

EXCLU  
DU PRÊT

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SUJOC.	151 178 291
COTE	M NANT 005M
LOC.	EXCLU
NOR.	605 366

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

THESE

2011.05

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**D.E.S DE MEDECINE GENERALE**

par

Mathilde BIGOT-TEMGOUA  
née le 14 mai 1982 à Chartres

**MENTION TRÈS HONORABLE**

Présentée et soutenue publiquement le 10 février 2011

ACTIVITES DES MEDECINS COORDONNATEURS ET RELATIONS AVEC LES MEDECINS  
GENERALISTES : ENTRETIENS AVEC 12 MEDECINS COORDONNATEURS DE LOIRE-ATLANTIQUE

Président : Monsieur le Professeur BERRUT

Directeur de Thèse : Madame le Docteur YVAIN

## SOMMAIRE

Abréviations.....	p 1
Introduction .....	p 2
Généralités .....	p 4
A- Données démographiques.....	p 5
B- Hébergement des personnes âgées.....	p 5
C- La convention tripartite.....	p 6
D- Le médecin coordonnateur.....	p 7
E- Evaluation de l'état de dépendance des résidents.....	p 9
F- Qui sont les médecins coordonnateurs.....	p 10
G- Quelle est la clientèle des Ehpad.....	p 10
Matériel et méthode .....	p 12
A- La recherche bibliographique.....	p 13
B- La grille d'entretien.....	p 13
C- L'entretien.....	p 15
D- Prise de rendez-vous.....	p 15
E- Choix des médecins coordonnateurs.....	p 15
F- Algorithme sur la résolution des conflits.....	p 16
G- Analyse des entretiens.....	p 16
Résultats .....	p 17
A- Les entretiens.....	p 18
B- Les médecins coordonnateurs.....	p 18
C- Parcours professionnels.....	p 18
D- Formation.....	p 18
E- Description des structures.....	p 19
F- Missions des médecins coordonnateurs en pratique.....	p 19
G- Relation médecin coordonnateur-médecins généralistes.....	p 23
H- Etude des conflits rencontrés.....	p 25
Discussion .....	p 26
A- Les points positifs et négatifs de mon travail.....	p 27
B- Le profil des médecins coordonnateurs.....	p 27
C- Les missions du médecin coordonnateur.....	p 28
D- La relation médecin coordonnateur-médecins généralistes.....	p 29
E- Les conflits rencontrés par les médecins coordonnateurs.....	p 30
Conclusion .....	p 32
Annexes .....	p 34
Références bibliographiques .....	p 120

## ABREVIATIONS

- Aggir: Grille d'autonomie gérontologique et groupes iso-ressources.
- Apa: Allocation personnalisée à l'autonomie.
- Desc: Diplôme d'études spécialisées complémentaires.
- Ehpad: Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Etp: Equivalent temps plein.
- Gir: Groupe iso-ressources.
- Gmp: Groupe iso-ressource moyen pondéré.
- Had: Hospitalisation à domicile.
- Pmp: Pathos moyen pondéré.

# INTRODUCTION

On peut définir le médecin coordonnateur d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) comme un praticien exerçant dans une structure non hospitalière, publique ou privée, prenant en charge les personnes âgées. Créée depuis 1999, cette spécialité encore peu connue du public et même au sein du monde médical, présente aujourd'hui un intérêt certain.

En effet, en France, on assiste à une accélération du vieillissement de la population. La part des plus de 60 ans est passée de 19% en 1990 à près de 23% en 2010 (1). Les projections pour 2030 et 2050 sont respectivement de 29% et près de 32% (2). La part des plus de 75 ans a progressé de 2% en l'espace de 20 ans (1) puis, selon les estimations, devrait progresser de 3% tous les 20 ans jusqu'en 2050 (2). En 2009, l'espérance de vie à la naissance est de 77,8 ans pour les hommes et de 84,5 ans pour les femmes (3). L'espérance de vie à 60 ans en 2009 est de 22,2 ans pour les hommes et de 27,0 ans pour les femmes (4).

Ces données épidémiologiques montrent la place importante que tiennent les Ehpad dans notre système sanitaire. Il ressort également de ce constat l'intérêt d'augmenter le nombre de ces structures et surtout d'améliorer leur système de fonctionnement. Le médecin coordonnateur est l'un des piliers. Sa mission a été décrite dans l'arrêté du 26 avril 1999; il exerce son activité de façon conjointe avec les médecins généralistes. Quelle est en pratique la situation actuelle de l'activité des médecins coordonnateurs, la nature de leurs relations avec leurs confrères généralistes; cette situation est-elle pérenne?

Pour tenter de répondre à cette question, 12 médecins coordonnateurs de Loire-Atlantique ont accepté de nous faire part de leur expérience au quotidien. Nous avons ainsi réalisé une étude intitulée:

***" Activités des médecins coordonnateurs et relations avec les médecins généralistes : entretiens avec 12 médecins coordonnateurs de Loire-Atlantique."***

Les objectifs de ce travail sont:

- décrire la place du médecin coordonnateur dans la structure
- décrire leur rapport d'activité en fonction des missions qui leur sont attribués dans les textes
- décrire les rapports confraternels.

Ce travail sera présenté selon le plan suivant:

Introduction

Chapitre I: Généralités

Chapitre II: Matériel et Méthode

Chapitre III: Résultats

Chapitre IV: Discussion

Conclusion et Recommandations.

# GENERALITES

## A- Données démographiques

La France est en train de vivre une accélération du vieillissement de sa population. La part des plus de 60 ans est passée de 19% en 1990 à près de 23% en 2010 (1). Les projections pour 2030 et 2050 sont respectivement de 29% et près de 32% (2). La part des plus de 75 ans a progressé de 2% en l'espace de 20 ans (1) puis, selon les estimations, devrait progresser de 3% tous les 20 ans jusqu'en 2050 (2).

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter grâce aux progrès de la médecine, aux progrès de production, conservation, distribution des produits agricoles, à l'amélioration des conditions de travail et à l'amélioration de l'hygiène. En 2009, l'espérance de vie à la naissance est de 77,8 ans pour les hommes et de 84,5 ans pour les femmes (3). Les femmes ont toujours eu une espérance de vie plus haute que celle des hommes mais l'écart tend à se réduire, il était de 8,3 ans en 1990 et il est actuellement de 6,7 ans (3). L'espérance de vie à 60 ans en 2009 est de 22,2 ans pour les hommes et de 27,0 ans pour les femmes (4).

