPAD s'inscrit dans un contexte particulier :

- L'établissement représente un cadre de vie contraint, dont la nécessité est le plus souvent imposée au sujet âgé pour des raisons multiples, qui ne tiennent pas seulement à un état de santé fragilisé mais aussi aux ressources mobilisables, à l'existence et la taille du réseau familial et social, et aux limites des solutions mises en œuvre à domicile. Cette nécessité d'entrer en EHPAD, imposée à la personne ou à laquelle elle s'est « résignée », impacte la possibilité pour elle de s'y épanouir et d'y trouver une qualité de vie réelle.
- L'EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie décisionnelle, difficultés d'expression... Pour une majorité des personnes accompagnées, il est le dernier lieu de vie. La qualité de vie englobe inévitablement celle de l'accompagnement de la fin de vie et cette dimension doit être prise en compte, en particulier dans l'élaboration du projet personnalisé ;
- Les publics accueillis présentent des profils diversifiés, différents degrés de dépendance, des pathologies multiples et variées (au moins la moitié présente une maladie d'Alzheimer ou apparentée), des parcours et des environnements spécifiques, des différences socio-économiques et culturelles...
- Les établissements ont diversifié leurs prestations : en plus de l'accueil de longue durée « classique », ont été mis en place des unités spécifiques pour l'accueil de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, des accueils de jour, des places d'hébergement temporaire, des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), plus rarement des possibilités d'accueil de nuit.

Et, par ailleurs, le contexte d'intervention des professionnels est complexe :

- la culture d'une grande partie des professionnels est une culture sanitaire alors que la mission de l'EHPAD, structure médico-sociale, est la mise en place d'un accompagnement global de chaque personne ;
- les contraintes de moyens et de prestations obligatoires (repas, toilette, soins...) peuvent limiter les relations privilégiées avec chaque résident dans le temps imparti.

B. Le bien-être des résidents

Au travers de différentes enquêtes d'opinions (25) des résidents sur leurs conditions de vie en EHPAD, un certain nombre de facteurs ont pu être identifiés comme influant le plus sur le sentiment de bien-être global :

- La préparation à l'entrée en EHPAD : avoir une opinion favorable sur l'établissement dès l'accueil augmente les chances de « s'y sentir bien »
- La personnalisation possible de la chambre, la souplesse de l'organisation de la vie quotidienne
- Le maintien des liens sociaux à l'extérieur de l'établissement et la création de liens entre résidents
- Les relations avec le personnel, la prise en compte de la douleur, de la souffrance morale, la qualité d'attention portée aux besoins d'aide.

C. Les objectifs de l'EHPAD (26,27)

L'EHPAD offre aux personnes âgées dépendantes un hébergement complet. Les lieux de vie, les soins et les prestations proposées doivent s'adapter aux besoins individuels et permettre à tout résident, quel que soit son degré de dépendance, de jouir des mêmes droits que s'il était resté à son domicile.

a) Un lieu de vie adapté aux besoins des personnes âgées

Le résident vit dans une chambre équipée d'un cabinet de toilette. Il peut y installer ses meubles, des souvenirs personnels et disposer d'une clé. Certaines maisons de retraite accueillent les couples dans des chambres communicantes qui leur permettent de dormir ensemble ou séparément.

Les animaux sont parfois autorisés sous réserve qu'ils ne représentent pas une gêne ou un surcroît de travail pour le personnel. Le résident a également un accès libre à des espaces communs (salons, salles de télévision, restaurants, jardins...).

L'ensemble de l'établissement est conçu pour permettre aux personnes en perte d'autonomie ou atteintes de troubles cognitifs de pouvoir vivre et se déplacer en toute sécurité (cabinet de toilette adapté, revêtement de sol antidérapant, main courante continue...).

b) Un hébergement complet

Les prestations peuvent varier d'un établissement à l'autre. Cependant, tous les EHPAD proposent une aide à la vie quotidienne, des soins médicaux et de confort, un service de restauration, une blanchisserie et des animations.

La chambre est entretenue quotidiennement. Les repas, livrés ou préparés sur place, sont adaptés au régime alimentaire et, parfois, aux goûts du résident. Les soins médicaux et paramédicaux sont assurés par le personnel de l'établissement et/ou d'autres professionnels choisis par le résident. Au-delà des bénéfices directement liés aux activités proposées (lecture, arts plastiques, atelier mémoire, gymnastique douce...), les animations créent du lien et font vivre l'établissement.

c) Le respect de la personne humaine

Le résident reste un citoyen à part entière. Il doit bénéficier du consentement éclairé, participer aux décisions le concernant (projet de vie individualisé, soins médicaux

éventuels...) et disposer de son argent. Il est représenté au conseil d'administration et au conseil de vie sociale.

Quel que soit l'état physique et psychologique du résident, le personnel est tenu de s'adresser directement à lui, sans infantilisation, d'utiliser le vouvoiement et de l'appeler par son nom de famille. Au quotidien, il doit pouvoir décider de ses rythmes de vie (heure de lever et de coucher, de la toilette...) et de la manière dont il va occuper son temps (participation - ou non - aux ateliers mis en place, repos dans sa chambre, sortie en ville...).

d) L'ouverture vers l'extérieur

La vie en collectivité impose certaines règles concernant les visites et sorties décidées individuellement. Comme en collocation, il convient, par exemple, d'avertir le personnel en cas de visites et sorties tardives. Globalement, le résident conserve la liberté de recevoir qui il souhaite, quand il le souhaite. Son entourage peut participer à sa vie quotidienne (repas, coucher, animations...) et s'impliquer au sein de l'établissement.

Certaines des animations organisées par l'établissement permettent par ailleurs au résident d'être en prise directe avec la vie extérieure locale et internationale (ateliers avec les enfants du centre aéré, visites d'expositions, lecture de la presse quotidienne, ateliers débat...).

e) Cas de la personne désorientée

Les lieux de vie doivent être pensés pour maintenir la personne âgée désorientée dans l'enceinte de l'établissement sans qu'elle se sente enfermée. L'idée est de lui offrir un environnement agréable et sécurisant dans lequel elle se sente bien, tout en limitant, de façon discrète, les accès vers l'extérieur (surveillance, haies masquant les grilles...). Le personnel doit quant à lui s'exprimer de façon claire, décomposer les choix en options simples et développer des modes de communication non verbaux. Il lui faut redoubler de patience et être attentif aux moindres petits signes d'assentiment ou de désapprobation.

D. Le fonctionnement des EHPAD (28)

Le fonctionnement des maisons de retraite peut varier selon leur taille. Cependant, elles ont toutes une équipe administrative et technique, une équipe médicale et soignante ainsi qu'une équipe en charge de l'animation. L'ensemble du personnel est placé sous l'autorité du directeur, qui est responsable du bon fonctionnement de l'établissement.

a) L'équipe administrative et technique

L'équipe administrative et technique est en charge de tous les aspects pratiques de la vie quotidienne dans la maison de retraite, de l'accueil des résidents en passant par la gestion des repas, ou encore l'entretien des locaux. Le nombre et les attributions respectives des personnes peuvent varier selon l'établissement, mais l'équipe administrative est responsable des domaines suivants :

- la gestion des admissions ;

- l'accueil physique et téléphonique, le suivi administratif des dossiers des résidents, la distribution du courrier ;
- l'entretien du linge des résidents et de la literie, bien que ce service soit parfois externalisé ;
- la restauration ;
- la gestion du personnel de la maison de retraite (recrutements, affectations, congés, paye, formation, etc.) ;
- l'entretien et la réparation des locaux : ménage, jardinage, travaux, etc.

b) L'équipe médicale et soignante

La taille de l'équipe médicale et soignante dépend du nombre de résidents que la maison de retraite accueille, mais elle comprend toujours les personnes suivantes :

- un médecin coordonnateur. Il n'est pas prescripteur d'actes médicaux, mais il coordonne les actions des différents professionnels de santé intervenant auprès des résidents ;
- un cadre de santé. Il supervise l'équipe soignante ;
- des infirmiers. Ils analysent, organisent, et réalisent les soins infirmiers dont ont besoin les résidents (préparation et distribution des médicaments, pansements...) ;
- des aides-soignants et des aides médico-psychologiques.

Ils accompagnent les résidents dans leurs gestes quotidiens, leur assurent des soins de confort, leur apportent une aide pour la prise de repas, et participent aux animations ;

- des agents hospitaliers. Ils assurent les tâches d'entretien journalier des chambres et des locaux communs, et participent au service et à la prise de repas.

L'équipe soignante peut également comprendre un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien, un psychologue... Dans le cas contraire, ceux-ci interviennent dans le cadre de consultations externes.

Lorsque la maison de retraite possède une pharmacie interne, l'équipe médicale et soignante comporte également un pharmacien et un préparateur en pharmacie.

c) L'organisation des soins

Les soins sont assurés de façon continue dans une maison de retraite. Les personnels soignants sont organisés en équipes :

Soit l'équipe du matin commence son service entre 6h30 et 7h00 du matin, et le finit en début d'après-midi ; l'équipe d'après-midi, après avoir fait la liaison avec l'équipe du matin, est présente du début de l'après-midi jusqu'au coucher des résidents ; l'équipe de nuit prend le relais au départ de l'équipe d'après-midi, jusqu'au matin suivant. Soit la journée est découpée en deux services de douze heures.

Lorsque la maison de retraite emploie des médecins, ces derniers sont présents dans la journée.

d) L'équipe d'animation

La majorité des maisons de retraite emploient un ou plusieurs animateurs, qui conçoivent et organisent les activités quotidiennes auxquelles les résidents peuvent participer.

Les équipes soignantes participent aux animations. Des intervenants extérieurs peuvent également être sollicités pour des activités spécifiques (musicothérapie, par exemple).

Enfin, certaines maisons de retraite ont un salon de coiffure, un salon d'esthétique ou encore une boutique.

7) L'aide-soignant et l'aide médico-psychologique

L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de celui-ci, conformément aux articles R.4311-3 à R.4311-5 du code de la santé publique. L'aide-soignant assure auprès des patients des soins d'hygiène et de confort, visant à compenser partiellement ou totalement une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche holistique de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant contribue au bien-être des malades, en les accompagnant dans tous les gestes de la vie quotidienne et en aidant au maintien de leur autonomie. L'aide-soignant transmet ses observations par écrit et par oral pour assurer la continuité des soins.

L'aide médico-psychologique exerce aussi son activité sous la responsabilité de l'infirmier. Outre les soins d'hygiène et de confort, elle met en place et anime les activités de vie sociale et de loisirs de l'établissement. Elle a, de par sa formation, un rôle d'épanouissement et de stimulation. Son objectif est d'encourager le dialogue et l'échange pour rompre l'isolement des résidents.

Par exemple, l'AMP peut aider la personne à faire sa toilette en la stimulant par des gestes et des paroles, mais ne réalisera pas une toilette complète à la place du résident comme l'AS.

Les AS prennent en charge jusqu'à 12 toilettes dans une matinée, alors que les AMP accompagnent au maximum 5 résidents.

8) Médecin coordonnateur

(29,30)

Le médecin coordonnateur en EHPAD doit être titulaire d'un diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de gériatrie, de la capacité de gérontologie, d'un Diplôme d'Université (DU) de médecin coordonnateur en EHPAD ou, à défaut, d'une attestation de formation continue délivrée par un organisme agréé. Le temps de présence d'un médecin coordonnateur au sein d'un établissement qui bénéficie d'un conventionnement EHPAD dépend de la capacité d'accueil de la structure : de 0,25 Equivalent Temps Plein (ETP) pour les établissements dont la capacité d'accueil est inférieure à 45 places, à 0,8 ETP pour ceux dont la capacité est supérieure à 200 places. Le médecin coordonnateur est notamment chargé des missions suivantes, définies par décret : avis sur les admissions de résidents, évaluation de leur état de dépendance (GIR) et de leurs besoins en soins, encadrement médical de l'équipe soignante, élaboration du dossier type de soins et du projet général de soins de l'établissement, participation à la commission de coordination gériatrique, ou encore identification des risques éventuels pour la santé publique dans l'établissement.

Le médecin coordonnateur doit également veiller à l'application des bonnes pratiques médicales et promouvoir auprès des professionnels libéraux intervenant dans l'établissement la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Il peut

aussi réaliser des prescriptions médicales “en cas de situation d’urgence, de risques vitaux ou lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins”. Dans ces différents domaines, l’action du médecin coordonnateur est donc en prise directe avec les pratiques des médecins traitants libéraux qui suivent des résidents dans l’EHPAD, les limites d’intervention de chaque praticien n’étant pas toujours clairement définies.

A cet égard, la mise en place en 2011 de contrats types (Annexe 2), signés à la fois par le directeur d’EHPAD et par les médecins libéraux intervenant au sein de l’établissement, vise à clarifier le périmètre d’action de chacun des acteurs de la prise en charge.

9) Obligations des EHPAD (31)

L'EHPAD s'engage à faciliter l'accès et l'intervention du médecin traitant en :

- assurant la conservation des dossiers médicaux des résidents et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité
- mettant à disposition du médecin traitant les informations nécessaires au suivi médical du résident par une transmission ou un contact avec le médecin coordonnateur ou un membre de l'équipe soignante ;
- assurer au médecin traitant, si le dossier est informatisé, et si nécessaire, une information à l'utilisation du logiciel médical.
- respectant l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents ;
- l'informant au préalable de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée (dispositifs médicaux ou produits diététiques) tenue à sa disposition ;
- lui transmettant la liste des médicaments dans chaque classe pharmaco-thérapeutique à utiliser préférentiellement.
- informer le médecin traitant des formations internes d'ordre médical dispensées aux salariés de l'établissement et auxquelles ce dernier peut assister ;

En pratique, on constate que, au moins les trois premiers points, sont des tâches souvent accomplies par l’IDE, étant donnée sa position de partenaire privilégié du MT.

L'EHPAD s'engage également à présenter au médecin traitant :

- le projet d'établissement et, en lien avec le médecin coordonnateur, le projet de soins et les protocoles de soins qui s'y rapportent ;
- le rôle et les missions du médecin coordonnateur ;
- le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ou, pour les EHPAD sans PUI, des pharmaciens d'officine dispensatrices et du pharmacien d'officine référent mentionné à l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, ainsi que le circuit du médicament retenu par l'EHPAD ;

- le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement de fonctionnement prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, les objectifs qualité de la convention tripartite et le régime de dotation dont relève l'établissement ;
- toutes notes ou directives adressées par les autorités sanitaires et publiques intéressant le médecin traitant.

10) L'IDE (19,32)

Travailler auprès de personnes âgées dépendantes nécessite des compétences multiples de la part de l'IDE : un savoir théorique, un savoir-faire technique et relationnel, une maîtrise de l'organisation du travail interne à l'établissement et une aptitude à faire appel à des réseaux de soins extérieurs en cas de besoins.

En EHPAD, le médecin n'est pas toujours présent, l'IDE doit donc prendre des initiatives, en application de son rôle propre. Il est donc indispensable d'avoir des connaissances solides sur les pathologies spécifiques à la personne âgée. La diversité de leurs missions et de leurs rôles les place au cœur de logiques difficilement conciliables et parfois conflictuelles. Auprès des personnes âgées qui vivent dans l'établissement, en tant que responsables des soins, elles ont à prodiguer des soins de qualité en adéquation avec le projet de vie du résident.

Comme nous l'avons dit, l'IDE doit maîtriser la connaissance des pathologies prévalentes du sujet âgé, les signes cliniques présageant une nouvelle pathologie étant souvent frustes chez la personne âgée. Par exemple, un changement de comportement ou une perte d'appétit peut inaugurer d'une infection urinaire ou d'une affection digestive.

L'IDE possède une connaissance approfondie du comportement et des habitudes de vie du résident, ce qui lui permet de détecter rapidement et de transmettre au médecin des données probantes.

Cette fonction d'évaluation et d'analyse de l'état de santé de la personne âgée tient une place prépondérante. Elle doit observer la situation singulière d'un résident de façon directe : observation de l'état clinique, relevé des paramètres vitaux et entretien dirigé à la recherche de symptômes.

En EHPAD, avec une population souffrant de troubles cognitifs, il faut aussi interroger et analyser les constatations des AS qui réalisent des soins d'une durée plus longue auprès du résident : leur appréciation des signes de changement d'apparence ou de comportement du résident s'avérant très précieuses pour l'IDE. Devant une situation qui présente un signe d'aggravation de l'état de santé qu'elle reconnaît, l'IDE doit décrire la situation de manière convaincante au médecin, afin qu'il saisisse la gravité de la situation. Une autre dimension tout aussi importante du soin en gériatrie est d'informer le résident et/ ou sa famille des modifications de son état de santé. L'IDE doit évaluer le besoin d'information et trouver le vocabulaire adéquat.

Travailler en EHPAD demande une maîtrise des soins techniques : pansements de plaies chroniques, injections sous-cutanées, intramusculaires, hypodermoclyses et pansements de plaies chirurgicales car les retours d'intervention se font rapidement.

De plus, elle collabore avec les AS. Chaque AS étant responsable d'un secteur géographique dans l'EHPAD et se voit confier des missions par l'IDE. Elle a donc une fonction hiérarchique importante dans l'organisation du personnel soignant puisqu'elle donne des instructions aux équipes, afin d'optimiser la prise en charge des résidents

Sans parler des autres tâches : distribution des médicaments, logistique avec l'achat ou la location de matériel de confort, gestion des consommables de l'infirmierie et de la pharmacie, formation et l'accueil des stagiaires...

Ainsi, le travail de l'infirmière en EHPAD est donc pourvu de multiples facettes : organisation, administration, la réalisation des soins, l'évaluation de l'état de santé, actions de prévention, encadrement des étudiants... Les soins sont donc préventifs, curatifs et palliatifs (fiche de poste en annexe 1).

11) Les difficultés des IDE (32,33)

En EHPAD, l'IDE se retrouve souvent seule ; elle est donc pleinement responsable de la situation des résidents. Un médecin coordonnateur est parfois présent. En dehors des périodes où un médecin se trouve sur le site, l'IDE prends des décisions ou fait appel au MT s'il est joignable ou au centre 15.

En équipe, IDE et médecins ont parfois écrit des protocoles internes à l'EHPAD, par exemple, la conduite à tenir en cas d'hypertension, d'hyperglycémie ou de modification des doses d'AVK en fonction de l'INR. Ces protocoles écrits constituent des prescriptions anticipées, permettant de gérer de nombreuses situations sans faire déplacer un médecin.

Ces dernières années, le groupe iso-ressources pondéré moyen des structures s'est élevé en raison d'une amélioration de la prise en charge médicale qui a permis l'allongement de l'espérance de vie, et par la qualité de la politique d'aide au maintien à domicile mise en place. Il en résulte que l'entrée en EHPAD se fait à un âge plus avancé et souvent à un stade de dépendance plus élevé que par le passé (20).

Ainsi, la part des GIR 1 et 2 soit environs 55% des résidents continue à croître, ce qui tend progressivement à se rapprocher des populations accueillies en USLD (82%).

Ce taux de personnes âgées très dépendantes, augmentant dans les EHPAD, pose aussi le problème de la médicalisation. Car, si cette dernière est acquise dans les USLD, le problème reste aigu dans les EHPAD. En effet, dans la plupart des cas, il n'y a pas de personnel diplômé la nuit, même pour un établissement de 80 lits avec une unité alzheimer sécurisée. Cette situation entraîne des transferts à l'hôpital uniquement pour des raisons d'impossibilité de surveillance paramédicale la nuit

Le taux d'encadrement est très faible en EHPAD : il varie entre 0,68 et 0,73 pour le personnel soignant (nombre d'équivalent temps plein rapporté au nombre de lits occupé).

La limitation des effectifs en personnel de soins n'est pas uniquement spécifique aux EHPAD, mais son retentissement y est différent, car même lorsque tous les postes sont attribués, demeure la grande difficulté de recruter des personnels qualifiés (IDE, AS) : le secteur gériatrique attirant moins les professionnels que d'autres secteurs.

Ainsi, le ratio de personnel y semble insuffisant et un encadrement limité entraîne à terme de l'absentéisme, des hospitalisations plus fréquentes pour les résidents. Les personnels sont alors soumis à de grandes difficultés dans leur exercice professionnel quotidien en lien avec le fonctionnement même de l'institution, la forte charge émotionnelle, le manque de formation, de soutien, de reconnaissance...

12) Médecin traitant

A. Le libre choix du MT (34)

Il existe un principe intangible dans les EHPAD (et toutes les autres structures d'hébergement de personnes âgées) : celui de la liberté de choix du médecin traitant, des personnels paramédicaux et même du pharmacien. L'établissement, dans le respect de ce principe, doit composer avec de nombreux acteurs libéraux, notamment les médecins traitants. Leur nombre varie en fonction des structures et des régions, mais il peut arriver de compter pas moins d'une trentaine de médecins traitants, prescripteurs pour un même EHPAD.

En effet, la liberté de choix de son médecin est un principe législatif inscrit tout à la fois dans le code de la santé publique (L.1110-8) et le code de la sécurité sociale (L.162-2).

Ainsi au niveau national, 60% des médecins suivaient déjà leur patient avant leur entrée en EHPAD (29).

Dans le cas où, le résident n'aurait pas de médecin traitant, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD, signataires du contrat dont nous allons parler ci-après.

B. La notion de contrat

A l'origine, ce sont des conventions entre les professionnels de santé et certains EHPAD qui ont commencé à se mettre en place. Dans la plupart des cas, elles étaient initiées dans le cadre de la prise en charge de la rémunération des médecins libéraux. Par ces conventions, les établissements s'engageaient à faciliter l'action du médecin traitant en mettant à sa disposition sa logistique et toutes les informations nécessaires au bon exercice de sa pratique médicale. Elles demandaient, en contrepartie, que le médecin respecte, autant que faire se peut,

l'organisation et les rythmes de la structure afin d'éviter d'en perturber le fonctionnement. Il devait également tenir informé, en temps réel, l'équipe de soins de l'évolution de ses prescriptions.

C. La nouvelle réglementation (35)

Depuis 2011, un contrat doit être établi entre un médecin généraliste qui intervient à titre libéral dans un EHPAD et le directeur de l'établissement.

Rappelons que le principe du contrat a été imposé par la loi, mettant en exergue la prise en considération des modalités pratiques particulières s'attachant aux interventions en EHPAD. L'article L. 314-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) dispose ainsi que :

" Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement ».

Pour l'application de cette disposition législative, un décret du 30 décembre 2010 (3) et un arrêt (2) du même jour ont précisé les contours réglementaires. Le décret introduisait dans le CASF notamment l'article R. 313-30-1 en vertu duquel :

" Le contrat prévu à l'article L. 314-12, conclu entre un professionnel de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, est conforme aux contrats-types fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes âgées. Ces contrats types fixent les engagements réciproques des signataires, concernant les modalités d'intervention du professionnel de santé dans l'établissement et de transmission d'informations relatives à cette intervention, les modalités de coordination des soins entre le professionnel de santé et le médecin coordonnateur de l'établissement ainsi que la formation de ce professionnel. [...] "

D. Controverses et polémiques (29,35)

Selon l'enquête de la DREES en 2011 (18): 38% des MT au plan national ont signé une convention écrite avec un établissement

Ce résultat témoigne de fortes réticences d'une partie des médecins généralistes à signer ce type de contrat, qui porte atteinte, selon eux, à leur indépendance professionnelle.

Cette réglementation avait provoqué une levée de bouclier d'une grande partie des praticiens libéraux concernés.

Plusieurs organisations professionnelles représentatives des professions de santé intéressées, dont notamment le Conseil National de l'Ordre des Médecins, ont appuyé l'opposition des libéraux et ont introduit un recours pour excès de pouvoir à l'encontre des textes réglementaires en question.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins avait ainsi déposé devant le Conseil d'Etat un recours en annulation du décret relatif à la mise en œuvre de cette convention.

Dans sa décision du 20 mars 2013, le Conseil d'Etat a maintenu le principe de contractualisation obligatoire, mais a modifié ou annulé certains articles du décret

Le Conseil d'Etat a, dans un arrêt particulièrement attendu en date du 20 mars 2013 (n°345885), apporté des précisions quant à la portée des dispositions légales et réglementaires jusque-là mal acceptées, peu appliquées et fortement critiquées (comme fournir ses dates de congés ou les coordonnées du remplaçant).

Une grande part de ces contrats semble avoir dès lors une portée essentiellement informative, permettant au praticien d'être informé et de consentir aux modalités particulières de son intervention qui ne sont, en réalité, que les pratiques préexistantes (cf. code de déontologie) et inhérentes à l'intervention de tout praticien libéral au sein d'un EHPAD. De plus, malgré le caractère contractuel de l'intervention, le praticien conserve ses pleines prérogatives de praticien libéral.

Le Conseil d'Etat donne une portée relative au contrat de coordination, puisqu'il suffit que le praticien accepte sa conclusion pour qu'il intervienne : l'établissement ne pouvant refuser l'intervention dudit praticien, tant que celui-ci est signataire de la convention et qu'il en respecte les termes. En outre, l'obligation répond à un contrat-type garantissant une uniformité d'intervention dans tous les établissements concernés.

E. Les obligations du MT (2)

Le médecin traitant s'engage à :

- adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD ;
- respecter la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles et éviter pour ses visites, sauf urgence, les horaires de repas ;
- assurer la continuité des soins conformément à l'article R. 4127-47 du code de la santé publique, hors permanence des soins ;

- participer, dans la mesure du possible, à la vie médicale de l'établissement (participation à l'élaboration ou révision de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien d'officine référent pour les EHPAD sans PUI) ;
- prendre en compte, dans ses prescriptions, les spécificités de fonctionnement de l'EHPAD évoquées au 2.1. ;
- signaler sa présence lors de son arrivée dans l'établissement, afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations.

Pour assurer la coordination des soins autour du patient et de garantir la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD, le médecin traitant s'engage à collaborer avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien référent qui concourent à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.

Tout particulièrement, le médecin traitant s'engage à :

- constituer, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, à partir des informations et documents pertinents dont il dispose, le dossier médical du patient à son arrivée dans l'EHPAD facilitant la continuité des soins ;
- renseigner le volet médical du dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles-type de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD ;
- échanger autant que nécessaire sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur ;
- adapter les prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques et préférentiellement au sein de la liste des médicaments par classe pharmaco-thérapeutique ;
- participer à une réunion par an organisée par le médecin coordonnateur telle que prévue à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles relative à l'organisation des soins dans l'EHPAD et pouvant s'appuyer sur les revues de morbi-mortalité. Sa participation est indemnisée par l'EHPAD sur le fondement des articles R. 313-30-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

F. Rémunération (29)

Les modalités de rémunération des médecins généralistes intervenant dans les EHPAD dépendent du régime tarifaire des établissements, que nous avons détaillé en 3)a).

Deux possibilités : le tarif partiel ou global. Dans le cas d'un EHPAD à tarif journalier partiel, les honoraires des médecins sont réglés par la personne âgée dépendante ou son entourage (en pratique, l'établissement peut jouer le rôle d'intermédiaire en facturant les consultations au résident, les sommes collectées étant reversées par la suite aux médecins). Dans un EHPAD à tarif journalier global, la rémunération du médecin généraliste est versée directement par l'établissement au praticien à partir de la dotation "soins" versée par l'assurance maladie.

En France : 77% des honoraires sont versés par la personne âgée dépendante ou son entourage, 21% versés par l'établissement et 2% des médecins sont salariés.

Par exemple dans le cas du tarif partiel : la visite en EHPAD, comme toute visite, est cotée VS+ MD soit $23 + 10 = 33$ €.

Si la distance par rapport au cabinet >2 km en plaine et 1 km en montage, des frais kilométriques s'ajoutent (respectivement 0,61€ et 0,91€/km)

Si un autre résident est examiné au cours du même passage dans l'établissement, la seconde visite sera facturée VS, soit 23 €

Par ailleurs, il existe une Majoration de 5 euros pour les Personne Agées de plus de 80 ans (MPA), versée directement en tiers payant au médecin, de façon trimestrielle par l'Assurance Maladie.

En cas de tarif global, la convention n'étant plus opposable, les tarifs sont à négocier entre l'EHPAD et les médecins. La situation est encore obscure et source de tensions certains d'EHPAD refusent, par exemple, de payer la MPA. Partant du principe du non conventionnement, certains syndicats de praticiens considèrent que toute visite effectuée en EHPAD doit être cotée comme une visite avec Majoration Déplacement (V+MD), même si plusieurs visites à des résidents différents sont effectuées au cours d'un même passage dans l'établissement, ce que refusent certains EHPAD.

Pour information, selon l'étude de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) « Etat des lieux Pays de la Loire » (36) : 60% des MT sont satisfaits du paiement à l'acte, tous modes de rémunération confondus (globale ou partielle).

G. Quelques données sur le déroulement de la visite (36)

Au niveau national, 19% des MT ont 20 résidents ou plus dans leur patientèle, 53% 1 à 19, 28% aucun.

Seules deux études menées dans le pays de la Loire : nous apportent des éléments factuels sur la visite en EHPAD. Les médecins de cette région suivent 17 patients en moyenne dans 3 établissements

Il faut noter de fortes disparités : par exemple, il y a plus de patients dans moins d'EHPAD en zone rurale, et moins de patients dans plus d'EHPAD en zone urbaine.

La moitié du temps médical libéral n'est pas consacré à la consultation, mais à de nombreuses autres sollicitations par l'EHPAD.

Les médecins étaient présents en moyenne 26 minutes dans l'établissement et consacraient 14 à 16 minutes de ce temps à la seule consultation, 48% du temps médical étant donc « hors consultation ».

De plus, les sollicitations en dehors des visites (téléphone, fax...) étaient plus nombreuses que les actes. L'activité en EHPAD représente en moyenne mensuelle, 10 actes, pour 16 sollicitations en dehors de leurs interventions.

En moyenne, 6 actes programmés et 4 non programmés (hors permanence des soins).

A noter : le volume est plus important en zone rurale qu'en ville avec respectivement 8 et 5 actes pour 20 sollicitations).

Toujours selon les déclarations des médecins généralistes libéraux ligériens, le poste de médecin coordinateur est occupé dans 85% des cas dans le dernier EHPAD où ils sont intervenus. Parmi eux, 68% déclarent l'avoir déjà rencontré dans le cadre de leur activité libérale en EHPAD. Mais, seulement 51% déclarent connaître précisément le rôle et les missions du médecin coordinateur.

66% déclaraient ne pas avoir prévenu l'établissement en amont de leur visite et ils ne sont que 52% à avoir signalé leur présence lors de leur dernière visite, alors qu'ils reconnaissent à 62%, que cela fait ou ferait gagner du temps, à 87% que cela permet ou permettrait une meilleure transmission de l'information, et à 86% une meilleure coordination des soins.

94% déclarent avoir rencontré un membre du personnel durant une durée moyenne de 10 minutes. Pour expliquer cette différence, on peut supposer que c'est le personnel qui est allé à leur rencontre ou qu'il s'agissait d'une rencontre fortuite.

Autre fait notable : 40% des visites pour une maladie chronique sont déclenchées par le personnel (90% pour une pathologie aiguë). Et seulement 4 à 9% des visites (tous motifs confondus) sont demandées par le résident.

13) Statistiques dans les Vosges

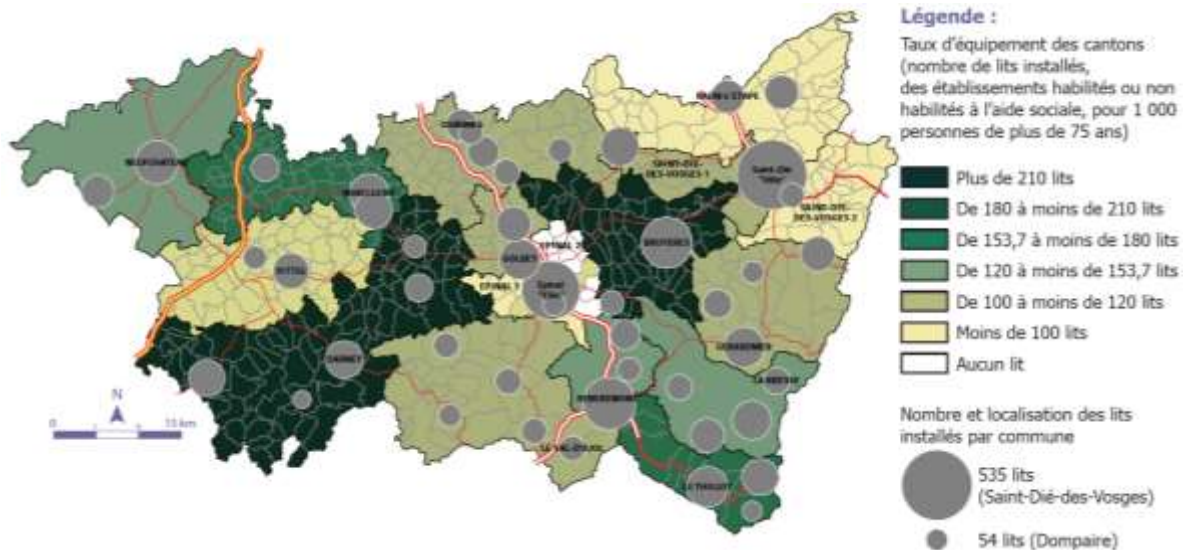
A. Une population plus vieillissante dans les Vosges (37)

Tout d'abord, notons que la population vosgienne est un peu plus âgée que celle des autres départements lorrains. La catégorie des 60-74 ans représente 16,9% et celle des plus de 75 ans : 10,7% de la population totale. Pour la Meurthe-et-Moselle, elles représentent respectivement 14,5% et 8,3%, pour la Meuse 15,9% et 10,4%, et pour la Moselle 14,8% et 8,7%.

La population lorraine est elle-même un peu plus âgée que la moyenne française, respectivement 14,9% et 8,5%.

B. Une densité médicale inférieure à la moyenne nationale

La densité de médecins généralistes libéraux est de 100 pour 100 000/habitants, contre 118 en Meurthe et Moselle, 90 en Meuse, 94 en Moselle et 106 en France (38)



C. Une offre en EHPAD bien fournie (39)

Il y a 63 EHPAD offrant 5206 places au total.

Le taux d'équipement en lit médicalisés (EHPAD + USLD) de 132,1 pour 1000 habitants de plus de 75 ans bien supérieur à celui des autres départements lorrains et même au taux national qui est de 95,0 (38).

Equipement	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France métropolitaine
Taux d'équipement en structures d'hébergement permanent non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en maison de retraite, logements de logements-foyers, places USLD)	34,0	44,1	28,1	33,7	20,9	27,6
Taux d'équipement en établissement d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (EHPAD)	95,0	87,8	95,2	83,8	132,1	95,0
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	19,2	18,0	26,7	18,4	19,4	19,8

Types d'accueil	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France métropolitaine
Maison de retraite non EHPAD (1)						
Nombre d'établissements	13	1	3	5	4	458
Nombre de lits en hébergement permanent	485	24	40	344	77	16 520
Logement-foyer (1)						
Nombre d'établissements	116	49	8	45	13	2 333
Nombre de logements (2)	5 520	2 420	370	2 152	578	111 554
Etab. d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (1)						
Nombre d'établissements	265	69	22	111	63	7 194
Nombre de lits en hébergement permanent	20 209	5 716	1 864	7 423	5 206	553 273
Unité de soins de longue durée (USLD) (3)						
Nombre d'USLD	36	11	4	15	6	587
Nombre de lits	1 229	431	140	489	169	32 546
Nombre de places d'accueil temporaire pour personnes âgées (4)	403	83	46	202	72	11 306
dont places dédiées au plan Alzheimer	391	83	42	199	67	9 261
Nombre de places en accueil de jour	452	212	58	100	82	12 840
dont places dédiées au plan Alzheimer	412	190	40	100	82	10 221
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD + SPASAD)						
Nombre de services (5)	85	23	14	29	19	2 083
Nombre de places	4 088	1 172	522	1 630	764	115 185

(1) Non compris les établissements d'accueil temporaire

(2) Inclut l'hébergement de nuit éclaté

(3) Ayant signé ou non une convention tripartite - Source SAE, établissements ayant rempli le bordereau USLD

(4) Toutes les places d'accueil temporaire en hébergement complet en interne sont comptabilisées y compris dans les établissements faisant de l'accueil permanent

(5) Services autonomes et services rattachés à un établissement

Il faut noter que 91,7% des places sont habilitées à l'aide sociale (39).

Les établissements sont à 66,1% publics, à 27,1% privé à but non lucratif, et à 6,8% privé à but lucratif (40).

Enfin, le tarif journalier moyen d'hébergement en 2013 s'établissait à 43,47 euros dans les Vosges. En comparaison, en Meurthe et Moselle, il était de 52,46€, en Meuse de 44,44€ (39).

Ces éléments peuvent expliquer, en partie, pourquoi les personnes de 75 ans et plus sont d'avantage institutionnalisées dans les Vosges avec une moyenne à 12%, contre 9,2% en Meurthe et Moselle ; 9,5% en Meuse, Moselle 8,5% en Moselle et 9% en France (38).

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

1) Rappel des objectifs

Pour ce travail nous sommes allés à la rencontre d'infirmières d'EHPAD et de médecins généralistes du département des Vosges. Nous voulions connaître leur perception de la visite en EHPAD, de leur collaboration mais surtout leurs attentes réciproques.

Nous l'avons vu, le MT et l'IDE sont deux maillons essentiels et indissociables des soins en EHPAD. Mais, collaborer efficacement dans l'intérêt du patient implique déjà que chacun des intervenants sache ce que l'autre attend de lui.

De plus, pour pouvoir espérer répondre à une attente encore faut-il en avoir conscience.

L'objectif principal est donc de connaître les attentes réciproques de ces deux professionnels de santé, et, grâce à une analyse croisée, de voir si ces attentes sont connues par les professionnels eux-mêmes.

Les objectifs secondaires consistent à connaître leur ressenti sur l'impact du médecin coordonnateur dans cette relation MT-IDE et à faire ressortir des pistes de réflexion pour améliorer leur collaboration.

2) Matériel et Méthode

A. Choix de la méthode

Ce type de questionnaire nous est apparu propice à la réalisation d'une étude qualitative.

Cette méthode est une technique issue des sciences humaines. Elle consiste à recueillir des données par une technique d'entretiens et d'analyse par thématiques. Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et des représentations. Elle permet de cerner la réalité d'une situation particulière (41-43).

Elle n'a pas pour but la représentativité mais l'exhaustivité.

L'échantillon comporte un petit nombre d'individus (en générale 15 à 20) mais présente des caractéristiques très variées, la diversité des points de vue étant recherchée.

Les éléments répétés par plusieurs participants ont, dans l'analyse, autant de poids que ceux qui n'apparaissent qu'une fois (44). Il n'y a donc aucune validité statistique : on ne cherche pas à représenter statistiquement la population, mais à identifier l'ensemble des opinions/comportements possibles.

Ce qui importe c'est la diversité du vécu, des expériences et des profils

Trois possibilités d'entretiens qualitatifs (42) se posaient à nous :

– L'entretien libre (ou non dirigé) : c'est le type d'entretien le moins structuré : il se caractérise par l'attitude non directive du chercheur qui suit et soutient le participant invité à s'exprimer. L'objectif de cet entretien est de porter un intérêt à tous les éléments du discours : les idées exprimées mais aussi leur enchaînement par associations, les intonations, etc.

– L'entretien dirigé : l'interviewé répond aux questions posées, sans avoir la possibilité d'approfondir sa réflexion. Les questions posées sont « fermées », c'est-à-dire que la réponse du participant devra correspondre à un choix d'une ou plusieurs réponses parmi une liste de réponses déterminées. Il permet d'inclure un grand nombre de participants et appelle une analyse quantitative des données recueillies ; un objectif de représentativité et de généralisation est recherché. La place de ce type d'entretien en recherche qualitative est particulière : si un questionnaire peut effectivement porter sur des questions « sociologiques », l'entretien directif se distingue d'une méthode qualitative au sens où le questionnaire n'engendre pas une complexification des données, ni ne les enrichit, mais les simplifie dans un objectif de vérification d'hypothèses. Il se distingue aussi par la rigidité qu'il engendre.

– L'entretien semi-dirigé se fonde sur l'attitude peu directive de l'enquêteur qui, s'il pose des questions à partir d'une liste de questions prédéfinies, laisse le participant s'exprimer librement sur ces questions – il n'est pas face à des choix fermés mais est appelé à répondre avec ses propres mots à la question posée.

Par ailleurs, l'enquêteur n'est pas contraint par une liste de questions mais il est libre d'en poser d'autres, en rapport avec les réponses données par le participant et le thème de la recherche. Le principe de l'entretien semi-directif est d'organiser l'échange.

Dans l'optique de la compréhension de comportements et de ressentis, nous avons donc choisi d'exclure l'entretien directif. Nous avons opté pour l'entretien semi-dirigé, qui permet un certain ajustement des données en orientant les questions sur des thèmes précis. Cette technique paraissait moins ardue que l'entretien libre, car l'inexpérience de l'enquêteur risquait de limiter l'exploration.

B. Modalités de l'enquête

Pour cette étude qualitative le recueil des données a donc été réalisé par des entretiens individuels semi-directifs en face à face.

Ce type d'entretien conduit l'interviewer à adopter :

- Une attention positive de l'interviewé.

- Une attitude empathique qui consiste à comprendre le cadre de référence de l'interviewé et son raisonnement.

De plus, nous avons jugé important de ne pas se présenter auprès des IDE comme émissaire des médecins généralistes. Le statut de médecin remplaçant, donc non installé dans le secteur, a sans doute permis d'aborder le sujet de manière un peu plus neutre.

En effet, il est important de considérer que « l'enquêteur va également être défini, qualifié, par les personnes rencontrées, qui vont se forger une représentation de lui et des raisons de l'enquête. Cela est particulièrement sensible en organisation, où le chercheur peut être, dans un premier temps, considéré comme un "espion" de la hiérarchie ou encore être instrumentalisé par les différentes parties qui tentent alors de le mobiliser comme ressource dans leur propre stratégie » (45).

Enfin, se présenter comme un professionnel de santé en fin de formation qui se pose des questions sur la collaboration MT-IDE et qui cherche à l'améliorer apparaissait alors évident pour limiter ce type de biais ; bien que la formation de l'enquêteur soit quand même celle de médecin généraliste.

C. Population, échantillonnage, recrutement

Nous avons d'abord procédé à un recensement de tous les EHPAD vosgiens.

Puis, nous avons choisi aléatoirement les EHPAD où nous rendre, mais en veillant à constituer un échantillon varié, tenant compte de plusieurs grands critères pouvant, selon nous, avoir un impact sur l'interaction MT-IDE comme : le statut (public/privé à but non lucratif/privé à but lucratif) de l'EHPAD, le nombre de résidents, le taux d'encadrement (en IDE), le nombre de MT intervenant dans la structure, le temps de présence du médecin coordonnateur, la localisation, le tarif d'hébergement.

Enfin, lors d'un contact téléphonique préalable, nous avons convenu d'un rendez-vous avec une ou plusieurs IDE volontaires, au hasard. Leur âge et leur ancienneté en EHPAD ont également été recensés.

Pour ce qui est des médecins généralistes ayant donné leur accord lors d'un contact téléphonique préalable, ils ont été recrutés de proche en proche, sous condition qu'ils interviennent dans un des EHPAD vosgiens choisis, en constituant un échantillon raisonné et diversifié, tenant compte de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice, et du volume d'activité en EHPAD.

D'autres paramètres pouvant jouer un rôle ont également été relevés comme : le nombre d'EHPAD dans lesquels ils interviennent, la distance cabinet-EHPAD (cf. tableau 5).

De plus, afin de diversifier encore un peu plus notre panel, nous avons également choisi d'intégrer un médecin qui est à la fois généraliste et coordonnateur d'EHPAD, et une IDE qui est cadre infirmière mais qui a encore une activité de soins.

Pour rappel, dans une étude qualitative, l'échantillon ne vise pas à être statistiquement représentatif, mais à être représentatif de la diversité des pratiques, des points de vue, et des perceptions que l'on cherche à traiter.

D. Guide d'entretien

Un guide d'entretien identique pour les MT et les IDE a été élaboré préalablement aux entretiens. Il est présenté en annexe 3 et 4 et débutait par une phrase d'introduction du sujet.

Les cinq grands axes à aborder étaient :

- L'état d'esprit au moment de la visite
- La perception de la relation MT-IDE
- L'impact du médecin coordonnateur dans cette relation
- Les attentes mutuelles (personnelles, et supposées quand il s'agissait de celles de l'autre professionnel)
- Les pistes d'améliorations

Il était composé de questions ouvertes, ayant pour but de permettre aux professionnels répondants, une libre expression.

Pour ces grands axes, des questions de relance étaient prévues en cas de réponse incomplète ou de manque de fluidité dans le déroulement de l'entretien.

L'enquêteur était libre d'adapter la formulation et l'ordre des questions au cours des entretiens, afin de favoriser les échanges et l'expression libre de l'interviewé.

E. Recueil des données

Les entretiens ont été faits face à face et enregistrés sur dictaphone numérique avec l'autorisation expresse de l'interviewé, formulée oralement en début d'entretien. L'anonymat dans l'exploitation des données devait être respecté.

De même, chaque entretien était suivi d'une brève prise de notes pour conserver des éléments qui avaient pu être évoqués en dehors des périodes d'enregistrement.

Puis, les entretiens ont été retranscrits intégralement « mot à mot » avec le logiciel Microsoft Word, dans les 7 jours suivant chaque entretien afin de conserver les éléments non verbaux en mémoire

Le discours a été reproduit de la manière la plus fidèle possible, en notant les onomatopées et les éléments de langage non verbaux, pour retranscrire du mieux possible les émotions et les impressions qui sont passées au cours de l'entretien.

Cependant, par souci de respect de l'engagement d'anonymisation des données, les noms propres, les noms de quartier, ou de villes ont été censurés.

De même, pour respecter l'anonymat des participants, un numéro, précédé de la lettre I pour les IDE et M pour les médecins leur a été attribués.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à la saturation des données avec deux entretiens supplémentaires pour vérifier celle-ci.

F. Analyse des données

Le choix de l'analyse thématique a été fait. Cette analyse consiste en la production de thèmes en plusieurs étapes.

Les transcrits ont été relus de nombreuses fois afin de faire émerger les principales thématiques, puis de les rassembler en thèmes et en sous-thèmes.

Le codage a fait l'objet d'une triangulation avec le directeur de thèse et une élève infirmière de dernière année. Cette triangulation n'a pas révélé d'incohérences majeures dans la sélection des thématiques. L'analyse des thématiques a été réalisée parallèlement et indépendamment par l'auteur, qui était également l'enquêteur, et par le directeur de ce travail. Une ou plusieurs citations marquantes ont été choisies pour illustrer le propos.

3) Résultats

A. Nombre et période de réalisation des entretiens

32 entretiens ont été réalisés entre le 12 juin 2016 et le 06 octobre 2016.

17 infirmières d'EHPAD provenant de 9 EHPAD différents et 15 médecins généralistes ont été interrogés (*Cf. tableau 4*).¹

B. Lieux

Les entretiens ont été réalisés seul à seul (sauf pour une IDE qui était accompagnée d'une élève infirmière) dans les locaux de l'EHPAD, en salle de soins ou si besoin à l'écart dans un bureau annexe.

Concernant les MT, ils ont tous été réalisés seul à seul, soit au cabinet médical ou dans ses annexes (salle de pause) pour 12 médecins, soit à leur domicile pour 2 d'entre eux, soit au sein de son EHPAD pour le praticien qui est à la fois médecin coordonnateur et médecin traitant.

¹ L'intégralité des entretiens est disponible sur demande auprès de l'auteur de ce travail, à l'adresse E-mail suivante : nicbur@yahoo.fr

C. Durée

Les entretiens étaient initialement prévus pour durer environ 15 à 20 minutes, lors de la prise de contact téléphonique.

La durée des entretiens, du moins de la partie enregistrée, varie de :

- Pour les IDE, de 11 à 45 minutes, avec une moyenne de 25,6 minutes et une médiane à 25 minutes

- Pour les médecins, de 9 à 43 minutes, avec une moyenne de 22,8 minutes et une médiane à 22 minutes.

La durée totale des enregistrements est de 12,9 heures.

D. Caractéristiques du panel

Tableau 4 : Panel des IDE :

EHPAD		1	2	3	4	5	6	7	8	9								
Nbr de résidents		114	31	95 (24*)	166	64 (12*)	79	65 (14*)	83 (17*)	80								
Nbr IDE (ETP) Taux d'encadrement**		4,4 0,039	2,1 0,068	5,6 0,059	7,2 0,043	3,2 0,05	3 0,037	3,5 0,054	2,6 0,031	2,8 0,035								
Nbr MT		10	4	6	10	28	25	18	16	10								
Tps présence MedCo (ETP)		0,6	0,2	0	0,5	0,3	0,5	0,4	0	0,4								
Tarif hébergement (€/j)		49	51	41	47	57	80	61	53	56								
Lieu d' exercice	Urbain																	
	Semi- urbain																	
	Rural																	
Statut	Public																	
	Privé non lucratif																	
	Privé lucratif																	
IDE		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13c	14	15	16	17
Sexe	H																	
	F																	
Âge	20-29																	
	30-39																	
	40-49																	
	50-59																	
Expérience en EHPAD	0-10																	
	11-20																	
	21-30																	

* UVP (Unité Vie Protégée)

** En IDE

Tableau 5 : Panel des MT

		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11c	M12	M13	M14	M15
Sexe	H															
	F															
Age	30-39															
	40-49															
	50-59															
	>60															
Milieu d'exercice	Urbain															
	Semi-urbain															
	Rural															
Nbr de patients		6 à 7	7 à 8	7 à 8	20	10 à 15	30 à 40	20	15	20	20	20	15	15	10	4
Nbr d'EHPAD		1	1	1	1	1	4	2	2	2	2	3	5	4	3	2
Distance MT-EHPAD (km)		1	1	1	1	1	1 à 6	1 à 6	1,5 à 6	1 à 10	1 à 10	1 à 3	1 à 10	2	2	2

E. Accueil et déroulement

Nos appels dans les EHPAD ont toujours été bien reçus, les IDE se montrant toujours très intéressées par le sujet et contentes de participer, sous réserve souvent de conditions organisationnelles, par exemple : passer un jour où elles sont plus disponibles (présence de 2 IDE), ou à la fin de leur poste....

Une autre condition nous a été posée par une cadre IDE : la nécessité de demander une autorisation préalable à la DRH du centre hospitalier auquel était rattachée l'EHPAD. Pour des raisons organisationnelles, nous n'avons pas donné suite et nous n'avons pas inclus cet établissement. Aucun refus n'est à signaler par ailleurs.

Du côté des médecins, l'accueil a toujours été bon, mais il faut reconnaître que leur adhésion a été facilitée par la méthode des proches en proches. En effet, se présenter comme venant de la part d'un confrère connu a souvent aidé les médecins à accepter les entretiens et à prendre de leur temps pour me recevoir. Ce qui n'est pas chose aisée vu leurs plannings chargés et le nombre de sollicitations qu'ils reçoivent pour des travaux de thèse ou de mémoire.

L'entretien débutait toujours par un bref rappel du motif de notre venue et de la démarche de l'étude, le temps de poser le dictaphone, un peu en retrait, pour qu'il ne soit pas source de perturbation des échanges, de même pour le guide d'entretien.

Puis, venait une série de questions relatives au déroulement des visites, et autres données purement indicatives permettant aux deux interlocuteurs de se sentir en confiance.

Il est important de garder une attitude neutre pendant les échanges, afin de ne pas orienter le discours. Toutefois, la surprise comme la naïveté ont été utilisées à certains moments pour obtenir des précisions sur certains propos. Ceci en essayant de toujours garder une écoute bienveillante, en s'efforçant de ne pas donner notre point de vue

4) Analyse

A. Déroulement des visites

Le déroulement des visites des MT en EHPAD est finalement assez stéréotypé malgré la diversité des profils de praticiens et de structures. Le mode de fonctionnement ne diffère que sur quelques points que nous allons détailler.