Ainsi, il se pose la question de la qualité de ces années de vie supplémentaires. En gériatrie, on parle davantage d'espérance de vie "en bonne santé" ou sans incapacité qui correspond au nombre d'années sans limitation d'activité dans les gestes de la vie quotidienne et sans incapacité majeure qu'une personne peut s'attendre à vivre à la naissance (5). En France, l'espérance de vie "en bonne santé" à la naissance est estimée à 63,1 ans pour les hommes et à 64,2 ans pour les femmes en 2007 contre respectivement 60,1 ans et 63,2 ans en 2000 (6). Cette notion répond à un enjeu de bien-être. Ces durées sont comparables à celles de nos pays voisins mais un peu inférieures à celles observées dans les pays nordiques (6).

L'âge de début de la dépendance est de plus en plus tardif et le nombre de personnes âgées dépendantes ne fait que croître. Les études prévoient une augmentation de 26% du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2000 et 2030 (7). L'augmentation serait plus rapide à partir de 2030 où la génération du baby-boom aura 80-85 ans, âge où la dépendance est forte.

## B- Hébergement des personnes âgées

La gériatrie est une discipline qui a pris naissance au cœur des hospices. Les premiers hospices naissent à Paris à partir de 1801 et accueillent les vieux pauvres puis les infirmes, les incurables et autres chroniques (8). Ainsi, les hospices deviennent le terrain d'une exploration des maladies de la vieillesse. Peu à peu les hospices s'humanisent et deviennent, dans les années 1970, des structures de soins ou d'hébergement à part entière. En 1987, il est rédigé la première charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (annexe 1).

Les personnes âgées peuvent faire le choix de vivre en Ehpad. Il s'agit de structures médico-sociales chargées de prendre en charge des personnes âgées dépendantes dans une démarche de qualité basée sur la signature de la convention tripartite.

Les deux tiers des personnes âgées dépendantes vivent à domicile (7). Outre le degré de dépendance de la personne, son environnement familial est un déterminant important au maintien à domicile. Pour un niveau de dépendance modéré, le temps d'aide informelle, c'est-à-dire aide du conjoint et dans une moindre mesure aide des enfants, représente 2 à 3 fois celui de l'aide professionnelle (9). A incapacité comparable, les aides dont bénéficient les personnes âgées dépendantes sont très inégales: si 55% reçoivent plus de 3 heures d'aide par jour, 20% en reçoivent moins d'1 heure (9). L'aide professionnelle est représentée par l'union nationale des associations de soins et services à domicile. Elle regroupe des associations, des mutuelles, des centres communaux d'action sociale et gère les aides à domicile, les soins infirmiers à domicile, les techniciens d'intervention social et familial, les auxiliaires de vie.

La région des Pays de la Loire est la région la mieux lotie en équipements pour sa population âgée dépendante. Le taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans ou plus en Pays de la Loire est de 156,0 (10). Le taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans ou plus en France métropolitaine est de 118,0.

### C- La convention tripartite

C'est dans la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 (11) qu'on entend pour la première fois parler de la convention tripartite qui, par sa signature donne naissance à l'Ehpad. Cette convention a pour but de définir les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes âgées, de préciser les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation. Elle est conclue pour 5 ans entre le président du conseil général, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et l'établissement. L'établissement s'engage à respecter le cahier des charges.

C'est dans le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 (12) relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qu'on parle de 3 forfaits (hébergement, soins, dépendance) et non plus de 2 forfaits (hébergement et soins).

- Le tarif 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 accueillie ou sa famille.

- Le tarif dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et qui ne sont pas liés aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ce tarif est à la charge du conseil général du département pour une partie et du résident ou sa famille pour l'autre partie.

- Le tarif soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections 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. Ce tarif est à la charge de l'assurance maladie. De plus en plus, les établissements passent au "forfait global" c'est-à-dire que les médicaments, les visites des médecins libéraux, les actes des kinésithérapeutes sont intégrés dans ce forfait soins.

Les tarifs dépendance et soins sont modulés en fonction de l'état de dépendance du résident et des soins fournis au résident. L'évaluation est réalisée par l'équipe médico-sociale de l'établissement et sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

L'arrêté du 26 avril 1999 (13) fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle et précise les modalités, le statut et les missions du médecin coordonnateur. La convention tripartite s'inscrit dans une démarche d'assurance qualité des conditions de vie, d'accompagnement et de soins des personnes accueillies en établissement. La démarche d'assurance qualité repose sur une transparence du fonctionnement de l'établissement dans le projet institutionnel, le règlement intérieur et le contrat de séjour.

#### D- Le médecin coordonnateur

Le métier de médecin coordonnateur est récent. Ses modalités, son statut et ses missions ont été redéfinis dans l'arrêté du 26 avril 1999 (13). La présence d'un médecin coordonnateur au sein des Ehpad répond à un double objectif de santé publique: garantir une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et veiller à une maîtrise adaptée des dépenses de santé.

Les missions du médecin coordonnateur sont au nombre de 12:

- 1- Elaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet de soins s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonner et évaluer sa mise en œuvre.
- 2- Donner son avis sur les admissions en veillant à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de prise en charge de l'établissement.
- 3- Coordonner les professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. Il doit les réunir une fois par an. Il informe le responsable d'établissement des difficultés rencontrées dans le dispositif de la permanence des soins.
- 4- Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents.
- 5- Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques.
- 6- Exercer une mission de vigie et d'alerte.

- 7- Contribuer, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation des prescriptions, aux impératifs gériatriques. Il élabore une liste des médicaments à utiliser préférentiellement en collaboration avec les médecins traitants des résidents et le cas échéant avec le pharmacien.
- 8- Mettre en œuvre une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.
- 9- Elaborer un dossier type de soins.
- 10- Etablir un rapport annuel d'activité médicale.
- 11- Donner un avis sur le contenu et participer à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins.
- 12- Collaborer à la mise en œuvre des réseaux gérontologiques coordonnés.

La fonction de médecin coordonnateur est un véritable nouveau métier auquel notre formation initiale universitaire ne nous prépare pas. Des compétences nouvelles sont requises à la fois sur le plan de la médecine gériatrique, de la gérontologie sociale, du management d'équipe et de la coordination d'intervenants pluridisciplinaires à proprement parler. Le médecin coordonnateur a 3 ans, à compter de sa prise de poste, pour satisfaire à l'obligation de formation (13). Il a 4 possibilités: le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie, la capacité de gérontologie, le diplôme universitaire de médecin coordonnateur d'Ehpad et la formation médicale continue agréée délivrant une attestation de formation. Cependant, aucune ne remplace l'échange de pratiques et d'expériences dans les rencontres locales associatives ou nationales lors des congrès (14).

La rémunération du médecin coordonnateur est fonction de la forme juridique de l'établissement et du temps de présence dans l'établissement (15). La rémunération est un frein au recrutement car cette fonction est peu rémunérée au regard des responsabilités et du temps demandé.

Le temps de présence du médecin coordonnateur est fonction de la taille de l'établissement (16). Il doit être de 0,20 équivalent temps plein (Etp) pour un établissement de 25 à 44 places, 0,30 Etp pour un établissement de 45 à 59 places, 0,40 Etp pour un établissement de 60 à 99 places et 0,50 Etp pour un établissement de 100 places et plus. Il s'agit d'un sujet qui fait beaucoup parler. Une étude a montré qu'un médecin coordonnateur a besoin de près de 88 heures par mois pour un établissement de 88 lits et de 632 de groupe iso-ressource moyen pondéré (Gmp) pour réaliser toutes les missions qui lui sont attribuées dans les textes (17). Le temps nécessaire à la fonction de médecin coordonnateur croît de façon linéaire avec le nombre de lits (17).

Globalement le temps de travail est divisé en 3 temps:

- $\frac{1}{4}$  comme conseiller du directeur, interlocuteur de l'équipe soignante, des familles, des résidents, des médecins traitants, des administrations.
- $\frac{1}{2}$  comme évaluateur et prescripteur de prise en charge.
- $\frac{1}{4}$  comme animateur des soignants.

## E- Evaluation de l'état de dépendance des résidents

Une des missions du médecin coordonnateur est d'évaluer et valider l'état de dépendance des résidents de l'établissement. Pour cela, le médecin coordonnateur a 2 outils à sa disposition: la grille d'autonomie gérontologique et groupes iso-ressources (Aggir) qui va déterminer le Gmp et la coupe Pathos qui va déterminer le pathos moyen pondéré (Pmp). C'est en fonction de ce Gmp et de ce Pmp que sera fixé le montant de l'enveloppe budgétaire annuelle.

Depuis le décret du 21 août 2008 (18) les médecins coordonnateurs sont confrontés à une nouvelle version de la grille Aggir. L'évaluation pluridisciplinaire des 17 variables n'est plus menée "de la tête aux pieds" mais du "matin au soir". Pour chaque variable et sous-variable, il faut cocher le ou les adjectifs qui ne sont pas faits par la personne seule: spontanément, totalement, habituellement, correctement. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'on met la notation finale pour chaque variable: A si aucun adjectif n'est coché, C si tous les adjectifs sont cochés, B autres (annexe II). Ensuite, le groupe iso-ressource (Gir) est calculé à partir de 10 variables via un logiciel. Les Gir sont au nombre de 6 allant du Gir I (dépendance totale) au Gir 6 (autonomie totale) (annexe III). Chaque Gir correspond à un certain nombre de points. Le Gir permet de déterminer l'éligibilité à l'aide personnalisée à l'autonomie (Apa) des résidents, constitue l'une des composantes du plan d'aide personnalisé, détermine le Gmp et avec le Pathos permet de fixer l'enveloppe budgétaire annuelle (19). La grille Aggir se limite aux activités domestiques et sociales (accompagnement et aide), corporelles et mentales (soins de nursing) et exclut les pathologies qui relèvent de l'évaluation Pathos (soins médico-techniques).

Les coupes Pathos cherchent à évaluer les soins requis par l'état de santé d'une personne c'est-à-dire les soins utiles et les soins faisables (si on en avait les moyens!) (20). L'évaluation Pathos se base sur 8 postes impliqués dans la prise en charge médicale d'une personne âgée: médecin, psychiatrie, psychologue, rééducateurs, infirmiers, imagerie, biologie, pharmacie. Le médecin coordonnateur doit coder les soins que la personne reçoit et les soins qu'elle devrait recevoir compte tenu de ses pathologies et des recommandations thérapeutiques mais qu'elle ne peut recevoir aujourd'hui faute de moyens. Les coupes Pathos sont réalisées par le médecin coordonnateur de l'établissement et validées par le médecin conseil de l'assurance maladie. Il appartient au médecin coordonnateur de fournir lors de la validation une fiche technique par résident avec pour chaque pathologie l'argumentaire des preuves des soins requis proposés.

Ainsi, le Gmp correspond à la somme des Gir convertis en points de tous les résidents de l'établissement divisée par le nombre de résidents. C'est un indicateur sur la charge en soins de base c'est-à-dire la dépendance des résidents d'un établissement. Le Gmp n'intervient pratiquement pas dans le temps de travail du médecin coordonnateur (17). Le Pmp correspond à la somme des points Pathos de tous les résidents de l'établissement divisée par le nombre de résidents. C'est un indicateur sur la charge en soins liée aux pathologies des résidents de l'établissement. L'assurance maladie prend en charge le forfait soins et le montant de cette

dotations est directement lié au Gmp et Pmp de l'établissement: indice forfaitaire x (Gmp + (Pmp x 2,59)) x nombre de résidents (19).

La prestation spécifique dépendance est remplacée en 2002 par l'allocation personnalisée à l'autonomie (Apa). L'Apa est un droit universel qui concerne les personnes âgées de 60 ans et plus, appartenant aux Gir 1 à 4, en situation de perte d'autonomie nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne et résidant en France de façon stable et régulière à domicile ou en établissement. Le revenu n'intervient pas dans les conditions d'attribution de l'Apa. Elle sert à financer les dépenses liées à la perte d'autonomie. Elle est gérée par les départements. Au premier trimestre 2010, 1 138 500 personnes âgées dépendantes ont bénéficié de l'Apa, soit une hausse de 0,2% par rapport à décembre 2009 et une augmentation de 2,5% en un an (21). 61% des bénéficiaires de l'Apa vivent à domicile.

#### F- Qui sont les médecins coordonnateurs

Tout établissement qui a signé la convention tripartite a 6 mois pour embaucher un médecin coordonnateur s'il n'en a pas lors de la signature. Une enquête de 2002 a montré que sur les Ehpad qui n'avaient pas de médecin coordonnateur, 92% l'expliquaient par un problème financier et 8% avaient le budget mais aucun médecin coordonnateur ne s'était présenté (22).

Les besoins en médecin coordonnateur d'Ehpad peuvent être estimés à 2500 Etp pour 7000 établissements (23). On manque de médecins coordonnateurs et ce manque peut être expliqué par plusieurs choses: de grandes responsabilités non valorisées par la rémunération, un nouveau métier en cours de structuration, un besoin de compétences différentes de la branche universitaire.