Sur le mode de déclenchement tout d'abord. Concernant les Renouvellement de Traitement (RT), certains MT prévoient eux même, à chaque visite, leur prochaine date de passage. Il s'agirait, sans doute, plutôt des médecins exerçant seuls, sans secrétariat.

Ce mode de fonctionnement semble plébiscité par les IDE car cela les décharge d'un certain nombre d'appels téléphoniques et désencombre les secrétariats médicaux. Par contre, certaines ont le sentiment que ces médecins, qui voient leurs patients souvent mensuellement, sont moins disponibles en cas d'urgence.

Pour les autres, ce sont les IDE qui contactent le MT, ou son secrétariat, pour demander une date de visite. Les appels sont rythmés par la fin des piluliers ou de l'échéance des ordonnances.

Ces appels ont lieu souvent la semaine précédente, de manière à laisser du temps au MT de s'organiser. Soit un rendez-vous est fixé directement, soit le secrétariat rappelle l'IDE après avoir convenu d'une date avec le médecin, soit le MT passe, sans avoir prévenu du jour de passage, ce qui peut poser des problèmes d'anticipation et d'organisation aux IDE.

Certains médecins regroupent tous leurs patients le même jour, d'autres préfèrent les répartir dans la semaine.

Enfin, une minorité de médecins interrogés a un créneau (quelques heures fixes voir une demi-journée) « dédié » à la visite en EHPAD, surtout s'ils ont une grosse patientèle dans un EHPAD donné.

Les RT sont mensuels, bimestriels ou trimestriels. Deux MT faisaient des RT semestriels.

A noter : un système de distribution normalisé des médicaments (médicaments déconditionnés dans des piluliers préparés à l'avance par la pharmacie) a été rencontré dans 2 EHPAD et nécessite un renouvellement à des jours précis, souvent en début de semaine, avec peu de marges de manœuvre.

Concernant les problèmes intercurrents, il s'agit la plupart du temps d'un appel de l'IDE.

Il y a encore quelques patients ou familles de patient qui contactent eux-mêmes le MT pour obtenir une visite. Ce nombre tend à diminuer dans certains EHPAD car cela peut, là aussi, poser des problèmes d'organisation et de préparation. Cela est donc souvent mal perçu par l'équipe soignante.

Dans une EHPAD particulièrement bien organisée et bien dotée en IDE, cela est au contraire vu comme une forme d'accompagnement de la famille : « *Ils font ce qu'ils peuvent encore faire, c'est une manière de participer* » I14, même si parfois il s'agit de « *garder un œil sur le traitement* » I14.

Cela n'est pas vécu comme une forme d'ingérence, à condition que la communication entre famille et équipe soignante soit bonne. Cela « *maintient le lien avec la famille* » I14.

Certaines familles vont plus loin puisqu'elles vont encore chercher les médicaments à la pharmacie, parfois avec le résident, ou organisent elles-mêmes les rendez-vous (ex kinésithérapie etc.)

Un seul patient se rendait encore au cabinet de son MT.

Nous parlions de problèmes d'organisation car bien souvent, surtout dans les EHPAD qui ont conservé un « support papier » (qu'il s'agisse du dossier du patient, de la feuille de prescription ou de transmission...), l'IDE prépare à l'avance les documents dans la salle de soin pour le MT afin de gagner du temps à l'arrivée de celui-ci

Ainsi l'IDE peut être surprise et prise au dépourvu par une visite de MT qui a été demandée directement par la famille. Inversement un patient peut parfois ne pas être au courant de la venue de son médecin si c'est l'IDE qui a sollicité le médecin, ce qui peut conduire à des situations quelque peu gênantes...

Ensuite, à son arrivée, certains MT se rendent directement en chambre voir leur patient, d'autres cherchent d'abord à rentrer en contact avec l'IDE. Déjà pour connaître le motif d'appel, ou pour avoir plus de précisions si le motif avait déjà été communiqué par téléphone. Ne pas rencontrer l'IDE peut ainsi conduire à quelques déconvenues : « *Ça m'est déjà arrivé de remonter dans la chambre parce que j'avais regardé le mauvais pied* » M4.

Ensuite, ils examinent le patient et retournent en salle de soins faire les prescriptions et leurs observations.

Certains cherchent alors à faire une « synthèse, un bilan » avec l'IDE.

Pour la plupart, cette étape est systématique. Pour d'autres, quand l'IDE n'est pas présente ou pas disponible, une note est laissée sur le bureau ; s'en suit parfois un appel téléphonique pour clarifier les consignes qui n'ont pas été comprises.

Ainsi, il peut arriver que des médecins soient passés dans un établissement sans rencontrer l'IDE, par exemple si le passage a eu lieu en dehors des horaires de présence des IDE ou si elles étaient occupées en chambre.

Quand ils cherchent à rentrer en contact avec l'IDE, soit les MT la trouvent en salle de soin, soit ils l'appellent si elles sont équipées d'un téléphone, soit la font appeler par un membre de l'équipe (AS, directeur, personnel d'accueil).

On voit de plus en plus apparaître des « carnets » dans les structures, où sont notées les remarques ou les demandes particulières des IDE. Ces carnets peuvent être nominatifs par MT, celui-ci n'a plus qu'à lire ce qu'il lui est demandé notamment en cas d'absence de l'IDE ou si l'IDE présente n'est pas la même que celle qui a demandé la visite.

Dans d'autres structures cela est noté, mais parfois noyé (nous y reviendrons), dans les feuilles de transmission paramédicales.

Bien sûr, se pose la question de l'accompagnement ou non du MT en chambre.

En débutant ce travail, nous pensions que ce sujet serait un point de tension central entre MT et IDE, une revendication de beaucoup de MT et une charge de travail supplémentaire, pas forcément utile selon les IDE. Et bien finalement, cela ne fut pas du tout le cas. Ce sujet fut plutôt un problème mineur, pas du tout au centre des préoccupations de chacun des deux professionnels.

Sur les 32 soignants interrogés, 2 (1 MT et 1 IDE) ont déclaré avoir eu un conflit à ce sujet. Pour tous les autres, cela n'a jamais été une source de tension. « *On s'explique, on ne s'est jamais fâché* » M12.

Un MT (M3) souhaitait un accompagnement systématique. « *Je demande toujours une IDE* » Pour lui, il était possible de faire sans les IDE mais il ne le souhaitait pas. Il évoquait avec nostalgie le modèle hospitalier : « *Pour moi c'est comme à l'hôpital quoi, quand je faisais des visites à l'hôpital, quand j'étais interne, et bah il y avait l'infirmière qui faisait les visites avec nous !* », « *Je ne peux pas travailler sans* ».

Un MT déplorait qu'on ne lui propose pas de l'accompagner. Il ne souhaitait un accompagnement que dans certains cas, mais regrettait de devoir le demander : « *J'aimerais bien ne pas avoir à demander, ça devrait être normal* » M13.

Il allait même plus loin pour expliquer son point de vue : « *Quand on va voir une personne démente à domicile il y a toujours la famille qui est là, et là quand on voit un dément en EHPAD, on est tout seul alors que a priori ça ne devrait pas être le cas* » M13

Un MT (M5) avait un avis plus modéré sur la présence de l'IDE lors de la visite. Pour lui, il fallait faire comme en visite à domicile ou comme avant, au temps des maisons de retraite non médicalisées : « *on faisait seul les visites* » « *je vais voir mes patients seuls et je me dém***** ».

Il soulignait par contre l'importance que prenaient les AS à cette époque. « *Les aides-soignantes venaient, nous aidaient et elles faisaient du bon boulot* », « *d'ailleurs elles ont pris un coup au moral quand les infirmières sont venues, car elles avaient quasiment un rôle d'infirmière si tu veux, ça les valorisait. Quand les infirmières sont venues elles sont retournées à leur rôle de soins basiques, moins valorisants, et j'en connais qui ont déprimé.* »

Certains MT disaient qu'ils souhaitaient être accompagnés quand ils ne connaissaient pas le patient : « *au début j'aimais bien, maintenant je suis à l'aise, je connais mes patients, mais pour les nouveaux oui* » M6.

Une IDE reconnaissait « *qu'il faut faire le lien, entre un résident et son nouveau MT* » I1.

Souvent les IDE s'organisent pour être disponibles pour la visite du MT à condition de savoir à quel moment il va passer.

Enfin, la plupart s'accommodait de l'absence d'IDE au moment de la visite si celle-ci était occupée, mais souhaitait tout de même faire un point oralement avec elle, avant ou après l'examen.

Du côté des IDE, certaines trouvaient que les MT plus jeunes étaient plus autonomes que les anciens. Elles évoquaient une différence de culture, de formation ou « *ils sont peut-être plus conscient du manque d'IDE ?* » I15.

Une partie d'entre elles ne trouvaient pas cela nécessaire d'accompagner le MT pour un RT mais certaines disaient le proposer : « *Je ne vois pas ce que ça apporterait de plus de rester à côté à prendre des notes* » I13.

L'IDE cadre avançait plusieurs explications : « *On n'est pas à l'hôpital où vous suivez le médecin* » « *On est un lieu de vie, au domicile du résident, et au domicile c'est le résident avec le MT* » I13.

Et : « *Il (le patient) a peut-être envie d'un moment de tranquillité avec son médecin, souvent le résident adore son médecin traitant, alors pourquoi le priver d'un instant privilégié avec lui ?* » « *et puis il a peut-être des choses à lui dire qu'il n'a pas envie de nous dire* » « *Je pense que c'est respecter le résident que de ne pas s'imposer* ».

Il faut noter qu'il y avait un EHPAD où l'organisation interne ne permettait quasiment aucun accompagnement par les IDE. Il n'était donc proposé qu'en cas exceptionnel.

D'autres accompagnaient le MT sous certaines conditions : les patients agités, difficilement mobilisables, les plaies à « déballer » ...

Enfin, beaucoup trouvaient que participer à la visite était bénéfique pour le patient et pour elles-mêmes, et faisaient donc tout pour y participer. Leurs possibilités dépendaient de la charge de travail ou de la présence d'une deuxième IDE certains jours.

Aucun EHPAD visité ne proposait un accompagnement systematique.

En revanche, quasi toutes les IDE essayaient d'accompagner le MT en cas de problème aigu justifiant un appel de leur part.

B. Les IDE

a) Relatif à l'état d'esprit de l'IDE lors de la visite

L'état d'esprit varie beaucoup, d'une IDE à l'autre, mais surtout d'un moment à l'autre, allant de la « visite plaisir » à l'indifférence jusqu'à la contrainte.

Celles qui sont plutôt contentes soulignent le côté intéressant de la visite (I1, I2, I3) :

« *Quand c'est quelqu'un qui a pas mal de soucis c'est intéressant de voir la prise en charge, l'évolution* » I9

« *Moi ça ne me gêne pas...des fois j'aime bien* » I2

Certaines avouent même ne pas se freiner à faire appel au MT :

« *Nous on les accueille sans aucun souci, peut-être même qu'on les appelle un peu souvent* » I14

D'autres émettent toutefois des conditions et des réserves :

« *Franchement moi j'aime bien dans la mesure où je peux être disponible et où je sais à quelle heure ils vont venir !* » I2

« *Quand on sait quand ils viennent ça se passe mieux* » I7

Pour d'autres encore, c'est la normalité :

« *Ça me dérange pas du tout, je dirais que c'est des choses normales* » I12

« *Ça fait partie de mon travail, dans mon organisation* » I3

Mais cette normalité peut parfois virer à l'indifférence :

« *Des fois ça m'intéresse et des fois ça m'est égal* » I9

« *Aucun affect* » I10

« *Il fait son truc de son côté !* » I17

Enfin, il y a celles qui y voient surtout une contrainte :

« *C'est une contrainte parce qu'on n'a pas forcément le temps déjà de voir tous les résidents* » I5

Beaucoup signalent une charge potentielle de travail supplémentaire, mais qui est facilement acceptée :

« *Quand y a plein de modifications de traitement c'est du travail en plus mais c'est normal* » I6

« *S'il y a beaucoup de visites on va voir la charge de travail (...) je pense plus à l'organisation de la journée qu'à la visite du médecin* » I14

Bien sûr, l'état d'esprit est parfois lié simplement au côté relationnel et aux affinités entre individus :

« *Une contrainte en fonction de l'humeur du médecin* » I5

« *Ça dépend du médecin c'est souvent par plaisir (...) et puis des fois ce sont des contraintes, je préfère être honnête !* » I11

« *Sauf si le médecin n'est pas sympa avec l'IDE* » I1

Mais, le facteur qui semble le plus important aux yeux des IDE semble être le moment de la visite :

Ça peut être lié à la gravité de la situation ou simplement au moment de la journée :

« Ça va surtout dépendre du moment...des fois on les attend impatiemment parce qu'on veut avoir un avis et puis parce que c'est urgent et des fois c'est vraiment pas le moment » I7

« L'état d'esprit dépend vraiment du moment où ils arrivent et de l'urgence de la situation »

I7

« Ça varie de c'est intéressant à c'est embêtant...selon l'heure (rires) » I6

Au final, l'état d'esprit a toujours été jugé globalement bon :

« On est habitué donc on sait comment on réagit » I15

« On connaît nos résidents car on est dans un lieu de vie (...) du coup ça se passe bien » I15

« L'état d'esprit est bon car on s'attend à sa venue » I15

b) Relatif à sa relation avec les MT

i. Le ressenti de l'IDE

Dans l'ensemble les IDE semblent satisfaites de leur relation avec les MT puisqu'il n'y a pas eu d'avis négatifs.

Elles jugent cette relation favorablement :

« Je la trouve très bonne » I14

« Elle est correcte » I1

« Plutôt bonne, ça va bien, là il n'y a pas de soucis » I3

« Bonne de mon côté, pas de soucis particuliers avec les médecins traitants » I15

Elles sont satisfaites de cette collaboration :

« Il y a un bon partenariat, une bonne collaboration » I14

« La collaboration avec les médecins traitants se fait très bien » I12

Quelques-unes soulignent que des progrès ont été fait du côté des MT :

« Ils ont évolué dans le bon sens, à essayer de collaborer plus avec les maisons de retraite, être axés dans la relation, l'écoute » I7

Une IDE va même plus loin :

« Ils nous donnent ce qu'on attend d'eux et je pense qu'ils reçoivent ce qu'ils attendent de nous » I15

Elles évoquent une relation en bonne intelligence tournée vers un objectif commun :

« Au niveau relationnel ça se passe au mieux, on trouve toujours des solutions pour améliorer les choses » I7

Bien sûr, les caractères individuels et les affinités peuvent rentrer en ligne de compte :

« Ils sont sympas » I12

« (...) bonnes, à force de les voir, on a des affinités parfois, il demande des nouvelles de mon enfant par exemple » I9

« Il y en a qui ne sont pas faciles mais globalement ça va » I8

Selon certaines, la taille de la structure pourrait influencer :

« On est une petite structure, on s'entend relativement bien avec les médecins traitants » I4

Pour conclure, on peut noter la déclaration de l'IDE qui est aussi cadre :

« S'il y avait de grosses difficultés avec un médecin, c'est moi qui appellerais pour qu'elles ne soient pas de front directement » I13c

ii. Ce que les IDE apprécient dans leur collaboration avec les MT

La notion de confiance

Pour les IDE, la confiance est réciproque :

« Déjà, on fait confiance au médecin » I1

« Ils font confiance à l'équipe, aux IDE, c'est appréciable » I13c

« Les médecins traitants nous font confiance, ils nous demandent vraiment notre avis » I14

« Souvent ils viennent juste sur notre propre jugement alors qu'on n'a pas de signe de gravité particulier » I15

Mais aussi la confiance du patient que cela engendre :

« Le travail médecin-infirmière qui est quand même important je trouve, si ça se passe bien, on peut acquérir la confiance du résident » I1

Une relation d'interdépendance

« Eux ont besoin de nous pour les infos qu'on leur donne, et nous pour traiter nos patients »

I15

Une relation d'égal à égal

« On se sent sur un pied d'égalité, on se sent considéré » I15

Certaines relèvent ici aussi une différence avec les nouvelles générations de médecins :

« (les jeunes médecins) ils ne se considèrent pas au-dessus de nous, et pour eux on forme vraiment un tout, pour eux y a pas vraiment de hiérarchie plus que ça » I7

« Les anciens médecins ont plus ce côté hiérarchique, et je trouve ça dommage », « ça fait quand même une barrière un peu » I6

Et aussi avec le milieu hospitalier :

« En EHPAD j'ai pas l'impression que c'est une relation d'un niveau différent (...), j'ai l'impression qu'il n'y pas de hiérarchie, contrairement aux services hospitaliers que j'ai pu fréquenter » I15

Une relation différente avec le résident

« Un petit regard et puis bon, ça va décoincer la situation ! Parce que devant le médecin tout va toujours bien ! » I3

« Ils nous disent des choses qu'ils ne disent pas forcément au médecin » I3

Une connaissance différente du résident et de sa famille

A la fois du MT qui a connu le patient avant sa vie en EHPAD :

« Les médecins connaissent leur patient depuis des dizaines d'années la plupart du temps » I2

« C'est le médecin de famille, hein, c'est le médecin traitant, c'est important » I1

Et de l'IDE qui le suit quotidiennement depuis son entrée en institution :

« Je savais que la famille allait mal réagir » I1

« On connaît la famille...qui peut poser problème ; on connaît le patient...qui peut poser problème » I1

Mais aussi une connaissance réciproque

Bien que dans certains EHPAD beaucoup de médecins interviennent, jusqu'à 28 dans notre étude, cela ne pose pas problème aux IDE :

« On se connaît, on sait comment chacun des médecins travaille maintenant, c'est l'avantage de l'EHPAD » I15

La connaissance de l'IDE est permise par des contacts fréquents et réguliers :

« A force, on se connaît (...) ils nous appellent par notre prénom, nous demande comment va notre enfant (...), on peut vraiment parler avec eux quoi ! » I2

Un instant privilégié

Qui rythme la journée de l'IDE, et qui lui permet de « se poser » loin de l'agitation, des sollicitations des patients, des familles et des autres personnels de l'EHPAD :

« Un moment au calme où l'on peut échanger » I3

Cette connaissance peut permettre de nouer un lien entre les deux professionnels :

« Ils sont assez ouverts on peut parler de plein de choses » I4

« Pouvoir échanger sur le patient, la pathologie, les traitements, revoir les traitements qui sont utiles et inutiles » I11

Entre-aide et soutien

- « On échange avec le médecin dans les moments difficiles, fin de vie, décès, conflits, familles difficiles » I1
- « On se comprend bien » I15
- « C'est un soutien » I14
- « On a le soutien des médecins traitants face aux Urgences » I7

Un objectif commun

- « Pas de 'minimisation' vu l'âge » I14
- « Un vrai respect, on a les mêmes préoccupations » I14
- « Essayer de faire le maximum pour le résident, pour leur autonomie ou pour répondre à leurs attentes aussi ! » I11

Pouvoir poser des questions au MT

Beaucoup trouvent que les médecins traitants sont accessibles :

- « Si on n'a pas compris quelque chose ou si on a un doute, on va poser la question au médecin » I1
- « Ils sont plus accessibles que les médecins hospitaliers » I17
- « Disponibles, dans l'ensemble, ils ne nous envoient pas balader » I13c

De plus, elles n'ont pas peur d'être jugées par le MT :

- « On peut vraiment poser les questions sans arrière-pensées, de se dire... » I14

Elles soulignent globalement la pédagogie des MT :

- « On a une bonne équipe de médecins, qui expliquent bien ! » I2
- « Ils expliquent bien » I2

Continuer d'apprendre, de se former

- « Par rapport à une pathologie » I2
- « Comme on n'est pas à l'hôpital, des fois c'est loin les souvenirs d'école » I8
- « Explications sur les comptes rendus, les radios... apprendre des choses » I16
- « Des plaies qui guérissent pas ou des choses qu'on arrive pas à comprendre » I2

Une écoute

- « On se sent écouté, les transmissions sont prises en considération, on n'a pas besoin de demander X fois pour avoir une avancée dans la prise en charge » I14
- « Réactivité, du coup on n'a pas l'impression de mettre en place des actions qui ne servent à rien, y a un suivi » I14
- « (Quand on les a vu) ils réagissent assez rapidement par rapport à ce qu'on demande » I5

Voir même une consultation :

- « *Quand ils nous demandent notre avis, ils ne sont pas forcément obligés* » I9
- « *Mais des fois il hésite entre deux choses et c'est pour être au plus proche des besoins du résident* » I12

Dans ce cas de figure, elles sont plusieurs, là aussi, à souligner une différence générationnelle entre les MT :

- « *Les jeunes médecins prennent beaucoup de nous* » I7
- « *Les jeunes médecins sont quand même plus ouverts* » I8
- « *Les anciens nous écoutent moins* » I14

Sans pouvoir donner une explication :

- « *Peut-être qu'on se sent plus à l'aise pour parler si en face c'est quelque de notre âge ?* » I14

Un pouvoir de proposition

- « *Des fois on peut proposer certaines choses, ça m'est déjà arrivé, par exemple : j'avais noté qu'elle n'était pas comme d'habitude, j'ai fait revenir le médecin traitant et on l'a hospitalisée* » I1
- « *Ils sont assez ouverts, on peut proposer des choses après ils acceptent ou ils n'acceptent pas* » I4

Et une prise en compte de ces propositions

- « *Ils nous font participer, ils nous demandent notre avis, ils en tiennent compte* » I11
- « *Nous demandent notre avis ça va être pris en compte* » I13c

Certaines IDE remarquent une différence avec le fonctionnement hospitalier qu'elles ont connu au cours de leur formation ou expériences passées :

- « *On est quand même pris en compte, par rapport à l'hôpital...* » I17

Avec la possibilité de discuter, de négocier :

- « *On n'a pas la sensation d'avoir les choses qui sont imposées* » I14
- « *S'il y a une prise en charge que l'on préfère par rapport à une autre, on essaye de le glisser un peu* » I5

Une responsabilisation que cette relation implique

- « *On est plus investi dans les traitements car à l'hôpital les médecins sont toujours à côté, alors que là c'est nous* » I16
- « *Faire le tri, pour pas toujours déranger le médecin* » I16

Un secours bien utile

- « On peut se reposer sur eux quand on ne sait plus trop quoi faire. Exemple une plaie : c'est notre rôle propre, mais bon si ça n'a pas trop d'évolution... » I9
- « C'est bien pour le patient parce que du coup y a deux avis pour la même personne » I9
- « Demander conseil » I16

Une gratitude envers le MT

- « Certains médecins, ce sont des vrais anges ils acceptent de prendre en charge quelqu'un d'autre en plus de leurs patients (quand le MT du patient n'est pas là) » I7
- « Ils pourraient nous envoyer... » I7

iii. Ce que les IDE n'apprécient pas dans leur collaboration avec les MT

Le caractère parfois trop indépendant du MT

- « Quand ils viennent très tôt le matin ou très tard le soir quand il n'y a plus d'infirmière » I1
- « Le médecin qui part en laissant l'ordo » I7
- « Sans faire de transmission à l'infirmière » I17
- « Ils débarquent à l'improviste » I2

Ce qui peut conduire à des incidents :

- « Le patient était allé directement de chez son médecin, il avait arrêté un traitement sans nous le dire (...) les piluliers n'ont pas été changés » I17

Beaucoup comprennent aussi que les MT sont souvent surchargés de demandes :

- « Après on comprend bien, ils ont un métier, ils font comme ils peuvent ça c'est clair, mais bon » I7
- « C'est vrai qu'ils font leur maximum aussi quoi, mais c'est vrai que des fois on est déjà dans le jus alors si en plus ils déboulent » I2

La culture trop « curative » du MT

- « Il y en a qui sont contre les soins pal', ils reculent le plus possible le moment » I5
- « Ça fait partie de leur formation », « ils sont là pour soigner ! » I3
- « Ils ont du mal à passer dans le palliatif » I4
- « C'est difficile de lâcher prise, de laisser partir » I3
- « Ils ont peur du terme « fin de vie » (...) c'est un échec » I5

Lorsqu'un rapport trop hiérarchique se ressent

- « Mais il se la pète complet quoi ! » I2
- « L'infirmière c'est que l'infirmière » I13c

Le médecin tout puissant :

- « *Quand on ne peut pas leur dire quelque chose, « voilà c'est moi qui dit » I7*
- « *(les anciens MT) des personnes plus directives, certains qui estiment avoir plus le savoir et de ne pas à avoir à expliquer certaines choses » I14*

Le blocage, la dépendance

- « *Mais on peut rien mettre sans ordonnance ! » I2*
- « *On est souvent bloqué pour les prises en charge parce qu'on n'a pas soit l'avis du médecin soit les prescriptions qu'il nous faut » I6*
- « *Les médecins ne veulent pas forcément passer la main » I4*

Avec la souffrance que cela peut engendrer en cas d'aggravation :

- « *On voit que ça s'aggrave et on peut rien faire (...) c'est dur » I4*
- « *On a la famille qui nous dit : qu'est-ce que vous faites quoi ! » I4*

Lorsque le MT se repose trop sur l'IDE I13c :

- « *A domicile, il prend plus en compte ce que le patient lui dit, car il sait que le patient est tout seul »*
- « *Ici, ils savent qu'il y a une IDE qui va gérer la situation, sauf que vous ne pouvez pas prescrire quelque chose de plus que ce qu'il a, la prescription est réservée au médecin »*

Les réticences des médecins

- « *Les formations (...) ce qui est frustrant c'est qu'on revient avec plein de choses et qu'on peut pas les mettre en place derrière, parce que derrière ça ne suit pas forcément du côté des médecins » I3*
- « *On va en formation on apprend plein de choses, on revient ici, et on nous dit 'bah non ce n'est pas comme ça c'est autrement' » I4*
- « *Ils sont réfractaires » I4*
- « *C'est difficile de changer certaines choses qui ont été instaurées depuis X temps » I14*

Le double discours ou les omissions du patient

- « *Avec le médecin (...) tout va toujours bien après quand c'est nous, j'ai mal ici, il y a ça qui ne va pas ... » I3*
- « *Ils se plaignent à leur médecin de certaines choses et ne se sont jamais plaints à nous » I12*

Être mises de côté I3

- « *Je me suis retrouvée à la porte »*
- « *Après il faut que j'aille rechercher les infos, comprendre »*
- « *Je ne sais même pas ce qu'il a pu dire à la dame, ce qu'elle a pu comprendre ou pas »*
- « *Ça m'avait semblé bizarre de mettre l'IDE à la porte ! »*
- « *Après j'entends qu'il puisse avoir besoin de parler juste seul à seul »*
- « *Je me suis vraiment sentie : allez toi dehors ! »*

Ne pas se connaître

L'arrivée d'un nouveau personnel, ou les remplacements temporaires peuvent être à l'origine de tensions :

« Peut-être qu'il ne me connaissait pas encore assez » I3

« Ça va maintenant on se connaît » I3

Le manque de répondant

« Il y a des médecins à qui on va proposer, ils vont dire oui tout de suite sans réellement discuter, la ça va nous poser problème en se disant ce n'est quand même pas à nous de dire ce qu'il faut faire » I4

Voir le questionnement

« Quand on nous demande ce qu'on prescrirait » I11

« 'Vous prescririez quoi vous', je ne suis pas médecin ! » I12

« On a l'impression qu'en gros ils savent pas quoi prescrire, qu'ils ne veulent pas s'avancer » I12

Elles cherchent des explications à cela :

« Je ne pense pas qu'ils veulent nous tester » I12

« Certaines fois ils n'ont même pas vu le résident, on dirait qu'ils nous demandent pour gagner du temps, ou pour ne pas réfléchir eux-mêmes » I12

L'IDE souhaite être consultée mais est gênée si sa proposition est acceptée trop rapidement, elle ne souhaite pas endosser le rôle de décideur :

« Ce n'est pas nous qui sommes médecin » I13c

« C'est pour avoir un avis ! Mais après moi je ne reste qu'infirmière moi je ne m'avance pas » I11

« Non parce que peut être qu'il se base sur mon avis, je n'ai pas toutes les connaissances, je n'ai pas la science infuse » I111

« Que chacun garde sa place aussi (...), qu'il nous demande notre avis ça suffit, quelle forme il prendrait mieux » I11

Par extension :

« Le médecin qui ne va pas prendre de décision » I13c

Le MT qui croit ce qu'il voit ou qui suit aveuglément le patient

« Il suffit que par hasard quand il vient, la personne est alitée pour qu'il prescrive du Lovenox » I15

« Il ne passe pas par nous pour demander si c'est vrai... il va plutôt faire confiance aux propos de sa patiente qui est complètement désorientée plutôt que de nous demander notre avis aussi » I11

« les médecins qui suivent à la lettre les résidents alors que certains sont désorientés depuis plusieurs années » I12

Faire tampon

« On est frustré car on nous demande plein de choses derrière, les AS nous demandent, ben pourquoi Mme X elle n'a pas ça ... » I6

« Les patients nous demandent d'appeler, on peut pas faire grand-chose, c'est leur choix sinon ils appellent eux même donc... » I9

« On voit qu'ils sont vraiment surchargés de travail » I9

L'obligation de faire bonne figure dans les EHPAD privés selon l'IDE cadre

« Dans le privé il faut être sympa, ménager les médecins »

« Vous êtes tributaires, si vous vous mettez à dos 1 ou 2 médecins traitants il ne vous enverra plus personne »

« Ce n'est pas jouable surtout pour une petite ville, vous ne pouvez pas vous mettre en froid avec un médecin (...) ça va vite une réputation pour un établissement »

« Le médecin traitant a un fort poids dans les familles (...) Il peut dire là c'est bien ou là ce n'est pas bien »

Une relation inégale ?