Globalement, 75% des médecins coordonnateurs sont des médecins généralistes exerçant en libéral, 10% des médecins coordonnateurs sont des praticiens hospitaliers, 10% des médecins coordonnateurs le sont à temps plein et 5% des médecins coordonnateurs ont une autre activité (22). Il est souvent préconisé que le médecin garde une activité libérale ou que le médecin ait exercé une activité libérale pendant une durée suffisante avant de se consacrer à la coordination. La professionnalisation exclusive de la fonction a tendance à présenter un risque de surmédicalisation de la prise en charge et des difficultés relationnelles avec les médecins traitants libéraux intervenant (14).

#### G- Quelle est la clientèle des Ehpad

La région des Pays de la Loire est la région la mieux lotie en équipements pour sa population âgée avec un taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus de 156,0 (10). Le département de Loire Atlantique compte, en janvier 2008, 191 établissements d'hébergement dont 100 conventionnés (24).

La convention tripartite a pour but d'uniformiser la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées. Mais l'Ehpad est avant tout un lieu de vie avant d'être un lieu de soins même s'il l'est également du fait de sa médicalisation.

La clientèle des Ehpad est composée de femmes à 75%, de 75 ans et plus à 84% et correspond à une personne sans son conjoint 9 fois sur 10 (25). L'étude de 2003 apporte beaucoup d'informations sur la composition de la clientèle des Ehpad. Parmi les personnes de moins de 65 ans il y a 73 femmes pour 100 hommes et parmi les personnes de plus de 90 ans il y a 554 femmes pour 100 hommes. L'âge moyen des résidents est de 83 ans et 2 mois avec un âge moyen de 79 ans pour les hommes et 84 ans et 8 mois pour les femmes. La durée moyenne de séjour dans un établissement est d'environ 3 ans. On note que 84% des résidents restent dans leur département d'origine. L'âge moyen d'entrée en institution est de 79 ans et 2 mois. Les résidents arrivent pour 62% de leur domicile, pour 13% d'un soin de suite et de rééducation, pour 10% d'un autre Ehpad et pour 4% d'un établissement psychiatrique. Hors foyer-logement où les résidents sont plus autonomes, 8 résidents sur 10 appartiennent aux Gir 1 à 4. On remarque que 23% des résidents ont une mesure de protection juridique sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle.

## MATERIEL ET METHODE

## A- La recherche bibliographique

La première partie de mon travail a été de faire une recherche bibliographique. Elle a été réalisée en partie à partir de Google en utilisant les mots clés: Ehpad, médecin coordonnateur, personnes âgées, gériatrie. Elle a aussi porté sur la revue du médecin coordonnateur et des travaux de thèse antérieurs.

## B- La grille d'entretien

La deuxième partie de mon travail a été de réaliser une grille d'entretien (Annexe V) à partir de toutes les informations que je souhaitais collecter auprès des médecins coordonnateurs. Elle compte 12 questions abordées dans l'ordre suivant:

1- "Pouvez-vous vous présenter et me donner votre parcours professionnel ?"

Age,  
Sexe,  
Carrière,

2- "Pouvez-vous me parler de votre formation pour accéder au poste de médecin coordonnateur ?"

Formation,

3- "Pouvez-vous me décrire la(les) structure(s) dans laquelle (lesquelles) vous exercez votre fonction de médecin coordonnateur ?"

La date de signature de la convention tripartite,  
La date d'entrée en fonction du 1<sup>er</sup> médecin coordonnateur,  
Votre propre date d'entrée en fonction,  
Le statut privé ou public de la structure,  
Le nombre de résidents,  
L'âge moyen des résidents,  
Le Gir moyen pondéré de la structure,  
Le Pathos moyen pondéré de la structure,  
Le nombre de médecins généralistes intervenant dans la structure,  
Le temps alloué à la fonction de médecin coordonnateur par semaine,  
Le type de dossier médical papier ou informatique (nom du logiciel),  
La composition de l'équipe soignante,

4- "Pouvez-vous me décrire votre place, en tant que médecin coordonnateur, au sein de la structure ?"

L'aspect matériel: la mise à disposition d'un bureau,  
la mise à disposition d'un ordinateur,  
la mise à disposition d'un téléphone,

L'aspect humain:

- l'existence d'une synthèse formalisée avec l'équipe soignante, et sous quelle forme
- l'existence d'une réunion formalisée avec le directeur, et sous quelle forme
- Vos relations avec les résidents, et sous quelle forme

- Vos relations avec les familles, et sous quelle forme
- Vos relations avec le réseau gérontologique,

5- "Pouvez-vous me décrire votre rapport d'activité en fonction des missions qui vous sont attribuées dans les textes ?"

1. Elaboration et suivi du projet de soins,
2. Avis sur les admissions,
3. Coordination des professionnels de santé,
4. Prévention des risques,
5. Evaluation de l'état de dépendance des résidents,
6. Application des bonnes pratiques gériatriques,
7. Elaboration d'une liste de médicaments,
8. Politique de formation des professionnels de santé,  
Programme de l'année 2010,  
Type de support utilisé,
9. Elaboration du dossier de soins type,
10. Rapport annuel d'activité médicale,
11. Avis sur les conventions,
12. Mise en œuvre de réseaux gérontologiques,

6- "Pouvez-vous me décrire la relation que vous entretenez avec vos confrères généralistes ?"

- Le(les) moyen(s) de communication utilisé(s),
- L'existence de rencontres formalisées,  
Fréquence,  
Pourcentage des médecins généralistes présents,  
Cotation de 1 à 5 (5 étant la cotation maximale positive) de l'intérêt de la réunion pour le travail de médecin coordonnateur (résolution des problèmes à l'ordre du jour, clarté des débats)
- La tenue du dossier médical,
- L'élaboration de protocoles en collaboration avec les médecins généralistes,
- La constitution d'une liste de médicaments avec les médecins généralistes,
- Le ressenti par rapport à la relation médecin coordonnateur / médecin généraliste,
- Le ressenti par rapport au fait d'être non prescripteur,

7- "Rencontrez-vous des conflits dans l'exercice de votre fonction?"

- Acteurs en présence,
- Objet du conflit,
- Mode de résolution,

8- "Avez-vous eu une formation sur la résolution des conflits? Sur le management?"

9- "Quelles étaient vos attentes avant de vous investir dans cette fonction?"

10- "Votre activité correspond-elle à l'idée que vous vous en faisiez ou à la façon dont on vous l'a présentée?"

11- "Que vous apporte (ou ne vous apporte pas) votre "casquette" de médecin généraliste/ de praticien hospitalier/ de médecin traitant dans votre activité de médecin coordonnateur?"

12- "Comment verriez-vous l'évolution de la fonction de médecin coordonnateur?"