« Nous on n'a pas le droit de dire tel médecin est bien oui prenez celui-là » I13c

Les MT trop pressés

« C'est sûr que ça arrive, je comprends hein...mais trop pressé c'est pas possible quoi ! Autant ne pas faire la visite » I1

« Ils (les patients) nous disent, c'est un peu rapide, a peine arrivé, il est déjà reparti » I1

« Faut faire ci, faut faire ça, hop ! hop ! hop ! La porte est déjà fermée, il est déjà parti » I1

« Ceux qui passent en coup de vent I17

Ce qui engendre un risque d'erreur :

« Parce que nous on loupe des choses, c'est sur » I1

« On est tous stressés, on est tous dans la rapidité » I1

Les IDE d'un EHPAD ont remarqué une forme de banalisation par les MT

« On a l'impression de les embêter » I12

« Ils nous disent qu'ils n'ont pas que ça à faire ! » (Rires) I12

« Ça nous donne l'impression qu'ils viennent à reculons »

« Qu'on les dérange quand on les appelle, on ne tombe pas au bon moment, ça reste de la maison de retraite ... on l'entend tout ça » I11

« On les appelle pour soi-disant des broutilles » I11

Au final :

« On se pose plus ou moins la question de savoir pourquoi ils veulent garder des résidents ici » I12

Mais elles émettent des hypothèses pour expliquer cela :

« Je pense qu'ils n'aiment pas venir ici, pas parce que c'est une maison de retraite mais parce que ce n'est pas organisé » I11

« Ça les dérange peut-être aussi de venir pour un seul résident ? » I11

Ce qui peut engendrer des difficultés relationnelles :

« Il y en a qu'on a pas envie d'appeler » I11

« Pas super aimable avec nous » I12

Des demandes abusives

« Là c'est du secrétariat médical ! » I12

« Certains attendent qu'on leur prenne la main et qu'on le fasse à leur place (rires) » I12

« Qu'il fasse lui-même son ordo, qu'il vérifie, on pourrait mettre ce qu'on veut sur l'ordo »

« Je passe derrière pour noter dans le dossier qu'il est passé » I11

Le caractère imposé

« Quand ils les envoient à l'hôpital et qu'on n'est pas d'accord...on est bien obligé de faire avec hein (rires) ! » I3

Parfois un manque de reconnaissance sur leurs compétences

« Mais on a toujours l'impression qu'il faut se battre ...pour que notre demande soit entendue quoi ! Donc on a toujours l'impression de rabâcher de solliciter » I4

« Si vous mettez en place tel suivi et que de toute façon le médecin ne va pas prescrire derrière... C'est frustrant et c'est difficile à vivre pour nous » I14

c) Relatif à l'influence du médecin coordonnateur dans cette relation MT-IDE

Ça peut être compliqué

Un problème de pilotage :

« Ils ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde » I1

Un problème de prescription :

« Il y en a un qui prescrit telle chose, l'autre repasse derrière, ça change ...ou pas ! » I1

« Quelques petits soucis si le médecin traitant n'est pas d'accord avec les prescriptions »

Mais toutes les IDE respectaient au final la volonté du MT :

« Tant que ce n'est pas validé (par le MT), on applique pas » I1

Une présence

Elles soulignent l'importance de sa présence physique au sein de la structure surtout en cas d'urgence ou en cas d'absence du MT :

« En tant qu'IDE, on a de bons contacts parce qu'il est souvent là... » I1

« Quand le médecin est en vacances ou est débordé » I2

Sans médecin coordonnateur, difficile de gérer les urgences et les semi urgences (I15) :

« Qui ne relèvent pas encore du SAMU mais comme le médecin traitant ne peut pas venir rapidement ça va s'aggraver »

« C'est pénible pour nous, on doit pallier à la situation »

« On se retrouve à envoyer des gens aux urgences alors qu'il n'y a pas vraiment nécessité, (...) on fait appel au SAU par dépit »

Un facilitateur, qui rend beaucoup de services, là aussi, en cas d'indisponibilité du MT

« Il nous dépanne, ça c'est sur ! » I1

« Il rend service aux médecins traitants, et même à nous, il nous rend service également » I1

« Il nous facilite la tâche, si on n'a plus de prescription d'INR ben il nous le fait » I1

Les conséquences se font sentir sur le travail des IDE

« Si y a un bon fonctionnement entre les médecins traitants et le médecin Co ça va se répercuter sur le boulot des IDE car les infirmières ne seront pas en attente du médecin traitant » I5

« On va pouvoir régler rapidement les problèmes » I5

Même si les IDE ont conscience que ce n'est pas son rôle premier

« On essaye toujours de passer par le médecin traitant, avant de passer par le médecin Co, parce que ce n'est pas son rôle premier d'être le remplaçant » I11

« On essaye de ne pas mélanger, (...) chacun a quand même sa place » I11

« Il ne faut pas que ce soit une solution de facilité » I11

Un relais auprès du MT, voir un « diplomate »

« Il relaye notre demande » I2

« Il va intercéder au médecin traitant si les IDE ont des demandes » I13c

« Il va pouvoir faire passer des messages au médecin traitant, faire un rappel » I13c

Son rôle diplomatique, son poids pour convaincre :

« Quelques fois il arrive mieux que nous à faire passer certaines choses...qu'on voudrait et que le médecin traitant ne veut pas » I2

« Quand c'est de médecin à médecin ça passe mieux que quand c'est d'infirmière à médecin ! » I2

« Ça les marque plus quand un confrère leur parle d'un truc que quand c'est une IDE » I13c

« On n'hésite pas à en parler avec le médecin traitant (...) c'est encore mieux perçu quand ça a été vu avec le médecin Co » I14

Notamment en cas d'urgence :

« En cas de problème il appelle lui-même le médecin traitant (...) si nous n'arrivons pas à faire passer le message de l'urgence » I10

Faire « tampon », un « protecteur » des IDE

« Il fait tampon aussi des fois avec nous quand y a des médecins qui sont un peu...un peu durs quoi ! » I2

« Quand y a des relations tendues avec certains médecins, on peut compter sur lui pour essayer d'arrondir les angles » I8

Il fait le lien

« Expliquer un peu la souffrance ou le problème qu'on a » I7

Avoir un avis médical

« Si on a repéré quelque chose, on aime avoir un avis tout de suite avant d'appeler le médecin traitant » I16

« Il examine et se fait déjà sa première idée, puis on discute d'abord ensemble et soit il appelle directement le médecin traitant soit on voit ce que nous nous allons lui dire » I10

« De plus en plus les médecins ne trouvent pas de remplaçant, les cabinets ferment pendant les vacances et débrouillez vous ! » I7

Il peut être le premier avis, ou parfois le deuxième :

« Un avis de plus, c'est rassurant » I11

Il aiguille les IDE puis les oriente vers le MT

« 'Vous pouvez peut-être demander ça au médecin traitant' et ça, c'est peut-être des choses auxquelles on n'a pas vraiment pensé en tant qu'infirmière » I17

« Il nous dit il faut revoir telle chose avec le médecin traitant »

« Il nous redirige tout le temps vers le médecin traitant, il nous donne son premier avis et puis on revoit avec le médecin traitant » I16

Pour une IDE c'est la désillusion

« Je crois qu'on en attend beaucoup de choses du médecin Co, mais...on voit pas trop le résultat » I8

Une IDE a le sentiment que le médecin coordonnateur ne remplit pas son rôle

« On n'est pas entendu clairement ! » I4

« Il ne s'est pas mis en relation avec le médecin traitant » I4

Pour deux autres il n'avait aucune influence sur leur binôme MT-IDE

« Quand on faisait appel à lui, il disait 'Voyez avec le médecin traitant' et on venait à ne plus l'appeler » I15

« Les médecins sont pas moins aimables parce que on a fait appel au médecin Co avant ou parce que c'est justement lui qui nous envoie vers eux » I12

Mais celles qui n'en n'ont pas le ressentent

« Mais ça nous manque énormément » I15

« On voit bien qu'il manque chose » I6

« Il aurait peut-être plus facile avec les médecins pour dialoguer sur certaines choses » I6

« On aimerait être soutenues comprises écoutées » ou « juste pouvoir poser une question de temps en temps » I15

Elles sont obligées de déranger le MT dans ses consultations :

« On se rend compte qu'on dérange mais on n'a pas le choix » I15

« Ça serait plus simple avec un médecin Co » I16

« Pour certains papiers, certains problèmes, nous on embête les médecins traitants » I6

Cette absence représente en plus une charge de travail supplémentaire :

« Ça répartirait un peu la charge de travail des médecins traitants et de nous » I6

« Ce que le médecin Co fait normalement, ben c'est nous et le médecin traitant qui le faisons du coup » I6

Mais elles se sentent plus autonomes :

« L'absence de médecin Co nous incite à être très autonomes, on n'a pas le choix » I15

« On fait nos courses avec les médecins, car on sait quels traitements fonctionnent sur tel résident » I15

« En cas d'urgence on gère, on prend l'initiative d'appeler le médecin traitant, ou le 15 » I15

Elles se sentent parfois exclues du binôme MT-médecin coordonnateur

« Il s'entretient directement avec le médecin traitant en cas de difficulté, c'est vraiment eux de leur côté » I9

« Y a pas vraiment de discussion tous les trois ensemble » I9

Une approche différente

« Comme le médecin des soins palliatifs », « ils fait d'autres propositions » I2

Une connaissance actualisée et personnalisée des patients

« Il est plus sur le terrain avec nous » I3

« Il connaît les résidents personnellement » I2

« Il les croise aussi bien en salle à manger qu'aux animations » I2

« Il se rend mieux compte des choses qu'ils ne peuvent plus faire, ou qu'il faut modifier » I2

d) Relatif aux attentes

i. Les attentes des IDE vis à vis des MT

Une réponse rapide et de la disponibilité I2 I8 I5 I9 I10

Cela semble être le critère essentiel pour les IDE.

Bien sur les IDE attendent, en toute logique : **des thérapeutiques adaptées, des réponses aux besoins et aux demandes du résident**

Mais pas d'obligation de résultat immédiat

« Au moins que le problème ait été considéré et que voilà on réfléchit au problème même si pour l'instant on n'a pas de solutions » I4

Sauf, dans un EHPAD où la tension en personnel se fait la plus sentir et où il n'y a pas de médecin coordonnateur, l'efficacité doit être recherchée à tout prix :

« Qu'on ait pas besoin de les rappeler » I15

« Notre organisation tourne sur un fil (...) quand on doit refaire les choses c'est difficile » I15

Un passage régulier et de préférence fréquent :

« Qu'il soit au courant de tout, qu'il le voit régulièrement » I14

Des formalités d'usage

Ponctualité :

« Qu'il vienne bien le jour prévu » I9

« Qu'il arrive à peu près dans les temps donnés, parce que nous on calque notre travail, notre emploi du temps sur ces visites » I1

Qu'il passe voir l'IDE, qu'il se présente :

« Ne pas passer dans l'inaperçu, si vous êtes là vous vous annoncez » I11

Qu'il dise pour quelle raison il vient et faire une synthèse avec l'IDE (I4)

« Il me dit les changements qu'il a fait et pourquoi il les a faits » I7

Que le MT aille voir son patient physiquement

Pour des raisons déontologiques :

« Parce qu'il y a des médecins qui prescrivent simplement dans le bureau, sans aller voir le patient » I1

« Alors que quand ils étaient chez eux il les voyait, 'c'est obligatoire', je ne vois pas comment il ferait... » I1

« C'est sûr il signe 8 à 10 prescriptions par visite, ah bah oui c'est sur on peut le faire hein ! » I1

« Je ne peux pas voir au niveau de la sécu comment c'est facturé...mais après c'est nous qui avons les familles... » I11

« C'est la conscience de chacun » I11

Mais aussi humaines :

« Même pour un RT, ils (les patients) ont besoin de reconnaissance aussi, ils ont besoin d'être valorisés en fait ! » I1

« Ici le médecin Co est aussi le médecin traitant de certains résidents, et eux, ils voient leur MT tous les jours, et ceux qui ne voient pas leur médecin se disent 'mon médecin traitant ne va jamais venir'... » I12

« Il pourrait leur dire je passerai tous les 3 mois et essayer de les rassurer un peu » I12

Passer « un temps correct »

Ce temps juste est estimé par les IDE à 15 ou 20 minutes :

« Il y a des résidents qui ont besoin de parler, de dire certaines choses au médecin, c'est le médecin de famille hein, c'est le médecin traitant » I1

« Qu'il prenne le temps de vraiment voir le patient » I9 I10

Qu'il explique, qu'il communique avec le patient

« C'est important parce qu'il y a des MT qui communiquent très très peu, et du coup, la personne se sent un peu rejetée quoi, un peu isolée » I1

« Le médecin parle à l'IDE et puis c'est tout, on parle un peu à voix basse pour pas qu'elle entende » I1

« S'il n'a pas compris, le patient ne posera pas la question, il va nous rappeler : j'ai rien compris, dites-moi ce qu'il a dit parce que là... » I1

Qu'il prévienne et informe les familles,

*« C'est notre rôle à tous les deux ! mais c'est bien aussi que le médecin le fasse, » I1
« Nous, on s'en occupe au quotidien, mais sur le plan médical, je pense que la parole du médecin traitant n'est pas remplaçable, même si je vais dire la même chose que lui » I13c
« (...) même si après la famille nous rappelle pour qu'on réexplique une nouvelle fois ce n'est pas grave, on est là pour ça » I1*

Des consignes claires en cas de problèmes et des protocoles

*« On n'a pas d'infirmière le weekend (...), on a besoin qu'il nous donne des consignes claires » I3
« Les filles vont être seules, ce sont des aides-soignantes » I3
« Savoir à quel moment elles doivent s'inquiéter, et ce qu'elles doivent faire derrière » I3*

Pouvoir être joignable s'il y a besoin de le tenir informé

Qu'il signale les choses qu'elles auraient manquées :

*« Nous alerter sur des choses que nous on ne voit pas forcément » I17
« Qu'il nous dise s'il y a des problèmes, des choses à surveiller en particulier » I17*

Une stratégie globale I3

Qu'il réévalue les traitements I12 I14 I15

Juger l'utilité de tel ou tel traitement

Qu'il rassure le résident I1, I11

Et enfin un élément assez inattendu et surprenant relevé par plusieurs IDE :

Retirer les Pacemakers en cas de décès, comme cela est d'usage !

*« Des médecins ne veulent pas retirer le Pacemaker. Ça je me suis toujours dit que je ne le ferai jamais quoi ! C'est pas mon rôle ! voilà » I1
« Il râlait, il ne voulait pas retirer le Pacemaker » I10*

ii. Ce que les IDE imaginent des attentes des MT

Qu'elles se rendent disponibles I3 I13c

- « Etre là dans la mesure où on les appelle pour quelque chose » I2
- « S'il vient pour une urgence c'est vrai qu'ils aiment bien avoir quelqu'un » I14
 - « Qu'on soit présentes ! » I7
 - « être là pour la synthèse » I4
- « Etre là pour répondre à leurs questions ! » I3

Du renseignement, I2 I13c I9

- « Etre au courant de l'état de santé, les dernières évolutions » I14
- « Lui exposer le problème, une synthèse de l'évolution » I4
- « Retranscrire au médecin traitant tout ce qu'il se passe ici à la maison de retraite » I14
 - « Noter les signes qu'on a pu relever » I4

Car :

- « Tous les patients ne sont pas capables de le dire » I9
- « Les tenir informés, exemple : qu'on appelle quand ils sont hospitalisés (...), il faut que ça aille dans les deux sens » I11

Une connaissance du patient que le MT n'a pas :

- « Ils ne connaissent pas forcément aussi bien que nous le résident » I15

Une connaissance dans la vie de tous les jours :

- « Il se repose sur notre point de vue, nous qui les voyons tous les jours » I15
- « Qu'on lui dise tout le quotidien, comment on le trouve, tout ce qui a évolué » I2

Le MT a une connaissance antérieure, longue mais pas forcément actualisée du patient :

- « On sait quand ils (les patients) sont bien avec leurs attitudes, leur comportement, leur manière de faire » I8
- « La vie du résident, ses habitudes, les troubles, pour qu'il puisse établir un bon diagnostic » I6

Une IDE résume :

- « Pas forcément besoin d'une présence infirmière systématiquement, il faut qu'il puisse demander, et que la personne soit au courant » I14

Reformuler auprès du résident et réexpliquer

- « Qu'on leur réexplique après calmement, qu'on les rassure ! » I1
 - « Ça leur fait du bien, ça rassure les résidents » I3
- « Nous on voit bien quand ça n'est pas bien passé, alors que le résident va dire 'oui oui' » I3
- « Mme X est un petit peu sourde, quand le docteur est là, elle dit tout le temps 'oui oui' mais elle n'a rien compris du tout, donc à chaque fois... » I3

Qu'on leur facilite le travail, des pistes pour gagner du temps

*« Ils n'ont pas forcément le temps de rester 3h ici. Ils ont des dizaines de visites après nous »
I12*

Résoudre les problèmes matériels

*« Qu'on les aide un peu pour les papiers, l'ordinateur » I9
« Lui simplifier les démarches administratives, leur préparer l'ordinateur » I11
« Une aide pour ordi » I13c
« Quand y a besoin du dernier bilan ou quoi, on sait le retrouver » I3
« Que je prépare l'ordonnance informatique » I3*

Une aide technique

*« Assister le médecin » I4
« Prendre les paramètres » I3*

Un sixième sens ?

« On sent quand il y a quelque chose qui ne va pas » I15

Savoir pourquoi il vient

Avoir une vérification, pouvoir juger de l'efficacité d'un traitement I14

e) Relatif au bilan des visites

Au final, la perception globale de la visite, son bilan, semble globalement positif pour les IDE interrogées. En effet, les réponses s'échelonnent de la pleine satisfaction à une satisfaction « moyenne » ou « conditionnée ».

Plusieurs IDE sont totalement satisfaites

*« Satisfaisante » I3, « Franchement bon » I4
« Globalement elles sont quand même de qualité » I11
« Quasiment toutes les visites sont pertinentes » I12*

Même si certaines signalent que tout n'est pas parfait :

*« Des exceptions qui font que des choses ne vont pas » I12
« Y a toujours quelques petits points qui pourraient être améliorés mais ça pourrait être pire » I7*

La notion de temps refait inévitablement surface pour conditionner le résultat de la visite :
« Parfois très bonne parfois moins... selon le temps qui y est accordé » I6
« Pour les renouvellements il n'y a pas de soucis, c'est satisfaisant, pour les demandes particulières ce serait bien que les médecins accordent un peu plus de temps » I4

Enfin, les réponses les plus négatives s'arrêtent à un bilan mitigé :
« Moyennement satisfaite » I2
« Moyenne » I7

i. Les améliorations proposées par les IDE concernant les MT

Une écriture lisible

Une demande très largement plébiscitée I1 I2 I14 I12

Respecter d'avantage la frontière curatif/palliatif

« On a beau être dans le palliatif, ils continuent dans le curatif » I3

« Ils ne veulent pas lâcher prise » I4

« Parfois on fait plus de mal que de bien (quand on hospitalise) » I3

Et rester cohérents :

« On avait dit on arrête, on l'envoie plus chez le cardio, mais en même temps, un jour, il y a avait l'ambulance pour l'emmener chez l'ophtalmo.... »

Se former davantage

« (en formation) On nous demande de former nos médecins, mais enfin nous on n'a quand même pas les connaissances, on a des connaissances d'infirmière, on n'a pas des connaissances médicales » I4

« On se disait que la formation serait plus pour les médecins que pour nous rire ! » I3

Une IDE évoque une idée nouvelle :

« Une formation continue dans la même direction » I4 (MT et IDE sur les plaies par exemple)

En soins palliatifs et médicaments en fin de vie I5 I3

Douleur I5

Plaies I4

La démence I15

« Certains médecins ont du mal avec les personnes Alzheimer très perturbées, ils les voient de loin » I8

Renseigner les dossiers médicaux, respecter la traçabilité I7 I12

Et donc utiliser ordinateur I5 I14 I15 I12

Les ordonnances sur informatique vont devenir la norme

« Ça évite les délégations de prescription » I14

« Les jeunes qui arrivent n'ont pas de soucis avec les ordi » I11

« Se mettre à l'informatique (...) c'est encore la bête noire » I11

« On leur montre mais ils ne retiennent pas » I12

Faire davantage de transmissions I11

« Nous expliquer pourquoi et quels changements ils attendent » I4

« Qu'ils nous transmettent ce qu'ils ont appris » I4

En effet, s'il y a des changements les IDE doivent souvent se justifier auprès des familles :

« Quand je vais le retransmettre, et que j'expliquerai à l'autre IDE qu'il y a eu un changement : 'ben pourquoi ?' ; puis si la famille vient nous voir (...) si je sais pas répondre ce n'est pas trop bien » I9

« Des fois je fais des recherches mais y a des médicaments que sont utilisés pas forcément pour leur première indication, donc des fois c'est assez compliqué de savoir, pour moi aussi »

I9

et *« plus de communication sur les demandes des résidents faites au médecin et pas aux infirmières » I12*

Mais quelle place pour le secret médical ?

Que les médecins participent aux réunions et commissions gériatriques

Planifier les visites

« Gérer leur planning » et « bloquer un créneau » I8

« Adapter un temps dans leur visite exprès pour leur EHPAD » I9

Eviter de décaler les rendez-vous :

« Ça nous décale, ça embête un peu tout le monde, (...) il faut demander des avances à la pharmacie » I16

« Les résidents l'attendent, nous aussi et parfois les familles viennent exprès pour être avec le médecin traitant...donc des fois ça fait un peu des tensions » I16

Améliorer la rapidité et la disponibilité

« On appelle pour un truc quand même aigu, la secrétaire nous dit 'bah il pourra pas venir avant la semaine prochaine' (rires) » I8

« Pas joignable, il ne peut pas venir tout de suite, on se sent démunie » I16

Une heure ou deux de creux I2

« Médigarde c'est 20 heures mais à partir de 18H on n'a plus personne »

« Quand c'est pas vital on peut difficilement faire le 15 »

Passer plus de temps I4 I16

« Le temps que la personne se souvienne de tout », « il est passé tellement vite que j'ai oublié de lui demander (rire) » I16

« Pas en coup de vent » I12

« Prendre le temps de réfléchir, on essaye ça...commencer par petits paliers voir comment la personne réagit, réévaluer » I4

Contacter d'avantage les familles

« Ne pas oublier la famille et prendre davantage contact avec elle » I11

« La famille est un peu occultée quand même » I11

Car la famille n'est pas forcément présente :

« En visite à domicile il y a souvent un membre de la famille quand le médecin passe (...), les familles sont demandeuses aussi de les rencontrer » I11 et « sont demandeuses d'être plus consultées » I11

Un contact plus direct

Prendre au téléphone, éviter les mails...