La grille d'entretien sous les yeux me servait de support pour mener l'entretien: poser les questions dans le même ordre, utiliser les mêmes termes, vérifier les thèmes abordés. Le médecin coordonnateur n'avait pas la possibilité de la lire avant l'entretien et ce de façon à avoir un discours non préparé donc vrai. Cette fiche était assez aérée, sous forme de listing, de façon à pouvoir inscrire quelques réponses au fur et à mesure de l'entretien.

### C- L'entretien

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens semi-directifs enregistrés sur dictaphone. Dans un premier temps je posais la question à laquelle j'attendais une réponse libre. Dans un deuxième temps je faisais préciser certains points afin que tous les thèmes que je visais soient abordés par le médecin coordonnateur. L'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone: Sony IC Recorder ICD-B600. C'était du déclaratif cherchant à faire l'état des lieux de la profession et à faire ressortir le vécu des médecins coordonnateurs.

### D- Prise de rendez-vous

A partir des pages jaunes de l'annuaire téléphonique, j'ai contacté plusieurs Ehpad au hasard. A chaque fois, j'énonçais le sujet de ma thèse et leur demandais s'il y avait un médecin coordonnateur en poste dans l'établissement. Si effectivement il y avait un médecin coordonnateur en poste dans l'établissement, je demandais le nom et le moment le plus propice pour le joindre. La plupart du temps, quand le médecin coordonnateur était aussi médecin généraliste, la secrétaire proposait que j'appelle plutôt au cabinet libéral pour que j'aie plus de facilité à le joindre. Ainsi, lors du deuxième appel téléphonique j'arrivais à avoir le médecin coordonnateur et à fixer un rendez-vous. Le rendez-vous était fixé soit au cabinet de médecine libérale soit à la résidence. Etant véhiculée, le lieu de l'entretien m'importait peu. Les entretiens se sont déroulés de juillet à septembre 2010. Tous les médecins coordonnateurs que j'ai contactés ont répondu favorablement à cette sollicitation d'entretien.

### E- Choix des médecins coordonnateurs

J'ai sélectionné 12 médecins coordonnateurs. Afin d'être au plus proche de la population des médecins coordonnateurs à l'échelon national, j'ai sélectionné 2 médecins coordonnateurs qui étaient aussi praticiens hospitaliers, 2 qui étaient à temps plein, 1 qui avait une autre activité que la médecine générale et 7 qui étaient aussi médecins généralistes.

## F- Algorithme sur la résolution des conflits

A partir de ce que j'ai pu lire sur la résolution des conflits en entreprise, j'ai réalisé un algorithme (annexe IV). J'ai envoyé par courrier cet algorithme aux différents médecins coordonnateurs en leur demandant d'en faire un commentaire libre. J'avais joint à ce courrier une enveloppe pré-timbrée, pré-remplie avec mes coordonnées afin de les inciter à répondre.

## G- Analyse des entretiens

J'ai ensuite procédé à la transcription intégrale des entretiens sur WORD tout en veillant à la confidentialité des propos recueillis. Enfin j'ai fait une analyse thématique du contenu des entretiens en reprenant les grandes lignes de la grille d'entretien. J'ai repris les entretiens un par un et au vu des déclarations des médecins coordonnateurs par rapport à ce qui leur est demandé dans les textes, j'ai défini des groupes pour chacun des thèmes.

## RESULTATS

## A- Les entretiens

La durée totale des enregistrements est de 9 heures 52 minutes et 26 secondes. Ainsi, la durée moyenne d'un entretien est de 49 minutes et 22 secondes.

Sur les 12 entretiens, 6 se sont déroulés au sein de la résidence, 3 au cabinet de médecine générale, 1 dans le bureau situé hors de la résidence et 2 dans le bureau hospitalier.

## B- Les médecins coordonnateurs

Tous les médecins coordonnateurs contactés ont accepté de participer à ce travail soit un échantillon de 12 médecins. Tous les médecins coordonnateurs exerçaient leur fonction dans un ou plusieurs Ehpad de Loire-Atlantique. On compte 8 hommes et 4 femmes. Leur âge allait de 33 à 70 ans. L'âge moyen est de 51,1 ans.

Afin d'avoir un échantillon assez représentatif des médecins coordonnateurs à l'échelon national, j'ai interrogé 7 médecins coordonnateurs à la fois médecin généraliste en libéral, 2 médecins coordonnateurs à la fois praticien hospitalier, 2 médecins coordonnateurs à temps plein et 1 médecin coordonnateur ayant une activité autre que la médecine générale libérale.

## C- Parcours professionnel

Les médecins coordonnateurs interrogés ont des parcours professionnels très différents les uns des autres. Sur l'ensemble des médecins interrogés, 9 ont exercé la médecine générale libérale pendant 23,7 ans en moyenne. Les 3 médecins qui n'ont jamais exercé la médecine générale libérale ont exercé la gériatrie au sein de structures hospitalières ou médico-sociales.

Certains médecins ont eu une expérience dans des domaines variés: pédiatrie libérale et hospitalière, protection maternelle et infantile, soins de suite et de réadaptation, médecine du travail, laboratoire pharmaceutique, SOS médecin.

Les médecins coordonnateurs interrogés exercent leur fonction depuis quelques mois pour certains et plusieurs années pour d'autres. Ils sont en poste depuis en moyenne 4 ans et 7 mois, allant de 6 mois à 20 ans.

## D- Formation

Chaque médecin coordonnateur a validé son obligation de formation. Sur 12 médecins coordonnateurs, 9 ont la capacité de gériatrie, 2 ont validé la formation médicale continue de médecin coordonnateur et 1 a le Desc de gériatrie.

Certains médecins ont obtenu d'autres diplômes: diplôme universitaire de médecine préventive de l'enfant, diplôme universitaire d'oncogériatrie, diplôme universitaire de médecine tropicale, certificat d'étude spécialisé de médecine du sport, capacité d'allergologie et immunologie, certificat d'étude spécialisé d'expertise médicale et réparation du droit corporel.

#### E- Description des structures

On note que 8 des 12 médecins coordonnateurs interrogés exercent leur fonction dans plusieurs établissements à la fois. Ainsi, l'étude porte sur 29 Ehpad. Sur ces 29 Ehpad, 20 sont en zone urbaine et 9 sont en zone rurale; 10 ont un statut public et 19 ont un statut privé.

Le nombre moyen de résidents par établissement est de 83,8 allant de 55 à 128 résidents selon l'établissement. L'âge moyen des résidents est de 85,2 ans.

Sur les 29 Ehpad étudiés, on obtient une moyenne de 22 médecins traitants par établissement. Un établissement en zone rurale a une moyenne de près de 11 médecins traitants alors qu'un établissement en zone urbaine a une moyenne de près de 28 médecins traitants.

Les dates de première signature de la convention tripartite s'étalent de 2000 à 2009. Le Gmp de l'ensemble des établissements est de 605,68. Les Gmp varient entre 478 et 840. Sur les 29 établissements étudiés, 8 ne sont pas encore Pathosifiés. Le Pmp de l'ensemble des établissements ayant validé une coupe Pathos est de 143,24. Les Pmp varient entre 120 et 200.

Sur les 12 médecins coordonnateurs interrogés, 8 étaient le premier médecin coordonnateur de l'établissement. Les 4 autres étaient le deuxième, le troisième ou le nième médecin coordonnateur de l'établissement.

On note qu'il y a uniquement 2 médecins coordonnateurs avec un temps d'exercice en adéquation avec les recommandations par rapport au nombre de places dans l'établissement. Les autres médecins coordonnateurs ont un temps d'exercice réduit presque de moitié par rapport au temps qu'ils devraient avoir selon les recommandations.

Chaque établissement a sa propre organisation. La présence d'une infirmière coordinatrice au sein de la structure n'est pas encore systématique: 14 établissements sur 29 ont une infirmière coordinatrice. Le dossier médical peut être sur différents supports. Il est double c'est-à-dire papier et informatique pour 19 établissements, uniquement informatique pour 7 établissements et uniquement papier pour 3 établissements.

#### F- Missions des médecins coordonnateurs en pratique

Pour chacune des 12 missions, j'ai repris les entretiens un par un et j'ai comparé les déclarations des médecins coordonnateurs avec ce qui leur est demandé dans les textes, afin de définir des groupes.

### 1- Elaboration et suivi du projet de soins:

J'ai considéré comme *Bien fait* les réponses où le projet de soins et le projet de vie étaient réalisés par le trinôme (médecin coordonnateur + infirmière coordinatrice + directeur) avec une réévaluation annuelle.

J'ai considéré comme *Assez bien fait* les réponses où le projet de soins et le projet de vie n'étaient réalisés que par un binôme (soit médecin coordonnateur-infirmière coordinatrice, soit médecin coordonnateur-directeur) avec une réévaluation tous les 2 ans.

J'ai considéré comme *Mal fait* les réponses où le projet de soins et parfois le projet de vie étaient réalisés par le trinôme sans réévaluation.

Résultats: *Bien fait:* 6; *Assez bien fait:* 1; *Mal fait:* 4; *Pas de réponse:* 1

### 2- Avis sur les admissions:

J'ai considéré que le médecin coordonnateur donnait son avis au directeur de façon *Très fréquente* si il le donnait pour 100% des admissions, *Fréquente* si il le donnait pour 70-99% des admissions, *Ponctuelle* si il le donnait pour 40-69% des admissions, *Très ponctuelle* si il le donnait pour 10-39% des admissions, *Rare* si il le donnait pour moins de 10% des admissions.

Résultats: *Très fréquente:* 8; *Fréquente:* 1; *Ponctuelle:* 1; *Très ponctuelle:* 1;  
*Rare:* 1

### 3- Coordination des professionnels de santé:

J'ai considéré que la coordination des professionnels de santé était *Bonne* lorsqu'il existait des rencontres formalisées entre le médecin coordonnateur et les différents professionnels de santé (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues).

J'ai considéré que la coordination des professionnels de santé n'était *Pas bonne* lorsque ces rencontres existaient mais de façon informelle et pas avec tous les professionnels de santé.

Résultats: *Bonne:* 5; *Pas bonne:* 4; *Pas de rencontre:* 3

#### 4- Prévention des risques:

Si l'établissement avait réalisé un protocole "plan bleu", un protocole "plan canicule", des protocoles sur les épidémies, des protocoles sur le suivi des médicaments et des protocoles sur les événements indésirables; avec une réévaluation régulière de ses protocoles alors j'estimais que la prévention des risques était *bonne*. Si l'établissement n'avait pas l'ensemble de ces protocoles ou ne faisait pas une réévaluation régulière de ses protocoles alors j'estimais que la prévention des risques n'était *Pas bonne*.

Résultats: *Bonne: 7; Pas bonne: 5*

#### 5- Evaluation de l'état de dépendance:

J'ai considéré que l'évaluation de l'état de dépendance des résidents était *Bien faite* lorsque l'évaluation du Gir était faite mensuellement par le binôme médecin coordonnateur-équipe soignante.

J'ai considéré que l'évaluation de l'état de dépendance des résidents était *Mal faite* lorsque l'évaluation du Gir était faite mensuellement soit par le médecin coordonnateur seul soit par l'équipe soignante seule.

Résultats: *Bien faite: 6; Mal faite: 5; Pas de réponse: 1*

#### 6- Application des bonnes pratiques gériatriques:

Si le médecin coordonnateur arrivait à faire passer des messages sur la continence, la contention physique, le nursing auprès des médecins généralistes et l'équipe soignante alors j'ai dit que l'application des bonnes pratiques gériatriques était *Bien faite*. Si le médecin coordonnateur arrivait à faire passer des messages qu'auprès de l'équipe soignante alors j'ai dit que l'application des bonnes pratiques gériatriques était *Assez bien faite*.

Résultats: *Bien faite: 3; Assez bien faite: 8; Pas de réponse: 1*

#### 7- Elaboration de la liste des médicaments:

Si la liste des médicaments était faite par le médecin coordonnateur en collaboration avec les médecins généralistes alors j'ai dit que c'était *Bien fait*.

Si celle-ci n'était faite que par le médecin coordonnateur alors j'ai dit que c'était *Assez bien fait*.

Résultats: *Bien fait:* 2; *Assez bien fait:* 2; *Absence de liste:* 8

#### 8- Politique de formation des professionnels de santé:

La totalité des médecins coordonnateurs interrogés assurent une politique de formation des professionnels de santé.

#### 9- Dossier de soins type:

Sur les 12 médecins coordonnateurs interrogés, 9 ont un dossier de soins type informatisé, 2 ont un dossier de soins type papier et 1 médecin coordonnateur n'a pas donné de réponse à cette question.

#### 10- Rapport annuel d'activité médicale:

Je l'ai considéré comme *Bien fait* lorsque le rapport annuel d'activité médicale était fait par le médecin coordonnateur seul, tous les ans et de façon détaillée.

Je l'ai considéré comme *Assez bien fait* lorsque le rapport annuel d'activité médicale était fait par le médecin coordonnateur avec la collaboration de l'équipe soignante, de façon succincte.