Cela est aussi une protection pour les IDE :

« Pas de prescription par téléphone » I8

Développer d'avantage les protocoles écrits, pour pas être obligé de déranger le MT I13c

Prendre d'avantage en compte le « cadre EHPAD »

« Prise en compte du résident, des soignants, de l'environnement de la maison de retraite » I6

Les difficultés pour les IDE :

« Prendre en considération les difficultés qu'on peut avoir, les prescriptions qui ne nous 'arrangent pas' » I15

« On est pas à domicile, on n'est pas là que pour un seul patient » I15

Comme des soins pas adaptés à l'EHPAD :

« (prescriptions) difficiles à mettre en œuvre pour une IDE pour 83 personnes » I15
« Ils ne se rendent pas forcément compte qu'on est en EHPAD, ils prescrivent des choses un peu compliquées » I9

Mais aussi le « rythme » d'une EHPAD et de ses contraintes I12 :

« Il était 11H30 tous les résidents étaient en salle à manger (...) j'avais vraiment pas le temps de me détacher » I2
« Il arrive à des horaires qui ne nous conviennent entre guillemets, pas » I2
« Il arrive comme un cheveu sur la soupe ou à des heures telles ! Par exemple 20H00 le soir quand on n'est jamais là ou 18H quand on fait les piluliers » I7

Ce qui a pour conséquence :

« Ils viennent, eux ne savent pas où on est...on se tourne un peu autour » I6

Réaliser la difficulté d'une situation à gérer en établissement

Point souligné par l'IDE cadre (I13c) :

« La proportion que ça peut prendre pour un résident, mais si vous multipliez par 10, là vous vous en sortez plus »
« Parce que si y a rien de fait, la famille pense que c'est nous qui ne faisons pas, la famille va nous rendre responsable »
« Il y a une pression des familles, qui sont capables d'appeler Médigarde, si le médecin traitant ne vient pas »

Ne pas repousser les choses dites « mineures »

« Ce n'est pas une priorité le bon de transport, mais après les ambulanciers relancent, il y a des contentieux qui sont mis... tout ça pour un pauvre papier » I11

Plus de tolérance entre MT

« C'est le bazar, une fois j'ai eu deux médecins en même temps qui me parlaient, qui me posaient des questions en même temps, je me suis un peu énervée quoi ! J'ai dit non ! » I1
« C'était le même cas, deux dossiers, deux patients, deux médecins, les dossiers ont été échangés, ils écrivaient n'importe où, n'importe quoi » I1
« C'est un peu compliqué quand ils sont 3 dans l'infirmerie et qu'ils nous demandent tous des choses différentes en même temps (...) on ne peut pas être partout » I12
« Les médecins traitants parlent entre eux, hein, il se rencontrent » I1
« Ça me dérange pas mais quand y a du boulot, euh... » I1

Ecouter d'avantage les IDE I3 I6

« Il y en a qui ne tiennent pas compte de notre avis » I11

« tenir compte des réflexions que l'on a pu faire » I6

« Ils prennent le temps de nous écouter, mais on n'est pas toujours prises très au sérieux » I3

Mais une IDE relativise :

« Il y a des choses qui nous paraissent importantes à notre niveau mais peut être qu'au niveau médical ça leur paraît pas aussi important que ça ne l'est à nos yeux » I6

« C'est difficile parfois de leur soumettre certaines prises en charge qu'on aimerait » I5

Une IDE a ses « astuces » :

« Il faut qu'on essaye de faire en sorte que ça vienne de lui pour que ça soit pris ! (rire) » I5

ii. Les améliorations proposées par les IDE les concernant

Mieux programmer

« Ce qui me gêne c'est d'avoir plein de médecins en même temps, mais ça m'arrive aussi d'en programmer plusieurs en même temps » I1

« Ça m'est déjà arrivé aussi d'en décommander pour des renouvellements, j'ai déjà appelé des médecins : 'Là c'est pas la peine de passer, vous allez être 4, c'est impossible, revenez un autre jour', bon le médecin n'est pas très content... » I1

« Ne pas planifier X médecins le même jour » I14

Approfondir la connaissance du patient I1

« Parler plus du patient avec le MT, à la limite reprendre toute son histoire depuis le début

« En général le médecin traitant connaît le patient depuis X temps, et donc il sait plein de choses, c'est vraiment le médecin de famille »

« Ça nous apporte énormément, on découvre des choses, on comprend des comportements ou des réactions quand on connaît la personne »

« Sur sa vie avant l'EHPAD, par exemple la perte d'un enfant, un divorce, ... »

« Certes on fait des projets de vie mais des fois on survole, il faudrait vraiment étudier la personne, prendre vraiment le temps de creuser un peu, on comprendrait pleins de choses : pourquoi elle est agressive, pourquoi elle est triste, pourquoi elle réagit comme ça »

Avoir plus de temps

« Pour les résidents et pour les médecins on n'a pas forcément le temps qu'on voudrait avoir pour prendre en charge correctement » I5

« Avoir plus de temps, des fois on a pas le temps de voir tout le monde dans la journée, c'est impossible », « Quand on est dans les soins on a pas vraiment le temps » I5

« Quand on a du temps : ça marche au top » I9

Etre plus nombreuses :

- « Il faudrait qu'on soit deux » I2*
- « Si on est deux, on essaye d'aller systématiquement avec eux » I10*
- « Etre avec pendant l'examen pour répondre tout de suite aux questions » I16*
- « Etre plus dispo pour les médecins » I13c*

Avoir des plages de consultations :

- « On pourrait s'arranger car j'ai du temps IDE en plus », « Avec de l'organisation on pourrait utiliser ces moyens pour les médecins » I13c*

Mettre en commun la formation I4

- « Qu'on puisse leur transmettre ce qu'on a appris, faire des documents »*
 - « Ce que chacun apprend de son côté, le mettre en commun »*
- Une formation continue dans la même direction (MT et IDE sur les plaies par ex)

Prendre des initiatives

- « Exemple : si elle a de la température sans signe infectieux particulier, on ne devrait pas avoir à appeler le médecin traitant pour nous dire de faire une BU » I15*

Etre plus autonome

Optimiser encore plus la visite du MT

- « On va faire des diagrammes de suivi, par exemple : IMC, TA... » I14*

Mettre en place un moyen de contacter l'IDE

- « Organiser l'accueil ou mettre en place un téléphone portable » I7*

Améliorer nos transmissions I6

- « Améliorer ce que l'on dit au médecin traitant, que soit plus global sur le résident, à tous les niveaux » I6*

Hiérarchiser

- « Nos transmissions sont des paquets énormes, les médecins n'ont ni le temps ni l'envie de s'amuser à tout lire et de chercher l'info qui les intéresse dans ce méli-mélo » I15*

Elles soulignent au passage leur obligation de traçabilité qui est lourde à gérer pour elles :

« On nous répète : tout ce qui n'est pas écrit n'est pas fait ... du coup on trace tout et n'importe quoi... ça devient un fourre-tout » I15

Etre plus à l'écoute

« On est au bureau avec lui mais en fait on court à droite à gauche » I9

« peut-être qu'ils ont envie de nous dire des choses aussi, si on n'est pas là ils vont pas nous expliquer » I9

Mais globalement les IDE avouaient avoir fait déjà beaucoup d'efforts de leur côté et du côté de l'EHPAD :

« On fait toute une organisation déjà (...), je ne vois pas ce qu'on pourrait faire de plus » I12

« On avance déjà pas mal » I11

« On essaye quand même de préparer au mieux les visites et de faciliter un max le travail des médecins traitants » I12

« J'essaie de faire ce que je peux pour être et pour qu'ils soient dans de bonnes conditions mais je ne sais pas vraiment ce qu'ils attendent » I9

C. Les MT

a) Relatif à l'état d'esprit du MT lors de sa visite

Trois groupes se mettent facilement en évidence :

- Ceux pour qui la visite est un moment agréable. Ils trouvent du plaisir à travailler en équipe. Un milieu qui leur rappelle le modèle hospitalier qu'ils ont connu il y a peu, au moment de leurs études :

« Ce n'est pas une contrainte du tout pour moi, j'y vais avec plaisir » M7

« C'est pas désagréable d'aller là-bas, c'est même sympa » M2

« Je suis content, j'aime bien, de toute façon j'aime bien le boulot en équipe » M8

- Ceux qui n'ont pas d'affect, pour eux la visite n'est ni plaisante ni déplaisante :

« C'est mon travail, point à la ligne. Je n'ai pas d'affect, dans le fond c'est ni désagréable ni agréable » M4

« Pour les visites prévues (...) ni plaisir, ni déplaisir » M1

« C'est une visite, ça fait partie du boulot » M14

« Je n'ai pas de sentiments là-dessus, c'est du boulot » M5

Parmi ceux-là, on note une forme de relativisation :

« Je ne suis pas spécialement enjoué mais c'est pas une torture. C'est sûr que l'EHPAD ce n'est pas forcément gai, les odeurs...tout le reste... » M10

« Je pense qu'il faut être assez détaché de tout ça et dire je fais du soin, que ce soit des jeunes ou des vieux, je fais du soin » M5

Pour d'autres, cela se rapproche d'une visite à domicile :

« Ce n'est pas plus une contrainte qu'une visite à domicile, c'est la même chose » M11c

- Enfin, ceux qui n'aiment pas du tout cela, ils n'ont souvent pas de créneaux dédiés, ils semblent moins organisés dans cette démarche :

« C'est une corvée, ça vient en plus de mes consult' donc je viens les jours où je ne travaille pas en fait » M3

« Un temps supplémentaire pour moi » M3

Avec une nuance selon l'EHPAD où ils se rendent :

« C'est plus souvent une corvée, très honnêtement, ça dépend des EHPAD, y a des EHPAD où les équipes sont quand même un peu plus dynamiques ou plus attentives » M12

Ou selon le type de patient qu'ils vont voir :

« On a des gens avec qui on a des rapports plus étroits car on a accompagné le mari jusqu'au décès, car on a vécu ensemble avant qu'ils aillent en maison de retraite, toute une histoire de soins de 20 ans, d'autres je les découvre car ils arrivent de l'extérieur, je ne les ai jamais vu, je découvre un stade déjà un petit peu avancé dans les maladies neurodégénératives, parfois ils sont aussi contraints par la famille, c'est pas pareil » M14

A côté de ces 3 groupes assez schématiques, d'autres sentiments émergent :

Notamment **l'incertitude**, lié au temps que va durer la visite :

« Je sais quand j'y rentre mais je ne sais pas quand je sors » M13

Voir **l'inquiétude** :

« Je calcule, je me dis j'espère que je vais en avoir pour 3 heures si je sais que j'ai des visites qui attendent derrière » M6

Et **l'agacement** :

« Des fois j'y vais par agacement (...) quand l'IDE m'a appelé trois fois pour la même chose, la quatrième fois je me dis qu'il faut que j'y aille » I1

Mais, comme pour les IDE, c'est la sensation de manque de temps qui revient avec puissance :

« C'est toujours chronophage et moins bien normé qu'une consultation au cabinet » M11c

« C'est sûr, la visite est beaucoup plus longue qu'à domicile » M13

« Je trouve que ça fait perdre du temps, on y passe chaque fois des heures » M15

b) Relatif à sa relation avec les IDE

i. Le ressenti du MT

Les MT n'ont émis que des avis positifs quand ils ont évoqué leur relation avec les IDE :

Ils la trouvent : « Bonne voire, très bonne, ça se passe bien » M9

« De mon côté, ça se passe bien, je ne sais pas du leur » M1

« Pas de problème, agréable » M4

« Plutôt bien, on a chacun nos atomes crochus, globalement plutôt bonne » M12

Ils ne relèvent globalement pas de conflits :

« Excellente, aucun conflit » M8

Et ils sont satisfaits de cette relation :

« Je me plains très peu de l'équipe soignante » M4

En bonne intelligence malgré les difficultés de l'exercice médical :

« Elle n'obtiennent pas toujours les réponses à toutes les questions... car le médecin n'a pas les réponses non plus. On n'a pas forcément des solutions à tous les problèmes qui surviennent dans un EHPAD. La pilule miracle qui va régler un état d'agitation. Ce n'est pas toujours simple mais quand on se connaît un peu on sait interpréter les questions et elles savent comprendre les réponses aussi » M11c

Certains ont émis quelques réserves,

« J'ai un peu de mal là où les équipes changent beaucoup. Je les trouve moins investies. J'ai eu plusieurs soucis » M6

Ou quelques désaccords :

« Ça m'est déjà arrivé quand même de ne pas être d'accord sur certaines choses » M10

Un MT évoque une époque passée, ou l'organisation était moins bonne, et reconnaît que cela avait un impact sur la qualité de la relation MT-IDE ;

« Pas de soucis sauf quand elles étaient surmenées, et en burn-out, elles n'arrivaient pas à s'en sortir, c'était mal organisé » M5

« Elles faisaient des heures sup', comment veux-tu qu'une IDE soit heureuse si elle doit quitter à 15H30 mais qu'elle est obligée de quitter à 17H ? » M5

ii. Ce que les MT apprécient dans leur collaboration avec les IDE

Rompres la solitude du médecin généraliste

« Le travail en équipe, voir des gens, échanger, ne pas être tout seul devant le malade ; pas comme dans la pratique normale » M3

« C'est toujours plus sympa d'être à deux que d'être seul » M8

« C'est pas forcément désagréable de rencontrer les IDE, car souvent on travaille seul, ça c'est un aspect positif de voir des gens » M13

Voir rechercher la convivialité

« Discuter, plaisanter, c'est la vie quoi ! » M5

« La chaleur humaine, le contact, la déconne » M5

« Je vais discuter, il y aura un peu de déconne, ça va être cool » M8

Ce qui peut aider à décompresser :

« Ça décompense, ça finit des fois avec un slip sur la tête à faire les couillons » M8

Le coté rassurant d'avoir l'IDE

« La surveillance est plus étroite qu'une personne âgée en ville » M6

« On peut laisser des consignes » M6

« Pour moi c'est plus simple mais je ne me décharge pas complètement sur les IDE » M7

Pouvoir déléguer

« On peut déléguer des petites choses ! » M10

« Elles gèrent les rendez-vous, les examens... je suis pas obligé d'appeler une IDE libérale, j'ai moins de choses à prendre en charge » M6

Et mettre des choses en place qu'on ne pourrait pas faire à domicile

« C'est bien de collaborer car si on a besoin de maintenir quelqu'un au lit etc. Il faut qu'elles soient là » M3

Un confort de travail pour le MT

« Une aide précieuse » M4

« Elles nous facilitent les choses » M8

Par une connaissance de la structure :

« Elles savent, elles, où sont rangées les choses, les bio, les radios » M3

« Elles me donnent tous les éléments, je suis quitte d'aller chercher, on est assisté un petit peu ! » M6

La confiance qui permet au MT de se libérer d'une partie de ses préoccupations

« Nous aussi, on est pris par ailleurs, donc quand un patient nous fait soucis mais qu'on sait que l'équipe va faire le boulot correctement, pffiou !!! On souffle un peu ! On est plus disponible pour le suivant » M12

Et une connaissance différente de celle du MT

Bien sûr sur ses problèmes physiques, mais aussi le quotidien :

« Ça c'est un gros plus avec les IDE, parce que tu ne vis pas avec le patient » M8

« On discute des problèmes du quotidien » M9

Sa vie en communauté :

« Comment il vit avec les autres résidents, comment il s'intègre » M8

« Le partage de table avec d'autres résidents, les conflits qu'il y a entre les résidents ; on ne s'en rend pas forcément compte, donc ça permet de voir les problèmes dont le résident ne parlera pas » M9

« Les petits couacs ou conflits avec les autres résidents (...) j'ai découvert ça y a pas longtemps (amusée) c'est bien de le savoir » M9

Mais aussi le ressenti psychologique du patient

Les MT reconnaissent une connaissance plus limitée

« On est quand même très ponctuel dans notre passage » M1

Une valeur ajoutée à la consultation

« Elles nous apportent un plus : voir un patient dément seul, il n'y a pas d'intérêt » M7

« J'aurai des infos que j'aurais pas eu toute seule » M7

Du recul et de la clairvoyance :

« Elles les voient beaucoup ! Ça nous permet d'avoir un recul sur certaines choses, l'évolution de la maladie ou autre ... » M10

« C'est des gens proches des patients et donc elles y voient tout de suite plus clair que nous » M4

Une synthèse :

« Avoir un point de vue synthétique de soignant » M10

Une qualité d'information

« Une information plus objective que si c'était la famille ou les patients eux-mêmes » M2

« Ce sont des observatrices qualifiées permanentes » M11c

« L'intérêt du renseignement qu'elle t'apporte » M5

« On peut discuter avec elles, elles vont interroger une autre infirmière, une AS etc. » M3

Faire émerger une problématique

« On a affaire à des professionnels de santé qui ont fait émerger un certain nombre de problèmes » M4

« L'anamnèse c'est un travail d'équipe » M4

Cette capacité permet au MT de gagner du temps :

« Ces problèmes-là, c'est des choses qui ne sont pas verbalisées par le patient, donc comme il parle très peu ou qu'on a pas le temps de l'écouter ou que ça prendrait beaucoup de temps »

M5

« En discutant avec le patient des fois c'est pas très clair le problème. Alors qu'avec une infirmière en 10 secondes elle peut nous expliquer ce qui ne va pas ! » M10

Même si cette problématique peut être erronée :

« Elles résument bien la problématique...qui peut être fausse ! Mais ce n'est pas grave on corrige ! Ça fait partie du job ! » M4

Pour aller plus loin : **Une compréhension rapide des consignes**

« Il ne faut pas se le cacher (...) parce que plutôt de tout écrire, tout expliquer à un patient... qui va peut-être pas tout comprendre...on a affaire à des professionnels de santé donc on peut expliquer beaucoup plus vite, prescrire beaucoup plus vite ! » M4

Un rôle de filtre

« On est moins appelé pour rien que dans la vie normale, on n'est pas appelé pour n'importe quoi » M3

« Elles ont des intuitions souvent bonnes et le timing de leurs appels est souvent bon » M8

« Si elles n'étaient pas là on serait certainement appelé beaucoup plus souvent » M11c

« S'il n'y a pas d'infirmière dans un établissement on va se faire appeler tous les jours »

M11c

Au final, une expertise infirmière

« L'AS a une expertise proche mais limitée, autant l'IDE a une expertise assez large » M4

Un transfert

« On a l'impression que l'infirmière représente le patient. Des fois, il faut négocier avec elle pour savoir ce qui est possible ou pas possible ! » M4

« C'est important d'écouter l'IDE, des fois c'est un peu comme le patient, il y a une sorte de transfert » M4

Une discussion

Un avis :

« Elles sont à même de nous donner leur avis » M11c

« C'est l'infirmière, la personne avec qui on discute de tout ça » M13

Une aide à la décision :

« Elles peuvent m'aider à prendre des décisions ou m'orienter sur certaines choses auxquelles je n'aurai pas forcément pensé toute seule » M7
« Ça peut nous conforter de pas aller plus loin » M13

Même si c'est au médecin de trancher :

« La décision médicale, elle revient au médecin, mais ça peut aider, car elle peut connaître les attentes du patient, de la famille etc. » M13

« Ça soulage l'équipe soignante de savoir qu'elles ne sont pas seules à prendre des décisions » et « elles ne peuvent pas prendre toutes les décisions, sauf que des fois, on leur demande de les prendre (en parlant d'un transfert ou non à l'hôpital de nuit) » M1

Une « débrouillardise »

« Elles sont débrouillardes, ça c'est sûr. Adaptables » M8
« Elles savent régler pas mal de petites choses » M11c
« Elles gèrent pas mal de choses je crois ! » M8

Des initiatives qui peuvent aller hors du cadre règlementaire :

« Quand un renouvellement n'est pas fait à l'heure, elles prennent sur elles, elles ont aucun mal à appeler le pharmacien pour faire avancer tel ou tel truc » M8

Une qualité d'organisation et une rigueur

« J'ai des protocoles hyper compliqués pour des épileptiques, elles répercutent tout dans l'ordonnancier, c'est chaque fois bien fait, ou alors elles font des fiches de synthèse, c'est plutôt bien fait, y a pas d'erreur, là où moi je pourrais en faire ! » M8

Des affinités

« La complicité, on se tutoie » M6
« Elles sont adorables » M8
« Chacune a sa personnalité n'y a pas d'infirmière qu'on n'aime pas avoir avec soi mais on a nos chouchous » M5

Un constat : la place du para médical est prépondérante M4

« Plus les personnes sont âgées moins c'est médical »
« Quelqu'un qui ne va pas manger, c'est pas de la médecine ! Par exemple un dément. Mais il va être menacé à court terme si on ne le nourrit pas »

Le MT perd ainsi son rôle prépondérant en termes de « volume » M4 :

« Le plus grand rôle en volume à cet âge-là, c'est les AS puis les IDE puis le médecin traitant puis le médecin Co »

Bien qu'il reste un maillon essentiel M4 :

« Le rôle du médecin traitant c'est quand même très important même si la part médicale n'est plus très importante »

iii. Ce que les MT n'apprécient pas dans leur collaboration avec les IDE

Le MT se sent exclu de l'équipe M5

« C'est la notion d'équipe soignante que t'as dans les EHPAD mais nous, on ne fait pas partie de l'équipe soignante »

« On fait partie du groupe soignant mais on n'est pas là c'est ça le problème. On n'est pas forcément là au bon moment »

« On se sent presque un peu en dehors de l'équipe, on nous appelle pour des problèmes mais voilà... »

Un suivi différent que si le MT était seul M5

« Le suivi n'est pas forcément celui que je ferais moi, quand c'est moi qui le décide »

« On ne prévoit peut-être plus assez, on fait confiance car y a du monde ; on ne traite plus comme quand on est seul avec le patient »

Le MT se repose sur l'IDE

« On se repose sur le truc, ce qui est un avantage et un inconvénient » M5

« Quand t'es seul, t'écris tout pour l'IDE libérale » M5

La dépendance

« Je me sens obligé de leur faire un compte rendu je ne vais pas remplir le truc et le poser... car c'est une collaboration de soins... » M3

« On est toujours obligé de passer par elles (même pour les patients valides) » M3

Un problème de « cadre » M4

« La structure veut qu'on nous mette plutôt dans un cadre hiérarchique, alors que moi j'irais plutôt vers le coopératif »

« On est plus dans le coopératif mais l'administration demande qu'il y ait un chef, parce qu'il faut un responsable ! C'est pour ça qu'il faut noter dans les dossiers, tout signer... »

Pour aller plus loin, les médecins sont souvent exaspérés par le « médico-légal » là aussi représenté par l'IDE

« Elles veulent avoir coché : 'appel du médecin traitant' » M10

« Je ne suis probablement pas dans leur traçabilité » M14

L'IDE représente parfois la contrainte administrative pour le MT, puisqu'elle lui rappelle ses tâches

« L'administratif, ça me gonfle, être obligé d'écrire, sans parler de la contrainte de l'heure des visites » M3

Le manque d'autonomie des IDE

Qui entraîne appels intempestifs :

« Les appels répétitifs pour le même sujet...ça m'agace un peu, exemple : les INR corrects » M1

« Elles connaissent quand même, alors qu'elles appellent à chaque fois c'est usant » M14

Une autonomie à géométrie variable :

« L'autre (EHPAD) est plus proche, toute proche, donc elles se posent peut-être moins de questions et celle qui est la plus loin elles vont réfléchir avant de nous appeler pour ne pas nous faire déplacer » M9

Mais elle est aussi limitée par la réglementation :

« Elles sont capables mais le système ne leur laisse pas d'autonomie » M14

Le protocole : un outil à double tranchant M14

Il peut permettre de donner de l'autonomie ou au contraire, d'en enlever :

« Elles ont des protocoles mais c'est des vrais carcans pour les filles »

« Par exemple : elles doivent avertir la régulation pour dire qu'il est décédé, ça ne change rien mais faut que ça soit enregistré, qu'elles m'ont appelé et qu'effectivement : il est mort ! »

« Ça les infantilise elles et ça m'utilise moi pour des conneries »

Le turn-over important en EHPAD

Qui ne permet pas au MT de détecter le degré d'urgence :

« La 'valse des têtes' parce que je ne peux pas bosser avec quelqu'un que je n'ai jamais vu ou dont je ne connais pas la sensibilité » M14

« Celui qui appelle pour un pet de travers et l'autre qui est à moitié mort mais qui dit : 'mouais c'est l'âge' » M14

Et qui empêche le MT d'établir son projet de soin :

« Qui sache aussi comment moi je veux travailler, ça ne sert à rien d'expliquer s'il est plus là 15 jours après ou s'il est là qu'une fois » M14

Mais beaucoup de médecins n'ont rien relevé

c) Relatif à l'influence du médecin coordonnateur dans cette relation MT-IDE

Sans pour autant nier son rôle et son importance au sein de l'EHPAD, la plupart des MT trouvent que le médecin coordonnateur n'a pas ou peu d'impact sur la relation IDE-MT.