Résultats: *Bien fait:* 7; *Assez bien fait:* 4;  
*Absence de rapport annuel d'activité médicale:* 1

## 11- Avis sur les conventions:

Sur les 12 médecins coordonnateurs interrogés, 7 confirmaient l'existence de conventions avec au moins trois structures parmi le service d'urgences, de psychiatrie, de soins intensifs, de gériatrie, Respel, Had, SOS médecin, pharmacie. Pour 3 médecins coordonnateurs il n'existait pas, à leur connaissance, de conventions formalisées avec des structures hospitalières. Pour 2 médecins coordonnateurs je n'ai pas eu de réponse à cette question.

## 12- Mise en œuvre des réseaux gérontologiques:

Sur les 12 médecins coordonnateurs interrogés, 5 confirment l'existence de réseaux gérontologiques avec au moins une structure parmi l'hôpital de jour de gériatrie, le service de gériatrie. Pour 1 médecin coordonnateur il n'existait pas, à sa connaissance, de réseaux gérontologiques. Pour 6 médecins coordonnateurs je n'ai pas eu de réponse à cette question.

## G- Relation médecin coordonnateur-médecins généralistes

### 1- Moyens de communication:

On constate que 11 médecins coordonnateurs sur les 12 médecins coordonnateurs interrogés utilisent le téléphone ou la rencontre directe pour communiquer avec les médecins généralistes. Ils sont 7 à utiliser le courrier papier pour communiquer avec leurs confrères généralistes surtout lorsqu'il s'agit d'une information commune à tous les médecins traitants des résidents. Ils sont 3 à utiliser le mail ou le dossier pour communiquer avec les médecins généralistes et 1 utilise le fax.

### 2- Rencontre formalisée:

Sur les 12 médecins coordonnateurs interrogés, 3 font une rencontre annuelle formalisée avec les médecins traitants des résidents, 2 en font une tous les 2 ans et 7 n'en font pas du tout.

### 3- Tenue du dossier médical:

J'ai considéré que la tenue du dossier médical était *Bien faite* lorsque les antécédents étaient mis à jour, lorsque le dossier médical comportait les courriers de spécialistes et que le

médecin traitant mettait un mot dans le dossier médical à chacun de ses passages.

J'ai considéré que la tenue du dossier médical était *Assez bien faite* lorsque le médecin traitant laissait dans le dossier médical de son patient les informations sur les antécédents et le suivi du résident mais ne mettait pas de mot dans le dossier médical à chacun de ses passages.

J'ai considéré que la tenue du dossier médical était *Mauvaise* lorsque le médecin coordonnateur se plaignait de n'avoir aucune information sur le résident de la part du médecin traitant.

Résultats: *Bien faite:* 1; *Assez bien faite:* 9; *Mauvaise:* 2

#### 4- Elaboration des protocoles:

J'ai considéré comme *Bien* lorsque les protocoles de l'établissement sont faits par le médecin coordonnateur avec la collaboration des médecins généralistes.

J'ai considéré comme *Assez bien* lorsque les protocoles de l'établissement sont élaborés uniquement par le médecin coordonnateur.

Résultats: *Bien:* 2; *Assez bien:* 10

#### 5- Ressenti de la relation:

J'ai considéré que la relation entre médecin coordonnateur et médecins généralistes était *Bonne* lorsque le médecin coordonnateur décrivait un contact favorable avec 100% des généralistes; *Assez bonne* lorsque le contact était favorable avec plus de 70% des généralistes et *Mauvaise* lorsque le contact était favorable avec moins de 20% des généralistes.

J'ai considéré que la relation entre médecin coordonnateur et médecins généralistes était *Inexistante* lorsque le médecin coordonnateur ne décrivait aucun contact favorable avec les généralistes.

Résultats: *Bonne:* 6; *Assez bonne:* 5; *Mauvaise:* 0; *Inexistante:* 1

#### 6- Ressenti du médecin coordonnateur vis à vis de la non autorisation de prescription:

Sur les 12 médecins coordonnateurs interrogés, 9 disaient bien vivre le fait d'être non prescripteur et 3 disaient mal vivre le fait d'être non prescripteur.

## H- Etude des conflits rencontrés

J'ai complété mon travail par l'étude des conflits rencontrés par le médecin coordonnateur dans l'exercice de ses fonctions. Je n'ai reçu que 11 réponses.

### 1- Origines des conflits:

Sur les 11 médecins coordonnateurs ayant répondu, 5 disaient que les conflits venaient préférentiellement des relations avec les familles, 3 des relations avec le directeur, 1 des relations avec les tutelles. On constate que 2 disaient n'avoir aucun conflit. A noter qu'aucun médecin coordonnateur ne décrivait de conflit avec les généralistes.

### 2- Pédagogie de gestion des conflits:

Sur les 11 médecins coordonnateurs ayant répondu, 9 disaient ne jamais avoir eu de formation sur le management d'une équipe, 2 disaient avoir eu une formation sur le management d'une équipe, 7 disaient ne jamais avoir eu de formation sur la résolution des conflits et 4 disaient avoir eu une formation sur la résolution des conflits.

### 3- Attitude face aux conflits:

L'attitude de *Compromis* se définit par: chercher un terrain d'entente avec une satisfaction partielle des deux parties.

L'attitude de *Collaborateur* se définit par: travailler avec les interlocuteurs pour trouver une solution satisfaisante, en faisant appel à ses aptitudes verbales.

L'attitude *Compétitive* se définit par: le besoin de maîtriser la situation, d'avoir la main haute, de défendre ses idées avec vigueur et par tous les moyens.

L'attitude *Fuyante* se définit par: un comportement passif, résigné, personne patiente.

L'attitude *Conciliante* se définit par: essayer de tenir compte des préoccupations des autres aux dépens des siennes, s'efforcer de comprendre et d'écouter l'autre.

Les médecins coordonnateurs estimaient adopter une attitude de *Compromis*, *Conciliante* ou de *Collaborateur* avec les familles des résidents et une attitude de *Collaborateur* avec la direction, l'équipe soignante, les tutelles et les médecins généralistes.

## DISCUSSION

## A- Les points positifs et négatifs de mon travail

L'entretien a comme intérêt de moins orienter les réponses par rapport au questionnaire. L'entretien semi-directif à questions ouvertes permet d'évaluer au mieux le ressenti, permet un contact direct et personnel avec la personne interrogée, permet un accès direct à l'expérience et au vécu de celle-ci. Avec cette méthode les médecins coordonnateurs ont pu s'exprimer librement avec un minimum de guidage.

Les biais que l'on peut relever sont la sincérité des réponses, la subjectivité du chercheur, le nombre de médecins coordonnateurs interrogés. Lors du premier entretien, j'ai été confronté à une difficulté: je n'ai pas su cocher au fur et à mesure les thèmes abordés par le médecin coordonnateur et donc je n'ai pas abordé certains thèmes avec ce premier médecin coordonnateur ce qui explique les résultats "*Pas de réponse*".