« Pas d'influence sur notre binôme, c'est plus entre lui et moi » M5

« Pas impact, pas trop. Ça ne jouait pas dans la relation avec les IDE » M3

« Pas influence » M2 et M7 « Zéro » M8, M6

Et même du point de vue du médecin coordonnateur interviewé :

« Aucun impact dans la relation MT-IDE » M11c

Mais celui-ci avance une explication :

« On les voit très peu (...) Ils n'ont peut-être pas beaucoup de temps de médecin coordonnateur » M11c

Ils soulignent tout de même son intérêt au passage :

« Il est plus présent que moi, il peut avoir un meilleur retour des IDE, donc forcément pour le médecin traitant c'est une aide » M4

« Il est présent tout le temps, il voit la famille plus que moi » M5

« Il a vu certains de mes patients quand je ne travaillais pas » M7

Pour eux son influence s'exerce sur les IDE :

« Ça pouvait influencer, mais par rapport à moi mais pas par rapport aux infirmières » M3

Tout en précisant que le médecin coordonnateur prenait soin de ne pas se substituer au MT :

« Elles n'ont jamais été influencées uniquement par le médecin Co, j'ai toujours eu mon mot à dire » M7

« Le médecin Co ne me switche jamais » M7

Ou il est en contact direct avec le MT :

« Pas vraiment, il a plus d'interférences directement avec moi » M12

« Parfois j'ai parfois des petites réunions mais par téléphone avec le médecin co » M14

Un MT voit pourtant un impact sur sa relation avec les IDE :

« C'est un médecin Co qui répond aux questions, il les aiguille pas mal (...) je pense qu'elles sont plus secure par rapport à ça (...) du coup peut être qu'elles m'appellent moins souvent Il les rassure, il répond aux questions » M8

Il faut noter que la collaboration avec le médecin coordonnateur est délicate et peut perturber le travail des IDE

« Le problème c'est qu'on est deux à gérer le même patient » M5

« Faut se mettre d'accord » M5

Un autre médecin sous-entend un impact, mais qu'il relativise aussitôt :

« Un rôle de lien mais à quel point ? Ça représente peu. Sur le lien médecin traitant-IDE le coordonnateur intervient à 10-15% ça reste modeste » M4

Enfin, le rôle de médecin coordonnateur prend une autre dimension quand la relation IDE-MT est défaillante voir rompue :

« Un certain nombre de confrères ont un peu déserté l'EHPAD, il a souvent été appelé en renfort » M4

« Parfois elles se plaignent à moi en tant que médecin coordonnateur, j'ai des fois des demandes car elles n'ont pas réussi à obtenir auprès des médecins traitants des réponses qu'elles voulaient, donc la plupart du temps c'est moi qui contacte le MT derrière » M11c

Il va même plus loin :

« Ça m'arrive des fois qu'on me demande de faire un certain nombre de choses à leur place...je le fais quand c'est urgent...ça ne me prend pas beaucoup de temps plutôt que de déranger un médecin traitant » M11c

« On essaie d'arrondir les angles » M11c

Par contre, un impact négatif a été relevé dans un EHPAD :

« Il mettait une espèce de pression sur les IDE, de responsabilité, qui dégradait leur travail finalement, et notre relation avec elles. » M9

« Les IDE nous appelaient beaucoup plus... Si on avait pas marqué paracétamol si fièvre ou douleur, elles n'osaient plus en donner d'elles-mêmes sans nous appeler » M9

« Elles pouvaient prendre moins d'initiatives donc du coup venir me demander plus de choses ! » M10

« Ça a dégradé les relations, il se mettait entre les IDE et nous sans le vouloir mais du coup ça perturbait nos relations » M9

« Nos relations sont plus saines sans médecin Co » M10

Enfin, deux MT (M6 et M1) déclaraient qu'il n'y avait pas de médecin Co dans leur EHPAD alors qu'il y en avait un, ce qui montre une certaine méconnaissance de ce poste.

d) Relatif aux attentes

i. Les attentes des MT vis à vis des IDE

Les choses évidentes

« Mettre en place les prescriptions que je leur ai faites, les consignes » M10

« Professionnalisme, efficacité » M5

Le motif

« Qu'elles me disent ce qui ne va pas, pourquoi j'ai été appelé » M3

Les constantes

« Les paramètres évidemment ! » M1

« Elle me dit 'il tousse', j'aime bien qu'elle ait déjà pris au moins la température » M2

« Que les patients soient constantés quand il le faut » M8

Finale

« La surveillance (...) le travail d'IDE qu'on fait en service hospitalier » M10

Gérer le dossier du patient M6

Une présence et une disponibilité

« Qu'elles soient présentes » M1

« Qu'elles soient disponibles » M7

« Disponible pour nous » M8

« Qu'on fasse la visite ensemble quand c'est possible » M8

Un MT a demandé une présence systématique

« Pour moi c'est comme à l'hôpital quoi, c'est comme quand je faisais des visites à l'hôpital quand j'étais interne, eh bah il y avait l'infirmière qui faisait les visites avec nous quoi ! » M3

Un autre souhaiterait au moins qu'on lui propose systématiquement de l'accompagner :

« Je regrette qu'elles ne me proposent pas de m'accompagner » M13

Connaissance du patient et informations

« Qu'elle le connaisse bien, qu'elle puisse répondre à mes questions » M13 M6

« Qu'elle connaisse son patient » M4 M14 M12

« Bien au courant du dossier » M12

Des informations générales :

« Me dire comment vont mes patients » M10

« Avoir un rapport sur l'état de santé des résidents » M11c

« Qu'elle connaisse bien le patient, la famille, le nombre de visites » M13

Mais aussi spécifiques :

« La tolérance de mes prescriptions aussi, la iatrogénie quoi ! » M8

« Nous transmettre tout ce que l'on ne voit pas (...) repéré durant la toilette (...) l'état cutané, notamment les pieds » M9

Avec précocité :

« Avant que ce ne soit dans un état vraiment catastrophique » M9

« Ça nous faciliterait le travail si le bobo était signalé assez tôt » M9

Mais aussi une connaissance du projet de soin :

« Qu'elle ait aussi une petite idée de la trajectoire de vie » M14

Et qu'elle l'intègre :

« Qu'elle soit en phase avec cette façon de prendre en charge » M14

« Arrêter de faire des examens et être d'accord avec ça » M14

Le MT souligne une différence de culture avec le milieu de formation des IDE : des services souvent orientés vers le curatif :

« C'est quand même une autre attitude qu'en soins à l'hôpital d'où l'infirmière vient » M14

Et transmission des évènements intercurrents :

« Fièvre, gastro.... pour lesquelles on nous a pas appelé » M9

Filtrer les doléances du patient sans tomber dans l'indifférence M1

« Savoir gérer la part du vrai et du faux »

« Plaintes qui ne sont pas toujours médicalement justifiées »

« La part des choses... de ce qui est médical de ce qui est dû au mal être »

Gagner du temps

« J'en ai besoin car elles me font gagner du temps » M3

La préparation et l'anticipation :

« Que le dossier soit prêt » M4

Une aide technique :

« Elle m'aide à déshabiller à transférer du lit au fauteuil, à mobiliser » M5

« Elle déballe le pansement » M7

Et pour les autres gestes techniques : bouchon de cérumen, infiltrations...

Une connaissance et une compétence technique :

« Qu'elle sache si elle a tel ou tel traitement, ce qu'il y a de possible de faire en EHPAD, en perfusion etc. » M4

Une aide matérielle :

« Qu'elle m'aide à remplir les papiers » M3

« Me donner les documents dont j'ai besoin » M6

De la coordination

- « Elles gèrent aussi les liens avec la pharmacie » M6
- « Prendre les rendez-vous, faire les semainiers, c'est du boulot » M5

Un échange

- « Qu'elle me donne leur sentiment, (...) qu'on échange sur mon ressenti » M8

Pourtant un MT ressent une forme de surprise :

- « J'ai l'impression qu'elles sont entonnées d'ailleurs » M10

Voir de réticence à cela :

- « Mais je pense qu'elles n'osent pas trop sur la partie purement médicale » M8
- « Elles ont été formées comme ça, la hiérarchie, qui les empêche de mettre en doute » M8
- « Souvent elles me disent 'on est d'accord' Est-ce que c'est par politesse ? » M10

Afin d'avoir leur avis :

- « Me donner leur avis aussi ! C'est intéressant je les sollicite assez souvent d'ailleurs ! » M10
- « J'essaye toujours de les faire participer à mes décisions quand je prends une décision importante » M10

Connaitre leur ressentie :

- « J'aime bien savoir comment elles ont réagi par rapport au problème, pourquoi elles ont appelé, qu'est ce qui leur a fait dire « il faut que j'appelle » j'aime bien discuter de ça avec elles » M1
- « Qu'elles communiquent sur leur ressenti de la situation » M8

Une mise en œuvre rapide M12

- « Il faut que ça démarre vite, je suis à peine partie que l'ambulance est déjà commandée »
- « La fluidité des actions à mener »

Pour diminuer les transmissions et son risque de perte d'information :

- « Elles ont l'expérience que si elles vont passer la consigne à l'équipe qui suit derrière, à tous les coups il va y avoir un loupé »
- « Les questions de transmission, les plus expérimentées et celles qui sont investies, elles les perçoivent intuitivement »

Ou le risque d'oublis :

- « Elles savent que si elles ne le font pas tout de suite elles vont être boulotées par autre chose et ça va passer à l'as »

Le MT reconnaît cette qualité aux IDE les plus expérimentées :

- « Les plus anciennes, qui ont un peu de bouteille, savent faire ça »
- « Elles sont plus organisées, elles ont l'habitude »

Au final :

« Ça peut être une charge importante mais d'un autre côté c'est aussi se prémunir contre un défaut de soin et des retards à l'allumage »

ii. Ce que les MT imaginent des attentes des IDE les concernant

Les tâches dites « classiques » de médecin constituent l'essentielle des réponses

« Que je m'occupe des résidents » M1
« Un diagnostic et que je donne une conduite à tenir » M3
« Que je réponde à leurs questions » M1
« Que je règle les problèmes » M2, M8, M13,
« Faire du diagnostic, donner des consignes, des traitements » M4
« Que je vienne » M14

Ils évoquent beaucoup la notion de « situation inconfortable » pour l'IDE

« Que je les sorte d'une situation inconfortable le plus vite possible ! » M10
« Que je leur dise quoi faire (...) venir, envoyer aux urgences ou que ce n'est rien du tout ! »
M10
« Qu'on les rassure...ou pas ! » M12
« De pas les laisser toutes seules avec un problème » M12

Une protection médico-légale

« Je sais que ce que je vais dire ça va être marqué dans le dossier » M10
« Ensuite que je confirme par écrit (...) pour être couvertes » M14

Pas d'acharnement thérapeutique

« Peu d'acharnement en général mais maintenir une qualité de vie » M2
« Ce qu'il faut sans être trop acharné, trop investi » M2

De la précision

« Des précisions, que ce soit clair (pour les rendez-vous, les examens) » M5
« Des consignes précises si y a des surveillances précises » M7
« Que je lui donne une conduite à tenir en termes de suivi, de timing » M8

Même si, en médecine, tout ne peut pas être clair sur le moment

« On sent bien que quand on repart de la visite avec une incertitude, ça arrive souvent, ça les perturbe ! » M13
« Elles aimeraient bien avoir une réponse claire à une problématique » M13

De l'anticipation

*« Je leur donne des critères de gravité donc hospit' durant le WE si ça allait dans ce sens-là »
M8*

Notamment concernant la réanimation ou non si détresse vitale :

« Que tout soit clair en cas de problème » M13

Une expertise médicale

« Un expert, un pilote pour le patient » M4

« Expert mais pas forcément chef ! Un avis quoi ! » M4

« Leur niveau de compétence n'est pas celui du médecin, elles n'ont pas non plus le rôle de décider un certain nombre de choses pour les patients » M12

Un avis médical mais surtout un œil extérieur

« Notre avis sur l'état général du patient, car elles, elles le voient tous les jours » M9

« Des choses qu'elles ne voient pas, que le quotidien ne voit pas » M9

Un soutien

« De les soutenir dans ce qu'elles font, par rapport aux patients ou aux familles un peu revendicatifs » M13

Là encore beaucoup ne peuvent pas se prononcer M2, M8, M11c

e) Relatif au bilan des visites

Les MT ont tous émis un avis positif sur le bilan qu'ils font de leur visite en EHPAD

« Ça se passe à peu près comme je le voudrais » M8

« Globalement bien, je suis satisfaite, elles répondent à mes attentes » M7

« Très bien, ce n'est pas un truc à délaissé » M4

Ils sont plutôt satisfaits des conditions de travail :

« Ça me paraît satisfaisant, les conditions sont bonnes » M11c

Bien sûr, certains signalent avec ironie que les conditions parfaites ne sont pas toujours réalistes :

« Ça serait mieux que j'arrive, que tout soit prêt, que le patient soit bien en chambre ! Prêt et déshabillé, en bonne position, avec du personnel disponible autour ! » M10

Des sources de mécontentement sont évoquées comme l'administratif :

« *Ce que je n'aime pas c'est l'administratif. Ce qui ne va pas c'est plutôt la partie hôpital, on veut nous faire venir à des réunions* » M4

L'état général des patients qui peut conduire à une **frustration** du MT :

« *Une certaine part d'insatisfaction dans le sens ou des fois on aimerait bien en faire plus (des investigations) pour les patients* », « *je me freine, c'est un peu frustrant des fois* » M2

D'autres évoquent même un sentiment **d'impuissance** :

« *On fait ce qu'on peut, avec des patients qui sont souvent en fin de vie* » M13

Ou **d'inutilité** :

« *C'est des renouvellements de traitements de déments qui vont bien, et qui n'ont rien eu en 2-3 mois ; (...) on apporte rien et je me dis si je passais pas ça serait la même chose* » M9

D'où la nécessité de changer **sa vision des choses** :

« *C'est une approche différente, on a plus la même approche diagnostique 'jusqu'au-boutiste', thérapeutique, on est plus dans l'accompagnement* » M11c

Certains MT ont du mal avec ce rôle, non plus de soignant, mais **d'accompagnement** :

« *Ce n'est pas quelque chose que j'aime beaucoup, on va pas faire de miracle et souvent ils n'ont pas besoin d'un médecin, mais de voir quelqu'un* » M12

Enfin, un MT évoquent un problème de **rémunération** :

« *C'est tellement chronophage, que ça m'agace des fois d'être payée au lance pierre* » M14

i. Les améliorations proposées par les MT vis à vis des IDE

Plus de présence infirmière

« *C'est le nerf de la guerre* » M10

En termes d'amplitude horaire :

« *Qu'elles soient là le week-end* » M2

« *Le fait qu'il manque une infirmière de 14h à 16h, ça me perturbe fondamentalement* » M9

Et en termes de volume :

« *Qu'elles soient plus nombreuses* » M12

« *Plus de personnel* » M10

Améliorer la communication et la transmission entre IDE

« La communication entre elles et moi passe. Mais j'ai l'impression parfois que dans l'équipe la communication n'est pas forcément idéale » M10

« Je peux dire des choses à l'une et l'autre ne sera pas au courant » M10

« On est appelé par l'infirmière du matin et on arrive l'après-midi je vois sa collègue 'ah bah je ne sais pas' » M13

« Pas assez à l'écoute : des petites infos qui ne sont pas transmises » M7

Généraliser un moyen de communication avec le MT de façon directe et synthétique :

« Les transmissions commencent à progresser, on voit les petits cahiers de transmissions, les petites feuilles » M9

« Transmissions écrites ciblées sur un cahier, par médecin, sur les problèmes qu'il y a eu durant le laps de temps » M15

Afin d'éviter les lacunes dans la continuité des soins :

« 'je ne sais pas, j'ai pas travaillé hier', 'je reviens de vacances', ou 'je l'ai pas vu depuis quinze jours' Ce n'est pas de réponse qu'on devrait me donner » M6

« Voilà, on est aujourd'hui et en principe y a une transmission, une continuité » M6

Avec une hiérarchisation :

« Une personne qui ne boit pas en été, je préfère qu'on me le dise pour que je mette une perf la nuit ou que je baisse le Lasilix et pas qu'on me dise 'Il a le pied rouge' » M7

« Bien cibler leur demande : parfois pas de gros intérêt à ce qu'elle me dit mais la chose importante, elle ne me le dit pas, par exemple : il a un bouton, mais il a perdu 5 kg on me le dit pas » M7

Et une meilleure observation sur certains points spécifiques :

« Qu'elles nous montrent les pansements, les glycémies, et les résidents qui ne boivent pas assez on le nous le signale pas » M7

Mettre au point un système d'appel de l'IDE, téléphone portable, personnel à l'accueil...

« Des fois on a du mal à les trouver, (...) elles sont difficilement appelables » M9

Anticiper davantage

« Ne pas appeler à la dernière minute autant que possible anticiper » M12

Notamment sur le nombre de patients à voir :

« C'est compliqué quand on vient pour un patient et qu'on nous en ajoute trois ! » M4

Concernant l'autonomie et la prise d'initiative, un MT (M14) soumet une idée nouvelle pour permettre de pallier à la surcharge de travail des MT :

« Qu'elles mettent des traitements symptomatiques 2-3 jours. Une sorte d'automédication mais vachement éclairée »

« C'est des professionnelles de santé, elles ont une excellente formation maintenant »

Un MT (M14) propose d'utiliser d'autres moyens de communications

« Genre SMS ou mail » M14

Plusieurs médecins ne voient pas ce qu'elles pourraient améliorer M6 M8

« Elles en font déjà pas mal ! » M4

ii. Les améliorations proposées par les MT les concernant

Planifier davantage

« Nous ne prévoyons pas les visites suffisamment tôt » M5

« Mieux planifier la prochaine visite et être plus directif pour revoir les patients » M5

« Répartir les renouvellements autrement » M9

S'organiser davantage en accord avec les IDE et créer des créneaux de visite :

« Trouver des plages de visites qui les arrangent » M15

« Prévenir, et avoir une heure régulière ou on passe » M7

« On n'arrive à n'importe quelle heure, elle doit se rendre dispo alors qu'elle a des soins à faire » M7

Tout en reconnaissant la difficulté de la tâche pour les MT :

« Après, nous il faut aussi qu'on s'organise par rapport aux consult' » M15

« Quand on a organisé la maison médicale on a chacun reparti nos horaires de consultations et de visites, on est dépendants des collègues » M5

Pour deux médecins cela pourrait passer par espacer les visites pour renouvellement :

« Faire des renouvellements sur 6 mois, car y a du monde autour » M12

« Ça va réduire la fréquence des visites, donc je serais plus dispo pour les urgences » M12

« Moins j'y vais et plus je suis content d'y aller. Moins j'y vais et plus je prends mon temps ! Moins tu es speed et plus tu es pertinent » M10

M12 va même plus loin :

« Ça ne me dérangerait pas que le médecin Co s'occupe de faire les renouvellements, de vérifier » M12

Tout en soulignant une limite à cette solution :

« Les gens ont l'impression qu'on les abandonne » M12

Etablir plus de protocoles

« Pour qu'elles puissent faire face tout en nous informant » M12

Ecrire plus, plus de transmission

« Oralement elle peut très bien oublier » M7

S'investir dans les tâches administratives

Nous avons vu que même si cela ne concerne pas l'IDE à proprement parler, celle-ci demande au médecin de s'y plier car elle représente l'institution :

*« Je suis prêt à m'investir plus mais il faut que ce soit un peu mieux fait (le dossier médical) »
M4*

Utiliser l'informatique :

« Le logiciel, il m'arrive d'oublier mais j'essaye » M8

Etre plus disponible

« La disponibilité » M8

« Les médecins traitants difficiles à joindre et à faire venir c'est un problème » M11c

Nombreux sont les médecins qui souhaiteraient avoir plus de temps à consacrer à leurs visites en EHPAD :

« Ma seule problématique c'est le temps » M4

« Si le temps je le laisse filer et que ça dérape, je le payerai » M4

« Mon obsession c'est le temps ! C'est pas qui ou quoi... » M4

« Tout doit être millimétré »

« En un mot, ce serait passer plus de temps » M4

« Le nerf de la guerre c'est le temps » 10

« On court toujours avec le chrono » M6

Plusieurs ne savent pas ce qu'ils pourraient améliorer et souhaiteraient avoir l'avis des IDE M1 M3

« Je ne vois pas, par contre peut être qu'elles peuvent me dire ce que je peux améliorer vis à vis d'elles » M2

5) Discussion

A. Sur la méthode

a) Intérêt et originalité de ce travail

Ce travail est original car il s'agit de la première étude qualitative qui s'intéresse à la collaboration MT-IDE en EHPAD et, qui plus est, donne la parole aux deux professionnels.

Jusqu'à présent il existait deux études quantitatives : l'Enquête du panel de médecine générale DREES-ORS-URPS du Pays de la Loire en 2014 (36) qui décrivait l'activité des médecins généralistes en EHPAD de cette région, et une autre étude également de l'URPS Pays de la Loire (29) qui précisait les conditions d'exercice du MT et la coordination avec l'EHPAD.

Du fait de leur méthodologie, ces études n'abordaient pas le ressenti des deux principaux acteurs de cette coordination, à savoir le MT et l'IDE et n'exploraient pas les pistes d'amélioration.

De même, une thèse réalisée en 2010 par Isabelle Veuillote intitulée « Implication des médecins libéraux en EHPAD » sous forme d'une enquête menée auprès de 120 médecins généralistes de la Côte d'Or (6), était également quantitative.

Elle montrait une certaine satisfaction (80%) de l'exercice libéral au sein des EHPAD, avec toutefois de nombreux points d'ordre général à améliorer.

Un mémoire de DIU de médecin coordonnateur réalisé en 2010 par J-M Luez (46) s'attardait sur la place du médecin traitant en EHPAD en analysant les problématiques actuelles et futures. Selon l'auteur, le rôle du médecin traitant demeurerait indispensable au sein des EHPAD, en tant que « lien » essentiel pour la personne âgée avec sa « vie d'antan ». Il représentait un facteur de meilleure intégration du résident dans l'EHPAD.

Un autre mémoire de DIU rédigé en 2010 par J-C Jabaud (47), décrivait les relations entre le médecin coordonnateur et les médecins généralistes. Il confirmait, comme nous, la singularité des généralistes libéraux, attachés à leur liberté de prescription et à leur mode de fonctionnement solitaire. Cela pouvant expliquer leur difficulté à adhérer à un mode de fonctionnement institutionnel.

Le mémoire de J-C Malbec (48) qui avait permis la mise en place et l'évaluation d'un livret d'accueil pour le MT en EHPAD en 2013, donnait la parole aux IDE, aux IDE coordonnatrices, aux médecins traitants, aux médecins coordonnateurs et aux directeurs d'EHPAD.

Cette étude soulignait une mauvaise compréhension des attentes de chacun des intervenants mais les effectifs étaient faibles et les entretiens peu analysés, le but étant de créer un livret d'accueil.

Enfin, on trouvait une thèse qualitative en binôme de 2015 par M. Amalbert et A-F Garcia intitulée « Organisation des consultations de médecine générale en établissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : point de vue du médecin généraliste, point de vue du patient » (49). Ce travail confirmait, comme nous, que l'anticipation et la planification sont importantes aussi bien pour l'équipe soignante que pour les patients âgés. Il leur faut, en effet, du temps de réflexion avant une consultation, pour prévoir leur demande et ne pas se retrouver prise au dépourvu devant le médecin. De plus, on retrouve la notion qu'une visite régulière et fixe est un repère qui leur apporte de la sérénité.

b) Limites

Biais de recrutement

Le mode de recrutement, de proche en proche, induit un biais. Les médecins m'adressaient vers des confrères, certains parce qu'ils avaient des liens amicaux entre eux, d'autres parce qu'ils étaient maîtres de stage. Cette démarche volontaire d'être maître de stage implique probablement une volonté plus fréquente de formation continue et de réflexion sur leur pratique.

Les IDE acceptaient de répondre par gentillesse, et par intérêt au sujet. Il n'y a eu aucun refus.

Biais de sélection

On constate que le panel de MT est assez équilibré en hommes et femmes (9 hommes, 6 femmes). Ils sont d'âges variés et la répartition territoriale est homogène. De même, la taille de la patientèle en EHPAD est variée allant d'une activité faible avec 4 patients, à très importante avec 30 à 40 patients.

Pour les IDE, on constate qu'il n'y a aucun homme dans le panel car il n'y en avait aucun dans tous les EHPAD où nous sommes allés. Cela laisse supposer une forte féminisation de la profession d'IDE en EHPAD.

Les âges sont variés. Par contre, nous avons d'avantage d'IDE avec peu d'ancienneté en EHPAD. Nous pouvons avancer plusieurs explications à ce phénomène : le travail en EHPAD étant peu valorisé dans le cursus infirmier, il s'agit souvent des postes qui sont choisis en 'derniers recours'. Mais nous pensons que cela provient également d'un « turn-over » assez important en EHPAD. Les IDE restant rarement à ce poste toute une carrière. Enfin, un âge avancé avec peu d'expérience s'explique par un diplôme obtenu parfois tardivement après une évolution de carrière (ancienne AS) ou une réorientation professionnelle.

Ces IDE proviennent d'EHPAD de localisation territoriale et de taille variées (de 31 résidents pour la plus petite à 166 pour la plus grosse). Les secteur public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif sont bien représentés.

Biais de recueil

Le fait que l'enquêteur appartienne à un des deux groupes professionnels fait que les réponses ont pu être consciemment ou inconsciemment influencées.

Les MT par les attentes de l'enquêteur, ou par ce qu'ils pensent être ses attentes.

Les IDE ont pu ne pas dévoiler complètement leurs sentiments de peur d'être jugées négativement par un futur médecin ou au contraire exagérer leur mécontentement dans le but de faire changer les choses.

Limites liées aux conditions de l'enregistrement

L'enregistrement s'est effectué à l'aide d'un Smartphone posé entre l'enquêteur et l'interviewé. Bien que nous ayons rappelé le caractère totalement anonyme de l'interview, il y avait un risque que l'existence des enregistrements et des transcriptions ait pu induire une retenue dans le discours.

Il semble que les enquêtés aient été suffisamment à l'aise, ils n'ont pas paru être gênés par le Smartphone et l'ont vite oublié. Mais il s'agit seulement de l'avis subjectif du chercheur.

Biais d'analyse

Les thématiques ont été définies séparément par l'auteur, le directeur de ce travail et par une étudiante infirmière de 3ème année, puis regroupées. Bien que cette triangulation soit aussi un point fort de l'enquête puisqu'aucune incohérence majeure n'a été détectée, la subjectivité de chacun des intervenants impliqués dans ce travail peut avoir influencé cette définition.

Limites liées à l'inexpérience de l'enquêteur

Lors de l'entretien semi-dirigé, l'interviewer alterne au cours de la discussion des phrases directives où il intervient pour guider vers un thème et des phrases non directives, où il doit faciliter l'expression de la personne interrogée. L'inexpérience de l'interviewer a pu influencer le déroulement de l'entretien, en créant un biais d'interprétation.

Il était utile de relire les entretiens précédents pour préparer le suivant, afin de repérer les erreurs commises et de les éviter : questions fermées, tournures de phrases orientant la réponse ou apportant un jugement. De ce fait, l'aisance de l'enquêteur avec cette technique s'est développée au cours de l'étude.

Un seul entretien exploratoire avait été réalisé dans cette optique de « rodage ».

B. Sur l'analyse

a) Rappels des principaux résultats

La mise en parallèle et la comparaison des réponses entre IDE et MT nous ont permis de faire émerger des concepts qui nous ont semblé intéressants et qui permettent de mieux comprendre certains comportements ou certaines croyances de ces deux professionnels.

Concernant ce qui est attendu du MT : des priorités différentes.

L'une des premières choses qui nous a frappés au cours de cette étude est l'écart entre les attentes des IDE et ce que les MT imaginent de ces attentes.

Les réponses des médecins étaient très axées sur le côté « technique » de la prise en charge. Pour eux, les IDE attendent avant tout « du diagnostic et du traitement ». Ils étaient dans la « performance » médicale

Or, en réalité, nous avons été surpris de constater que cet aspect purement technique des choses est totalement secondaire pour les IDE. Leurs premières réponses concernaient, de loin, l'aspect relationnel et humain de la prise en charge d'une personne âgée comme : rassurer le patient, passer du temps avec lui, donner des explications, contacter la famille....

L'analyse fine des entretiens permet de comprendre que, finalement, certains MT ont conscience de la demande de « soins relationnels » des patients, et donc des IDE, mais la plupart ne souhaitent pas endosser ce rôle qu'ils ont tendance à confier aux IDE.

Ce rôle d'accompagnant et non plus forcément de soignant, n'est pas forcément apprécié par les MT. D'ailleurs, plusieurs médecins soulignaient que plus on rentre dans le « grand âge », plus la part médicale pure rétrécit. Ils admettaient aisément que le plus grand rôle, en termes de « volume », ce sont les AS puis les IDE puis le MT et enfin le médecin coordonnateur.

Par exemple : « quelqu'un qui ne va pas manger (un dément qui oublie de manger), ce n'est pas de la médecine, pourtant il va être menacé à court terme si on ne le nourrit pas ».

Ils estiment que même si le MT perd son rôle prépondérant, il doit garder sa fonction d'expert et de pilote.

On peut supposer qu'ils ont fait le choix du métier de médecin justement car ils se représentaient cette fonction comme plus centrée sur l'aspect technique du soin. De plus, la surcharge de travail due à la démographie médicale dans certaines zones, peut les pousser à se concentrer sur ce qui leur paraît le plus indispensable, et que les autres professionnels de santé ne peuvent réaliser à leur place, comme diagnostiquer et prescrire.

Mais, ils ne perçoivent pas toujours, qu'une partie de ces soins relationnels, ne peut être accomplie par quelqu'un d'autre. Beaucoup d'infirmières ont souligné le poids important du « médecin de famille » dans l'opinion des patients, surtout âgés, et de leurs proches. Les IDE remarquent que, même si leurs propos seront les mêmes, la parole du MT est souvent irremplaçable.

De plus, la présence et l'écoute du médecin valorisent les résidents, et sont des éléments aussi importants que les traitements médicaux ; ils leurs permettent de se sentir compris et de se sentir mieux.

L'annonce du médecin lorsqu'il arrive dans la structure était aussi une demande peu connue des MT.

NB : Pour l'anecdote, deux IDE ont aussi rappelé leur souhait que les MT retirent les Pacemaker, comme cela est d'usage en cas de décès !

Mais aussi des attentes communes.

Les deux professionnels sont d'accord sur un point : le MT doit apporter un œil extérieur sur le patient, fournir des consignes claires pour la nuit ou le week-end.

Les médecins sont bien sensibilisés au fait que les équipes se retrouvent souvent démunies en cas de problème, en dehors des heures ouvrables notamment sur la question du transfert ou non vers un service d'urgence ou la conduite à tenir en cas d'apparition de tel ou tel symptôme.

Enfin, toutes les IDE attendaient de la disponibilité de la part du médecin, ce dont les MT ont parfaitement conscience. Ils reconnaissent que leur manque de temps est un problème crucial. Pour ce qui est de la fréquence des visites, cela fait débat. Les IDE constatent toutes que des visites régulières et rapprochées (mensuelles) rassurent le patient, mais elles sont aussi plusieurs à signaler, que les MT qui travaillent à ce rythme sont moins facilement disponibles pour les urgences et les problèmes intercurrents.

Ce que confirment plusieurs MT, ils trouvent également qu'un passage plus espacé permet finalement une meilleure remise en question et une meilleure analyse des dossiers.

Concernant ce qui est attendu des IDE.

Nous nous attendions à ce que les médecins soient demandeurs d'une présence infirmière systématique, à leur côté durant la visite et que la question de l'accompagnement du MT par l'IDE en chambre soit au cœur de ce travail. Nous pensions qu'elle aurait pu être source de tensions voir de conflits entre les deux professionnels de santé. Or, là encore, ce fut une surprise de constater que cela fut plutôt un élément secondaire pour eux.

Ils attendent surtout des informations précises, sur ce qu'il s'est passé depuis leur dernière visite et sur la situation actuelle. Mais aussi sur des aspects de la vie du patient dont ils n'ont pas connaissance : la vie de groupe, l'état psychologique, l'état cutané...

Cette connaissance peut même aller jusqu'au projet de vie médical du patient.

Ils sont plutôt en phases avec ce que les IDE imaginaient mais ils insistent sur la nécessité de transmissions parfaites entre IDE.

Dans notre étude, on nous a relaté uniquement deux conflits sur ce problème de l'accompagnement ou non du MT.

Car finalement, si elles en avaient la possibilité, beaucoup d'IDE aimeraient accompagner le MT, car de multiples avantages pour elles ont été cités :

- gagner du temps : les consignes sont mieux comprises ce qui évite de devoir téléphoner à posteriori au MT
- connaître l'état de santé du résident et refaire le point
- comprendre les événements : savoir pourquoi tel ou tel traitement est stoppé etc.

Mais, pour d'autres IDE, le MT devait se débrouiller seul, comme il le ferait à domicile, car l'EHPAD est un « lieu de vie ».

Du côté des médecins, un seul était d'accord avec cet état de fait, la plupart aurait souhaité une présence mais comprenait que cela n'était pas possible. Ils se débrouillaient donc autant que faire se peut, seuls.

Un autre exigeait que l'IDE soit présente systématiquement un peu à la manière hospitalière et un autre qu'on lui propose au moins systématiquement un accompagnement.

Finalement, tout l'enjeu de ce débat, qui existera probablement tant que tous les EHPAD n'auront pas le personnel suffisant pour qu'une IDE soit dédiée à cette fonction, réside dans la notion de lieu de vie, qui caractérise les EHPAD.

Ainsi, si on considère l'EHPAD comme un simple lieu de vie, le MT n'a pas à attendre une aide de la part des IDE, tout comme s'il était à domicile.

Pour autant, on peut objecter que, si le patient n'est plus à son domicile, c'est bien que son état de dépendance n'est plus le même. De plus, à domicile, il y a bien souvent une personne de la famille, un conjoint, un enfant, à même de renseigner le MT et de l'aider physiquement. L'IDE d'EHPAD doit donc se substituer à cet aidant familial.

Ce que l'on constate, c'est qu'avec le niveau de dépendance qui s'accroît dans les EHPAD, notamment car l'entrée se fait à un âge de plus en plus tardif (cf. PARTIE IJ5), la frontière entre lieu de vie (plutôt défendu par les IDE) et le « mini-hôpital » (souhaité par les MT), devient de plus en plus mince, et sujette aux interprétations de chacun.

Bien sûr, les MT ont besoin de gagner du temps, et cela, les IDE l'ont bien compris et s'y attellent déjà. Pour les praticiens, cela passe, au-delà d'une aide technique et matérielle, par leur capacité à faire émerger une problématique d'une situation ou à la synthétiser, ainsi qu'à « filtrer » ou à gérer certaines demandes des patients.

Les MT attendent aussi le ressenti des IDE et leur avis, sur lesquels ils comptent pour prendre certaines décisions ce qui peut parfois surprendre les IDE.

Mais d'un autre côté, les IDE trouvent aussi que certains MT se fient trop aux dires du patient et pas à ce qu'elles ont pu observer. Ce qui peut poser problème lorsque le patient présente par exemple, des troubles cognitifs, que le MT n'a pas vu s'installer.

Les IDE pensent que les MT attendent d'elles qu'elles reformulent les choses aux patients. Mais les MT ne semblent pas avoir conscience de cette tâche pourtant essentielle mais chronophage pour les IDE.

La présence de l'IDE est une arme à double tranchant.

D'un côté, les MT soulignent ses nombreux avantages : cette présence est rassurante et leur permet de déléguer certaines tâches, ils peuvent se libérer d'une partie de leurs préoccupations en lui confiant des patients, ou le rôle de filtre etc.

Mais d'un autre côté, ils avouent parfois trop se reposer sur les IDE, et que du coup, la prise en charge n'est pas forcément celle qu'ils auraient avec un patient à domicile. Le suivi peut être finalement moins bon de la part du médecin car il n'est plus obligé de s'organiser comme il le ferait avec une personne seule : fixer le prochain rendez-vous, laisser des consignes écrites à l'IDE libérale, suivre l'évolutions etc.

De plus, certains médecins regrettent aussi que, de par son rôle pivot, une quasi dépendance à l'IDE s'installe pour tous les actes usuels. Le confort de travailler avec une IDE peut ainsi se transformer en une dépendance.

Le protocole : un outil à double tranchant également.

Le protocole de soins infirmiers est un document rédigé par une autorité médicale ou institutionnelle, argumenté d'une bibliographie, établissant les modalités d'une conduite à tenir ou d'actes à mettre en œuvre dans certaines situations précises, elles-mêmes clairement définies dans le protocole. Il est plébiscité, que ce soit par les MT ou les IDE, car il permet de donner de l'autonomie aux IDE sans avoir à contacter le MT. Mais il respecte tout de même la volonté du MT quand c'est lui qui l'a rédigé.

La plupart des MT souhaite leur développement, puisqu'eux-mêmes les emploient déjà (par exemple l'équilibration des INR). Certains souhaitent tout de même un retour (différé) sur l'a mise en œuvre du protocole. Ils signalent aussi que certains protocoles autonomisent les IDE mais que d'autres les infantilisent. Ils sous entendent que certains protocoles rédigés par les institutions peuvent, au contraire, être « un carcan » pour les IDE (exemple : mise en place de barrières, contacter le 15 en cas de décès...)

Des niveaux différents de connaissance du patient.

Nous avons trouvé intéressant de noter que les deux professionnels de santé relèvent et apprécient chez l'autre, une connaissance différente du patient :

Du côté des IDE, on reconnaît au MT une connaissance de **longue date** du patient, qui remonte souvent bien avant son entrée en EHPAD alors qu'il vivait chez lui et avait une vie professionnelle, sociale... D'ailleurs, elles signalent que certains MT n'ont pas vu vieillir leur patient et qu'ils ne sont plus en phase avec la réalité (troubles cognitifs ou locomoteur qui se sont installés ou majorés).

Elles s'attribuent quant à elles, une connaissance plus **récente mais plus actualisée** du patient.

Alors que, du côté des MT, on reconnaît aux IDE, un suivi **continu**, qui permet une connaissance du quotidien de la personne âgée, de sa vie en communauté ainsi que son état psychologique.

Ils avouent avoir un aperçu plus **ponctuel** de la personne âgée, mais du coup avec plus de recul.

Des différences générationnelles : les IDE interrogées préfèrent les MT jeunes et les MT préfèrent les IDE expérimentées.

Ainsi, les nouvelles générations de MT seraient plus à l'écoute des IDE, moins dans un rapport hiérarchique, plus à l'aise avec l'informatique et globalement plus autonome en visite. Les plus jeunes MT avouent rechercher davantage un cadre coopératif et non hiérarchique ; les plus anciens semblent nostalgiques du modèle hospitalier qu'ils ont connu lorsqu'ils étaient internes.

Les IDE plus anciennes mettraient en œuvre plus rapidement les consignes. Elles seraient plus organisées et plus attentives, notamment au risque de perte d'informations dû aux transmissions.

Elles jouent également le rôle de modèle, positif ou négatif, pour les plus jeunes. Ainsi, un MT note que si les anciennes IDE appellent beaucoup le MT, les plus jeunes vont faire de même et inversement.

Rompre la solitude du MT.

On constate une autre différence entre les deux professionnels : les MT sont d'avantages en recherche d'un contact humain, voilà pourquoi ils sont nombreux à rechercher de la convivialité et une bonne ambiance lors de leur travail avec les IDE.

Ils les considèrent d'ailleurs comme leur « complémentaire le plus proche ». Cela vient sans doute de leur exercice plutôt solitaire, en colloque le plus souvent singulier avec le patient, alors que l'IDE travaille en équipe avec d'autres IDE ou avec des AS.

Cette habitude peut justement jouer contre lui : il lui arrive de venir en dehors des horaires de présence des IDE, sans se présenter, il lui arrive de partir en laissant simplement une ordonnance sur le bureau sans rentrer en contact avec l'IDE.

Pour les médecins, les IDE de l'EHPAD forment une réelle équipe soignante avec les AS, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes... mais ils se sentent exclus de cette équipe car ils ne sont pas toujours présents, et ne sont appelés que pour des problèmes ponctuels.

L'IDE : une représentante consciente et inconsciente des aspects médico-légaux pour les MT.

A la lecture des interviews, nous avons eu l'impression que l'IDE représentait inconsciemment ou parfois même consciemment un rappel de l'aspect médico-légal de l'exercice de la médecine pour les MT.

Elle a une culture beaucoup plus axée sur l'aspect juridique des soins, raison pour laquelle elle « rabâche » sans cesse au médecin de noter dans les dossiers, de faire des prescriptions informatisées etc.

Cet aspect peut parfois devenir vraiment dérangeant pour le médecin quand il perçoit que la demande ou l'appel sont uniquement motivés par l'aspect légal et non médical.

Ainsi, bien que ce ne soit pas directement son rôle, l'IDE est une sorte de représentante du médico-légal au médecin, par certaines de ses demandes (ex : la traçabilité) ; Bien qu'elle soit elle-même prise dans les contraintes règlementaires et administratives.

Dans le même ordre d'idée, elle est aussi le symbole des contraintes « **administratives** » pour les médecins.

Là aussi, c'est par ses tâches et ses demandes qu'elle l'incarne (formulaires pour une contention physique ou pour une prise en charge par le psychologue, bon de transport etc.)

Pour les médecins, elle devient, malgré elle, une représentante de « l'institution » EHPAD et de ses contraintes administratives.

Cette institution apporte certes des progrès, comme des moyens matériels et humains supplémentaires, mais cela s'accompagne d'une certaine forme de lourdeur et de lenteur dont les MT libéraux ont horreur.

Ils ont, pour certains, choisi ce mode d'exercice car ils voulaient justement s'affranchir du système hospitalier, pour un mode de fonctionnement plus libre et indépendant.

Ce retour forcé aux contraintes administratives peut donc être mal perçu.

Tout cela mène à un paradoxe : le MT aime rompre sa solitude et regrette de ne pas faire partie de l'équipe mais en même temps il ne veut pas des contraintes d'une structure.

Des difficultés communes à basculer dans le soin palliatif.

Les deux se reprochent l'un et l'autre d'être trop dans le curatif et pas assez dans le palliatif.

Chacun a une forme différente d'attachement au patient : le MT par sa relation de longue date avec le patient, IDE par son contact au quotidien.

Les IDE peuvent parfois avoir un excès d'affection et un manque de recul par rapport à leur travail.

Les médecins ont une culture et une formation tournées d'avantage vers le curatif.

Le transfert patient-IDE.

Les MT ont parfois la sensation que l'IDE devient « l'émissaire » du patient auprès d'eux, surtout quand le patient est très diminué. Il lui arrive de « négocier » avec le médecin comme le ferait le patient lui-même.

L'IDE a donc différents visages pour les MT : une représentante du patient, de l'institution, et du médico-légal.

Concernant le médecin coordonnateur.

Il n'a clairement pas la même importance aux yeux des deux intervenants de notre étude.

Pour les IDE, il est indispensable dans leur relation avec les MT, et celles qui n'en n'ont pas le ressentent beaucoup.

Il permet notamment de palier aux urgences quand le MT n'est pas immédiatement disponible, de poser une question médicale sans forcément déranger le MT, il règle certains blocages « administratifs », il joue le rôle de « diplomate » dans ce binôme MT-IDE.

Par contre, du point de vue des MT il n'a, à l'unanimité, quasi aucun impact sur leur travail avec les IDE. Ils estiment qu'il a une influence sur les IDE mais pas sur eux.

Au final, il apparaît surtout très utile quand la relation MT-IDE est défaillante.

En tous cas, les deux notent le respect du rôle du MT par le médecin coordonnateur.

Quand la visite est une contrainte.

On constate que les médecins qui n'apprécient pas leur exercice en EHPAD, qui le vivent comme une contrainte, sont ceux qui sont le moins organisés. Ils n'ont pas de créneau dédié. Ils font parfois cela en plus de leurs autres consultations. Du coup, ils subissent ces visites et cela peut jouer sur la qualité de la visite.

Le MT : une « charge » malgré lui.

Le MT qui était également médecin coordonnateur a confirmé et développé ce que les IDE ont relevé : les MT ne se rendent pas toujours compte des blocages qu'ils peuvent involontairement générer. Ceux-ci gênent les IDE et donc la bonne marche d'un EHPAD.

Il y a souvent des retards de la part des MT, pour des éléments qu'ils qualifient de « mineurs » (papiers, bon de transport, ordonnances...). Ils ne réalisent pas les répercussions que cela peut prendre dans un EHPAD. L'IDE cadre va même plus loin en soulignant le fait que, les retards sont multipliés par le nombre de résidents, et qu'une chose apparemment sans importance peut retarder toute la prise en charge d'un patient. Par exemple : un document manquant peut créer des problèmes administratifs : un contentieux avec les ambulanciers, la pharmacie, ou des tensions avec les familles (dans le cas des visites décalées ou annulées par exemple).

Le médecin coordonnateur avance le fait que les MT sont submergés de sollicitations, notamment en EHPAD, mais qu'ils ne comprennent pas toujours le sens de ces demandes. C'est sa fonction double de MT et de médecin coordonnateur qui lui a permis de comprendre le pourquoi de ces demandes.

Les MT doivent globalement mieux prendre en compte le « cadre EHPAD ». Ils en sont capables puisqu'ils s'adaptent déjà aux diverses conditions sociales et environnementales au domicile de leur patients.

Un problème de management.

Au cours des entretiens, certains MT nous ont parlé de dysfonctionnements dans leur collaboration avec les IDE. Mais pour eux, il s'agissait à chaque fois d'un dysfonctionnement général de l'EHPAD.

Dans ces cas-là, ils soulignaient que les problèmes n'étaient pas liés au personnel infirmier en lui-même, ni à ses compétences, mais à un problème de direction, de management des équipes et à des problèmes d'organisation.

Pour ces MT, les EHPAD dysfonctionnaient car les IDE étaient peu ou mal dirigées par la direction de l'établissement ou par la cadre infirmière, qui occupe selon eux un rôle clef.

Les autres facteurs importants pour une bonne collaboration semblent être :

- Pas seulement la densité, mais aussi la stabilité du pool médical du secteur
- De même, un turn-over trop important dans les EHPAD empêche le MT de jauger correctement le degré d'urgence lorsqu'il ne connaît pas l'IDE qui l'appelle. Ses habitudes de travail ne sont pas non plus connues, ni même les projets de soins.

Les différences EHPAD publiques/EHPAD privées.

Le coût journalier et les moyens

Bien sûr selon le coût journalier, l'EHPAD va disposer de moyens humains et techniques différents, ce qui est bien sûr noté par les IDE et les MT.

Mais dans notre étude, il y avait globalement peu de différences dans les réponses en fonction du type d'EHPAD, sauf pour un EHPAD privé (N°7), dont le coût journalier n'était pourtant

pas le plus élevé. Les conditions matérielles permettaient un réel confort de travail, qui était unanimement reconnu par les IDE comme les MT. Ces derniers semblaient prendre plus de plaisir à s'y rendre. L'organisation était également d'un niveau supérieur, selon nous, par rapport aux autres structures. De plus, les équipes continuaient de faire des audits afin de s'améliorer.

Une relation inégale

L'IDE cadre a soulevé également un autre point intéressant. En soulignant l'importance d'entretenir de bonnes relations avec les MT du secteur pour avoir une bonne collaboration. Elle a signalé que cette obligation est vitale pour le remplissage des EHPAD privées. Selon elle, le coût journalier étant souvent plus important, il fallait impérativement que les MT véhiculent une bonne image de son EHPAD. Elle regrette au passage le caractère inégal de la relation MT/EHPAD : le médecin peut donner un avis positif ou négatif sur un EHPAD à une famille mais un EHPAD ne peut pas influencer le choix du MT au patient.

Plus d'appels en privé ?

Deux MT ont aussi remarqué que les EHPAD privés ont tendance à appeler beaucoup plus souvent les MT. Et selon eux, sans réelles justifications médicales (symptômes bénins notamment voir disparition de symptômes !). Ils avancent l'hypothèse que pour les résidents et leur famille, cela fait partie de la prestation qu'ils payent. Or, pour eux, la prise en charge médicale n'est pas ou ne devrait pas être liée au prix journalier.

b) Implications pratiques et perspectives

i. Rappel des améliorations les plus demandées concernant les IDE

- Augmenter le temps accordé aux transmissions ce qui permet à l'IDE de bien connaître ses patients
- Diminuer le nombre de transmissions (passer en postes de 12H ?)
- Davantage connaître « l'histoire de vie » des patients pour mieux comprendre leurs comportements
- Plus d'IDE : en nombre par poste et en amplitude horaire
- Développer « les carnets de liaison » avec le médecin traitant (nominatif par MT)
- Mettre en place un moyen de rentrer en contact avec l'IDE (au niveau de l'accueil ou par un téléphone portable)
- Hiérarchiser les observations (hydratation, état cutané)
- Anticiper davantage
- Prendre des initiatives, être plus autonomes

ii. Rappel des améliorations les plus demandées concernant les MT

- Rapidité et disponibilité
- Développer des protocoles
- Planifier eux même les rendez-vous
- Traçabilité (observations, ordonnances informatisées)
- Respect de la frontière curatif/palliatif
- Plus de formations spécifiques
- Meilleure prise en compte du « cadre » EHPAD avec ses contraintes : moyens matériels et humains disponibles (souvent un seul IDE pour 80 patients par exemple)
- Prendre davantage en compte l'IDE et pas uniquement les propos du patient qui peuvent être erronés
- Participer aux réunions gériatriques

iii. L'avenir ?

Des idées, qui nous ont paru novatrices, ou en tout cas assez nouvelles, ont été émises durant ces entretiens. Certaines sont, sans doute, inapplicables en tant que telles, mais elles ouvrent des pistes de réflexion.

Laisser une plus grande autonomie aux IDE notamment sur la prescription de traitements symptomatiques.

En effet, en cas de symptômes bénins (rhinite, toux etc...) les IDE pourraient donner un traitement symptomatique comportant peu d'effets secondaires durant quelques jours, avant de faire appel au médecin traitant si les symptômes persistent.

Il s'agirait d'une forme « d'automédication » mais déjà très éclairée, par un professionnel de santé. Bien sûr, cela pourrait aussi être fait sous forme de protocoles pour des raisons médico-légales.

Des formations sur des thèmes communs.

Il pourrait être intéressant que les médecins et les IDE se forment parallèlement sur les mêmes sujets. Par exemple, sur des problématiques récurrentes en EHPAD qui ne sont pas suffisamment maîtrisées par les MT : les plaies chroniques, les soins palliatifs, les médicaments utiles en fins de vie etc...

Cela éviterait un sentiment de décalage, mal vécu par certaines IDE qui ont fait des formations mais qui ne peuvent les mettre en œuvre par méconnaissance du MT.

Bien sûr, il est difficile pour un MT de se former dans tous les domaines tant la médecine générale est une discipline vaste. De plus, nous pensons que cela est techniquement compliqué à mettre en œuvre pour des raisons de disponibilité de chacun.

Espacer les renouvellements ou les confier au médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur pourrait s'assurer de la surveillance du résident et de son traitement de fond. Le médecin traitant n'étant appelé que pour les problèmes aigus et les urgences.

Cette option pourrait être intéressante dans les zones sous tension, à faible démographie médicale mais pourrait être un premier pas vers le désengagement complet des MT de EHPAD avec une forme d'isolationnisme qui pourrait s'installer.

Se réunir en cas de crise

Un MT (M1) réunit l'équipe soignante autour de lui, quand une situation lui paraît devenir trop compliquée. Il rassemble l'IDE, la cadre, et parfois le patient ou sa famille. Il y a un débat autour du cas et chacun peut dire ce qu'il ressent, ce qu'il a à faire et jusqu'où il est prêt à aller. Cela permettrait de relâcher une certaine pression accumulée jusque-là. Il n'y a pas forcément de solution « miracle » de trouvée (par exemple pour calmer un état d'agitation) mais cela permettrait à l'équipe de repartir sur une nouvelle période plus apaisée.

Bien sûr, il faudrait réfléchir à un moyen de rémunérer les MT pour ce temps de coordination ; les nouvelles cotations, comme « la visite longue et complexe » pourraient y remédier.

Développer d'autres moyens de communication

Les mails, les SMS, la télé médecine....

CONCLUSION

Les MT et les IDE interrogés apprécient travailler ensemble et sont globalement satisfaits de leurs relations. Ils s'estiment mutuellement pour leurs compétences professionnelles et collaborent dans un climat plutôt détendu et respectueux. Ce sont deux acteurs complémentaires qui savent se soutenir l'un et l'autre dans les moments difficiles.

Pour autant, cette étude a permis de réaliser qu'ils ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde concernant ce qu'ils attendent l'un de l'autre.

Tout d'abord, il faut signaler que contact relationnel est souvent difficile à établir par important manque de disponibilité réciproque, mais également à cause d'un mode de travail diamétralement opposé. Le médecin traitant est habitué à un travail solitaire, avec une relation duelle « médecin-malade ». A contrario, dans un EHPAD, la relation est plurielle, et le médecin libéral vient travailler avec une équipe qu'il n'a pas choisie.

Les attentes de l'IDE envers le MT sont en premier lieu d'ordre relationnel et humain avant de concerner le diagnostic ou le traitement. Les MT eux pensent au contraire que c'est l'aspect purement technique que l'on attend d'eux. Ils sont tous les deux en phase sur le fait que l'IDE attend un avis extérieur sur l'état de santé du résident et qu'elle a besoin de consignes claires en cas de problème.

Les attentes des MT vont au-delà de la surveillance, de la prise de paramètre, de l'aide technique et matérielle. Ils demandent de part de l'IDE, une solide connaissance du patient, notamment sur les aspects de sa vie qu'ils ne connaissent pas comme : sa vie en collectivité, ses visites, son humeur ainsi que son projet de vie. Ils souhaitent que les transmissions entre IDE soient parfaites.

La question de l'accompagnement systématique en chambre a été, à notre grande surprise, plutôt secondaire. Ce que l'on constate, c'est qu'avec le niveau de dépendance qui s'accroît dans les EHPAD, notamment car l'entrée se fait à un âge de plus en plus tardif, la frontière entre lieu de vie, plutôt défendu par les IDE et le « mini-hôpital » souhaité par les MT, devient de plus en plus mince, et sujette aux interprétations de chacun.

Le médecin coordonnateur n'a clairement pas la même importance dans cette collaboration aux yeux des deux intervenants de notre étude. Pour les IDE, il est indispensable dans leur relation avec les MT, et celles qui n'en n'ont pas le ressentent beaucoup. Pour elles, il joue, entre autres, le rôle de « diplomate » dans ce binôme MT-IDE.

Par contre, du point de vue des MT il n'a, à l'unanimité, quasi aucun impact sur leur travail avec les IDE. Il apparaît surtout très utile quand la relation MT-IDE est défaillante.

Lorsque cela se produit, cela n'est pas dû à un problème de compétences ou de personnes mais à des problèmes d'organisation.

Nous pensons que le MT ne peut plus exercer de façon totalement isolée, il doit pouvoir s'appuyer sur l'organisation mise en place. De plus, même s'ils font des efforts et collaborent davantage avec les structures, ils n'ont pas encore une organisation optimisée.

Enfin, nous croyons que le MT constitue un véritable trait d'union entre la ville et l'institution. Selon nous, ce serait une erreur que de vouloir l'écartier des établissements pour personnes âgées, même sous prétexte qu'ils ne sont plus assez nombreux, ni disponibles, ni suffisamment coopératifs. Même s'il paraît plus facile d'avoir un médecin prescripteur unique en plus du médecin coordonnateur, nous pensons que cela risquerait de replier les EHPAD sur elles-mêmes, de créer une rupture totale avec les médecins de famille, avec, à la clé, un risque d'isolationnisme progressif des EHPAD.

« Chaque acteur du monde de la santé, chaque professionnel est indispensable à la mise en place de soins de qualité. Plus les équipes travailleront dans l'harmonie, plus les patients y gagneront en qualité et cohérence, mais aussi plus les professionnels trouveront de satisfaction dans leur travail »

Rosette POLETTI, infirmière en soins généraux et en psychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Personnes âgées dépendantes–Tableaux de l'Économie Française - Édition 2014 | Insee [Internet]. insee.fr. [cited 2016 Jun 18]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
2. Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | Legifrance [Internet]. legifrance.gouv.fr. [cited 2016 Jun 17]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023334544>
3. Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | Legifrance [Internet]. legifrance.gouv.fr. [cited 2016 Jun 18]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/12/30/ETSS1019865D/jo>
4. Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 20/03/2013, 345885, Inédit au recueil Lebon | Legifrance [Internet]. legifrance.gouv.fr. [cited 2016 Jun 18]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000027198405&fastReqId=642525583&fastPos=1>
5. Le renouvellement des conventions tripartites de première génération : l'opportunité de faire le point de la prise en charge dans les EHPAD Charentais maritimes. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publiques. 51st ed. Rennes; 2009 Mar;:1–64.
6. Veuillotte I. Implication des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Dijon; 2010 Oct;:102p.
7. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal Officiel n°21. 1997 Jan 25;:1280.
8. Loi n°2001-647 du 20 janvier 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Journal Officiel n°167. 2001 Jul 21;:11737.
9. Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret 99-316 du 26 avril 1999 relatif au modalité de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, modifié le 4 mai 2001. Journal Officiel n°106. 2001 May 6;:71114.
10. Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, abrogé par le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du CASF et des établissements mentionnés au 2° de l'article L.6112 du Code

- de Santé Publique. Journal Officiel n°98. 1999 Apr 27;;6248.
11. Outil d'auto-évaluation ANGELIQUE - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - version 1. 2000 Jun.
 12. Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal Officiel n°98. 1999 Apr 27;;6223.
 13. Debout C, Lo SH, Drees. L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009.(n°710):1-6.
 14. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Les soins en EHPAD en 2013 : le financement de la médicalisation & le bilan des coupes PATHOS. 2014 Jul;;1-24.
 15. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 : Secteur médico-social [Internet]. senat.fr. [cited 2016 Jul 2]. Available from: <https://www.senat.fr/rap/109-090-3/109-090-33.html>
 16. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement | Legifrance [Internet]. legifrance.gouv.fr. [cited 2016 Jul 2]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=23E3D268FED48D9AF64522F7DFCE8F62.tpdila22v_3?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id
 17. Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | Legifrance [Internet]. legifrance.gouv.fr. [cited 2016 Jul 5]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D61239ED98C65DE40D201BF33C4BDEB7.tpdila13v_3?cidTexte=JORFTEXT000031740683&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031738306
 18. Volant S, Drees. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. 2014 Feb;(n°877):1-6.
 19. Muller P. Spécificités de l'exercice en Ehpad. Soins Gérontologie. 2013 Mar;18(100):14-7.
 20. Volant S, Drees. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. 2014 Dec;(n°899):1-6.
 21. Ramos-Gorand M, Drees. Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011. 2014 Sep;(n°891):1-6.
 22. Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Qualité de vie en Ehpad (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2011 Mar;;1-74.

23. Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Qualité de vie en Ehpad (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2011 Sep;:1–64.
24. Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux). Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2012 Jan;:1–70.
25. Scandella N., Jans B., Van Oyen H. La satisfaction dans les Maisons de Repos et dans les Maisons de Repos et de Soins : Partie 1 : Evaluation par les résidents, 2001 Epidémiologie. 2003 Jun;:38p.
26. Duponchelle A. Pages de vie en maison de retraite : Témoignage et réflexion. Chronique sociale. 2011 Jan 5;:173p.
27. Crône P. L'animation des personnes âgées en institution. Masson. 2010 Feb;:128p.
28. La vie en maison de retraite ou en EHPAD [Internet]. soignantenehpad.fr. [cited 2016 Jul 2]. Available from: <https://www.soinantenehpad.fr/pages/dependance-et-aides/la-vie-en-maison-de-retraite-ou-en-ehpad.html>
29. URPS et l'observatoire régionale de la santé Pays de la Loire. La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institutions par les médecins généralistes des Pays de la Loire. 2014 Feb 26;:1–12.
30. Article D312-156 à D312-159 du Code de l'Action Sociale et des Familles [Internet]. legifrance.gouv.fr. [cited 2016 Jul 3]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006906535&dateTexte=&categorieLien=cid>
31. Circulaire DSS/MCGR no 2011-96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD. 2011 May 15;:244–50.
32. Bourzeau M. Infirmière en Ehpad : une expertise en gérontologie. Soins Gérontologie. 2015 Mar;20(n°112):31–4.
33. Dauriac M-C. Soins en Ehpad, un enjeu pour tous. Soins Gérontologie. 2013 Sep;18(n°103):p17.
34. Association Professionnelle des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (APIASS), editor. Sur le libre choix des professionnels libéraux dans les EHPAD. IASS La Revue. 2004 Dec;(n°45):63–4.
35. Médecins en EHPAD : Le début de la fin de l'exercice médical libéral ? [Internet]. [cited 2016 Jul 3]. Available from: <http://www.houdart.org>
36. URPS et l'observatoire régionale de la santé Pays de la Loire. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région des Pays de la Loire. 2014 Dec 5;:1–33.

37. Comparateur de territoire Département des Vosges (88) | Insee [Internet]. insee.fr. [cited 2016 Jul 6]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-88>
38. ARS Lorraine. STATISS 2014 : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social en Lorraine. 2015 Jan;:10–45.
39. Conseil Général des Vosges. Les Vosges en chiffres. 2015 Feb;:28–9.
40. Maison de retraite Vosges 88 | Essentiel Autonomie [Internet]. essentiel-autonomie.humanis.com. [cited 2016 Jul 9]. Available from: <https://essentiel-autonomie.humanis.com/trouver-maison-retraite-ehpad/maison-retraite-vosges-88>
41. Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan, 1992, 125p.
42. Paillé P., Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin, 2003, Collection U, 211p.
43. De Ketele, J.-M. et X. Roegiers, Méthodologie du recueil d'informations – Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Bruxelles : De Boeck, 1998, Méthodes en sciences humaines, 226p.
44. Kaufmann J.-C. L'entretien compréhensif. Paris : Nathan, 1996, 128p.
45. Alami S., Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Paris : Presses universitaires de France, 2009 : 76.
46. Luez J-M. Quelle place pour le médecin traitant dans l'E.H.P.A.D. ? Lille; 2010 Aug 31;:34p.
47. Jabaud J-C. Relations entre le médecin coordonnateur et les médecins généralistes. Paris V; 2010 Dec 15;:23p.
48. Baroiller Ciesielski DTQ V. Guide d'accueil du médecin traitant intervenant en EHPAD : mise en place et évaluation. Paris V; 2013 Oct 19;:73p.
49. Amalbert M, Garcia A-F. Organisation des consultations de médecine générale en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : point de vue du médecin généraliste, point de vue du patient. Aix-Marseille; 2015;:121p.

ANNEXES

Annexe 1 : Extrait de la fiche de poste de l'IDE :

L'infirmière en EHPAD doit être capable de :

- Prendre en charge un grand nombre de résidents
- Détecter l'urgence et d'y faire face en prenant les initiatives qui s'imposent.
- Assurer l'encadrement d'une importante équipe d'aides-soignant(e)s
- Encadrer les stagiaires (IDE, AS, BEP)

Activités principales :

- Recueil des données cliniques, des besoins et des attentes de la personne et de son entourage
- Établissement du projet de soins et de la planification des activités infirmières pour le patient
- Réalisation, contrôle des soins infirmiers et accompagnement de la personne et de son entourage
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des patients
- Assistance technique lors de soins réalisés par le médecin
- Information et éducation de la personne et de son entourage
- Rédaction et mise à jour du dossier du patient
- Accueil et encadrement pédagogique des stagiaires et des personnels placés sous sa responsabilité
- Coordination et organisation des activités et des soins concernant un patient ou un groupe de patients pendant l'hospitalisation et lors de sa sortie
- Réalisation d'études et de travaux de recherche et veille professionnelle
- Gestion et contrôle des produits, des matériels et des dispositifs médicaux
- Mise en œuvre des procédures d'élimination des déchets

Source : <http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-en-EHPAD-fiche-de-poste.html>

Annexe 2 : contrat type

Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

NOR: ETSS1033014A
Version consolidée au 28 avril 2016

CONTRAT TYPE PORTANT SUR LES CONDITIONS D'INTERVENTION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Entre :

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes XXXXX (ci-après désigné par le terme EHPAD), représenté par son directeur M. ou Mme XXXXX,

D'une part,

Et :

Dr. XXXXX, médecin libéral intervenant au même titre dans l'EHPAD déclaré comme médecin traitant d'un ou plusieurs résidents (ci-après désigné par le terme médecin traitant),

D'autre part.

Considérant que :

- l'article L. 1110-8 du code de la santé publique et l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale garantissent la liberté du choix du praticien au malade ;
- l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles rappelle que l'exercice des droits et libertés individuelles est garanti à toute personne prise en charge au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, une charte des droits et libertés de la personne accueillie est délivrée au résident ou à son représentant ;
- l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit que :
 - des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant et intervenant à titre libéral sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
 - ces conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral visent notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation ;
 - un contrat sur ces conditions est conclu entre le professionnel et l'EHPAD ;
- l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles donne obligation aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de comporter un médecin coordonnateur dont le statut et les missions sont définis aux articles D. 312-156 et suivants du même code.

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur médecin traitant qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'EHPAD, conclut avec celui-ci le présent contrat.

Dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat.

Article 1er

Objet du contrat

L'accueil d'un résident dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sa bonne prise en charge par une équipe soignante impliquent un contexte différent de soins de celui existant au domicile et rendent nécessaire l'organisation d'une coopération entre l'établissement et le médecin traitant libéral désigné par le résident ou son représentant légal.

Dans l'intérêt du résident, le présent contrat a donc pour but de lui assurer une prise en charge et des soins de qualité à travers, notamment, une bonne coopération entre le médecin traitant, l'EHPAD et le médecin coordonnateur de l'établissement. Par ailleurs, l'EHPAD est tenu de veiller au respect de la réglementation, d'assurer les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques médicales notamment par l'intermédiaire du médecin coordonnateur et de garantir le bon fonctionnement au quotidien de l'équipe soignante de l'établissement.

Le présent contrat vise donc à décrire les conditions particulières d'intervention des médecins exerçant à titre libéral au sein de l'EHPAD afin d'assurer notamment la transmission d'informations, la coordination, la formation en vue d'une qualité des soins, qui pourra être renforcée dans le cadre du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Les conditions particulières d'exercice décrites ci-dessous garantissent ainsi, d'une part, au résident le respect de la charte des droits et libertés et les engagements du contrat de séjour et, d'autre part, au médecin, la liberté d'exercice dans le respect des règles déontologiques (1) en coopération avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD afin qu'il puisse s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins de l'EHPAD.

(1) Code de déontologie médicale : code de la santé publique, articles R. 4127-1 à R. 4127-112.

Article 2

Modalités d'intervention et de transmission d'information relatives à l'intervention du médecin libéral dans l'EHPAD

2.1. L'EHPAD s'engage à présenter au médecin traitant :

- le projet d'établissement et, en lien avec le médecin coordonnateur, le projet de soins et les protocoles de soins qui s'y rapportent ;
- le rôle et les missions du médecin coordonnateur ;
- le rôle et les missions du pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ou, pour les EHPAD sans PUI, des pharmaciens d'officine dispensatrices et du pharmacien d'officine référent mentionné à l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, ainsi que le circuit du médicament retenu par l'EHPAD ;
- le fonctionnement de l'EHPAD, le règlement de fonctionnement prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, les objectifs qualité de la convention tripartite et le régime de dotation dont relève l'établissement ;
- toutes notes ou directives adressées par les autorités sanitaires et publiques intéressant le médecin traitant.

2.2. L'EHPAD s'engage à faciliter l'accès et l'intervention du médecin traitant en :

- assurant la conservation des dossiers médicaux et de soins des résidents et leur accessibilité, y compris en cas d'urgence, dans des conditions propres à assurer leur confidentialité par des modalités pratiques dont il donne la description et qui sont annexées au présent contrat ;
- mettant à disposition du médecin traitant les informations nécessaires au suivi médical du résident par une transmission ou un contact avec le médecin coordonnateur ou un membre de l'équipe soignante ;
- respectant l'intimité des personnes et garantissant les bonnes conditions du déroulement du colloque singulier avec les résidents ;
- l'informant au préalable de la liste des produits de santé ayant fait l'objet d'une convention d'achat avec un fabricant/fournisseur d'une marque donnée (dispositifs médicaux ou produits diététiques) tenue à sa disposition ;
- lui transmettant la liste des médicaments dans chaque classe pharmaco-thérapeutique à utiliser préférentiellement.

2.3. Le médecin traitant s'engage à :

- adhérer aux objectifs du projet de soins de l'EHPAD ;
- respecter la charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement de l'EHPAD prévu à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles et éviter pour ses visites, sauf urgence, les horaires de repas ;
- assurer la continuité des soins conformément à l'article R. 4127-47 du code de la santé publique, hors permanence des soins ;
- participer dans la mesure du possible à la vie médicale de l'établissement (participation à l'élaboration ou révision de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien d'officine référent pour les EHPAD sans PUI) ;

- prendre en compte dans ses prescriptions les spécificités de fonctionnement de l'EHPAD évoquées au 2.1. ;
- signaler sa présence lors de son arrivée dans l'établissement afin de faciliter au personnel soignant la transmission des informations.

Article 3

Modalités de coordination des soins

entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur

Cet article étant relatif à la coordination des soins et au suivi médical des patients, il traite des relations entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur, salarié de l'EHPAD.

3.1. Conformément à ses missions, le médecin coordonnateur est chargé de :

- mettre en place le dossier médical et de soins type du résident. Le dossier est accessible au médecin traitant 24 h/24 au sein de l'EHPAD et dans des conditions propres à assurer sa confidentialité telles que décrites au 2.2 et figurant en annexe au présent contrat. Il doit contenir toutes les informations sur l'état de santé du résident et, notamment, sur les actes médicaux qui ont été pratiqués, soit par les médecins spécialistes, soit en cas d'urgence en l'absence du médecin traitant ;
- présenter le projet de soins de l'EHPAD au médecin traitant en lien avec la direction, l'équipe soignante et les autres professionnels de santé intervenant ;
- informer le médecin traitant des protocoles de soins et des procédures de prise en charge au sein de l'EHPAD, notamment les diverses recommandations de bonnes pratiques gériatriques ;
- réunir dans le cadre de la commission de coordination gériatrique les professionnels de santé libéraux exerçant dans l'EHPAD afin de les consulter sur le projet de soins, et, notamment les protocoles de soins gériatriques ;
- dresser la liste des médicaments à utiliser préférentiellement par classe pharmaco-thérapeutique en collaborant avec les médecins traitants et le pharmacien gérant la PUI ou le pharmacien référent ; si le médecin prescrit néanmoins un produit autre que celui retenu dans l'EHPAD, s'agissant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de produits diététiques, le médecin coordonnateur, le pharmacien ou l'infirmière de l'EHPAD le contacte pour lui proposer de le remplacer par un produit équivalent de la liste susmentionnée, s'il existe.

3.2. Afin d'assurer la coordination des soins autour du patient et de garantir la qualité de la prise en charge au sein de l'EHPAD, le médecin traitant s'engage à collaborer avec le médecin coordonnateur et le pharmacien chargé de la gérance de la PUI ou le pharmacien référent qui concourent à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.

Tout particulièrement, le médecin traitant s'engage à :

- constituer, après consentement éclairé du patient ou de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, à partir des informations et documents pertinents dont il dispose, le dossier médical du patient à son arrivée dans l'EHPAD facilitant la continuité des soins ;
- renseigner le volet médical du dossier médical et de soins du résident à chaque visite, en respectant, le cas échéant, les modèles-type de dossiers médicaux et de soins mis en place par le médecin coordonnateur. Le dossier médical et de soins du résident est conservé dans l'EHPAD ;
- échanger autant que de besoin sur le projet individuel de soins du résident avec le médecin coordonnateur ;
- mettre en œuvre les bonnes pratiques, dont la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques. Par ailleurs, il est consulté lors de l'élaboration des protocoles ;
- prescrire préférentiellement au sein de la liste des médicaments par classe pharmaco-thérapeutique ;
- participer à une réunion par an organisée par le médecin coordonnateur telle que prévue à l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles relative à l'organisation des soins dans l'EHPAD et pouvant s'appuyer sur les revues de morbi-mortalité. Sa participation est indemnisée par l'EHPAD sur le fondement des articles R. 313-30-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Article 4

Modalités de formation

4.1. L'EHPAD s'engage à :

- informer le médecin traitant des formations internes d'ordre médical dispensées aux salariés de l'établissement et auxquelles ce dernier peut assister ;
- assurer au médecin traitant, si le dossier est informatisé et si nécessaire, une information à l'utilisation du logiciel médical.

4.2. Le médecin traitant s'engage à prendre en compte dans sa pratique médicale les référentiels de bonnes pratiques gériatriques mises à disposition par le médecin coordonnateur.

Article 5

Droit de rétractation

(Annulé)

Article 6

Résiliation du contrat et règlement des litiges

En cas de désaccord soulevé par l'interprétation du présent contrat ou par son exécution, les deux parties conviennent de soumettre leur différend à deux conciliateurs afin de trouver une solution à l'amiable. L'un des conciliateurs devra être un membre du conseil départemental de l'Ordre des médecins, l'autre est choisi par le directeur de l'EHPAD. Le médecin traitant et le directeur de l'EHPAD peuvent se faire assister par la personne de leur choix.

Article 7

Communication du contrat

Ce contrat en application de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique, sera communiqué, dans le mois qui suit sa signature, par le praticien, au conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel il est inscrit.

Fait à , le .

(en X exemplaires originaux)

Signataires :

Directeur EHPAD

Médecin traitant

Source : Articles D312-156 à D312-159 du Code de l'action sociale et des familles

Annexe 3 : grille d'entretien IDE

	THEMES	QUESTIONS	RELANCES
1	<u>Vous connaître</u>	- Âge/sexe/lieu d'exercice - nombre de patients en EHPAD/nombre d'EHPAD/distance au cabinet ? - nombre de visites par semaine et durée en moyenne d'une visite ?	
2	<u>La visite</u>	- Pouvez-vous me dire comment se déroulent vos visites en EHPAD ?	- horaire ? prévenue ? présence signalée ? transmission ? dossier ? l'IDE doit être là ?
3	<u>Votre ressenti</u>	- Quel est votre état d'esprit lorsque vous vous rendez en EHPAD ?	(Contrainte ? plaisir ? ...)
4	<u>Votre collaboration</u>	- Comment trouvez-vous votre relation avec l'IDE ? - Ce que vous appréciez ? - Ce que vous n'appréciez pas ?	- conflits ? - hiérarchie ?
5	<u>Le médecin coordonnateur</u>	- Quelle est l'influence du médecin coordonnateur dans cette relation ?	
6	<u>Les attentes</u>	- Selon vous, qu'attend l'IDE du MT ? - Quelles sont vos attentes éventuelles par rapport à l'IDE ?	- sont-elles remplies ? si non, pourquoi selon vous ?
7	<u>Au final</u>	- Quel bilan faites-vous de ces visites ? - Comment pourrait-on selon vous améliorer ces consultations ?	- de la part de l'IDE ? - de la part du MT ?

Annexe 4 : grille d'entretien MT

	THEMES	QUESTIONS	RELANCES
1	<u>Vous connaître</u>	- âge/sex/ancienneté en EHPAD/autres EHPAD/autres expériences ? - effectif patients/IDE/MT/présence du médecin coordonnateur ? - Fréquence et durée moyenne des visites par les MT chaque jour ?	
2	<u>La visite du MT</u>	- Pouvez-vous me décrire comment se déroulent les visites des Médecins traitants dans votre EHPAD ?	L'IDE doit être là ?
3	<u>Votre ressenti</u>	- Quel est votre état d'esprit (Contrainte ? plaisir ?)	Contrainte ? plaisir ?
4	<u>Votre relation</u>	- Comment trouvez-vous votre relation avec les MT ? - Ce que vous appréciez ? - Ce que vous n'appréciez pas ?	- conflits ? - hiérarchie ?
5	<u>Le médecin coordonnateur</u>	- Quelle est l'influence du médecin coordonnateur dans cette relation ?	
6	<u>Les attentes</u>	- Selon vous, qu'attend le MT de l'IDE ? - Quels sont vos attentes de la part du MT ?	- sont-elles remplies ? si non, pourquoi selon vous ?
7	<u>Améliorations</u>	- Quel bilan faites-vous de ces consultations ? - Comment pourrait-on selon vous améliorer ces consultations	- de la part de l'IDE ? - de la part du MT ?

VU

NANCY, le **27 janvier 2017**

Le Président de Thèse

NANCY, le **30 janvier 2017**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Bruno CHENUÉL

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9449

NANCY, le **10 février 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Avec le vieillissement de la population, l'organisation des EHPAD est au centre des préoccupations. Le degré de dépendance au moment de l'entrée en institution augmentant, le rôle des infirmières et l'implication des médecins traitants dans les EHPAD sont essentiels. Ces derniers ont vu leur place, ainsi que celle des autres intervenants libéraux, redéfinie par la réglementation. Cette intervention pose un certain nombre de problèmes d'ordre relationnel et organisationnel. Or, pour réaliser correctement leurs missions, médecins traitants et infirmières d'EHPAD doivent collaborer.

L'objectif de notre travail était de connaître leur perception de la visite, de leur collaboration, et leurs attentes réciproques afin de les comparer.

Pour cela, nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins et de 17 infirmières issues de 9 EHPAD différents dans les Vosges.

Les résultats montrent que ce sont deux professionnels complémentaires, qui apprécient travailler ensemble et qui s'estiment pour leurs compétences respectives. Néanmoins, on constate qu'ils ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde concernant leurs attentes, notamment parce que le contact relationnel est difficile à établir par manque de disponibilité réciproque, mais également du fait d'un mode de travail diamétralement opposé : en équipe pour les infirmières, en solitaire pour les médecins. Les attentes des IDE sont d'abord d'ordre relationnel alors que les médecins sont plutôt focalisés sur l'aspect purement technique de la prise en charge. Les attentes principales des médecins reposent, non pas sur un accompagnement systématique en chambre, mais plutôt sur une connaissance parfaite du patient, surtout sur les aspects du quotidien. Ils attendent donc de bonnes transmissions entre infirmières. Enfin, plusieurs pistes d'améliorations ont été également soulevées.

TITRE EN ANGLAIS:

The nursing home visit: mutual understanding and expectations from the treating physician and the nurse. A qualitative study in the Vosges.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2017

MOTS CLEFS : Médecin traitant – Infirmière - Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes - Enquête qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