## B- Le profil des médecins coordonnateurs

Le ratio d'une femme pour deux hommes pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ont davantage de réticences à se lancer dans un métier encore peu connu et surtout où il est demandé de manager une équipe pluridisciplinaire.

Nous avons pu constater que les médecins coordonnateurs n'avaient pas tous le même profil professionnel, pour autant, trois quart d'entre eux ont exercé ou exercent encore en médecine générale libérale: " C'est complémentaire." "Ayant été généraliste pendant 28 ans, c'est vrai que je ne vais pas leur demander des choses qui soient impossibles."

Parmi les 12 médecins interrogés, on constate que deux médecins ont cette activité à plein temps, les autres exercent une autre activité. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que c'est une activité pas assez bien rémunérée, les responsabilités sont lourdes, le côté administratif occupe une place importante du quotidien par rapport à l'aspect clinique: "Si on compare tout simplement ce qu'on peut gagner sans problème dans un cabinet médical par rapport au salaire de maison de retraite, la maison de retraite on abandonne tout de suite." "Je pense que coordonner à 100% ça peut se faire mais c'est un autre métier." Il est préconisé que soit le médecin coordonnateur garde une activité libérale soit qu'il l'ait exercé pendant une durée suffisante avant de se consacrer à la seule coordination (26). La professionnalisation exclusive de la fonction est de nature à présenter un risque de surmédicalisation de la prise en charge voire des difficultés relationnelles avec les médecins généralistes libéraux intervenants.

Tous les médecins interrogés ont validé leur obligation de formation, les trois quart ont une capacité de gériatrie. "Le fait d'avoir fait la capacité ne va pas toujours donner plus de poids et faire changer leur avis." "Le fait d'avoir une capacité de gériatrie pour certains ne change rien." C'est plus le fait d'être hospitalier qui va avoir de l'influence: "Je suis crédible auprès des médecins généralistes." "Ils demandent des conseils assez facilement."

## C- Les missions du médecin coordonnateur

Les entretiens se sont déroulés dans de très bonnes conditions avec une durée d'entretien convenable. Ceci a permis aux médecins de se présenter et surtout d'attirer l'attention des confrères médecins sur ce qu'est en réalité la fonction de médecin coordonnateur.

Les médecins coordonnateurs interrogés sont unanimes pour dire qu'ils manquent de temps pour mener à bien les 12 missions. "Je ne fais pas du tout toutes les fonctions du médecin coordonnateur parce que je n'ai pas le temps." "Je suis hyper frustrée, j'ai envie de faire plein de choses mais je n'ai pas le temps." Ces résultats sont superposables à ceux de plusieurs études. Une étude (27) a révélé qu'un médecin coordonnateur dans un Ehpad de 88 lits de Gmp a besoin de 88 heures par mois pour mener à bien les 12 missions. On s'aperçoit qu'on est bien en dessous de ce quota horaire. Les médecins coordonnateurs savent néanmoins se rendre disponible au moindre souci pour l'équipe soignante: "En fait je ne compte pas." "Il y a une disponibilité à avoir qui ne me dérange pas en fait."

On note qu'un peu plus de la moitié des médecins coordonnateurs élaborent et suivent le projet de soins. Résultat non satisfaisant quand on sait que le projet de soins s'intègre dans le projet de l'établissement. On pourrait expliquer cette faible fréquence par un temps de présence dans l'établissement trop court et de fait un faible degré d'implication du médecin coordonnateur.

L'avis sur les admissions prend du temps et en prend davantage en zone urbaine pour plusieurs raisons: les médecins coordonnateurs en zone urbaine reçoivent un nombre plus important de demandes de pré-admission qu'ils doivent étudier afin de sélectionner, le dossier est souvent rempli de façon succincte avec souvent un Gir faux ce qui oblige le médecin coordonnateur à téléphoner au médecin traitant. En zone rurale "... les gens parlent vrai. Quand j'ai un dossier médical qui m'arrive je sais exactement qui il y a en face." Deux tiers donnent un avis très fréquent sur les admissions. Le seul cas d'avis très ponctuel est le fait d'un défaut ou d'une mauvaise communication entre la direction et le médecin coordonnateur.

La prévention des risques ainsi que l'évaluation de l'état de dépendance des résidents sont bien faites. Ceci peut être expliqué par le fait que le médecin coordonnateur décide seul de la ligne de conduite, sans solliciter au préalable les médecins généralistes. On constate tout de même que dans cinq cas sur douze le travail d'évaluation de l'état de dépendance est laissé aux infirmières coordinatrices sous prétexte qu'étant dans l'établissement de façon plus prolongée elles connaissent mieux les résidents. La prévention des risques passe principalement par la mise en place de protocoles; ce travail n'a jamais été présenté comme un problème car ces protocoles balisent la marche à suivre par le personnel devant un évènement et surtout sont mis à la disposition des médecins généralistes sans leur être imposés. Les protocoles "c'est un bien pour tout le monde."

L'application des bonnes pratiques gériatriques est assez bien faite dans deux tiers des cas et bien faite dans un quart des cas. Ces résultats s'expliquent par: la difficulté d'un travail d'équipe avec les médecins généralistes ("... ils ne cherchent pas à profiter de la fonction." "Pour certains je ne sais même pas si ils savent que j'existe."), le manque de dynamisme et de réactivité de certaines équipes soignantes et toujours ce manque de temps du médecin

coordonnateur. Les médecins coordonnateurs essaient de faire appliquer les bonnes pratiques de la gériatrie mais ... "Si on avait vraiment des exigences gériatriques, je pense qu'on

clacherait." Cette mission occuperait 35% du temps du médecin coordonnateur (27) soit la mission qui serait la plus chronophage.

La rencontre annuelle avec les médecins généralistes est difficile à instaurer. On constate que moins de la moitié des médecins coordonnateurs organise ces réunions de coordination des soins. Ce faible chiffre est lié à: un manque de temps des médecins généralistes "Vous allez pas leur demander de passer une heure comme ça, ils n'ont pas le temps.", un conflit d'intérêt "C'est difficile de faire venir un médecin à une réunion pour laquelle il n'est pas rémunéré, [...] alors qu'il n'a qu'un patient dans la maison." "Les médecins viennent quand il s'agit de leur portefeuille.", une faible motivation des médecins généralistes à s'investir dans le fonctionnement de l'Ehpad.

Les médecins coordonnateurs pensent que c'est s'attirer des ennuis que de créer une liste de médicaments alors que l'établissement n'est pas encore au forfait global. Progressivement les établissements passent au forfait global ce qui pourrait expliquer cette absence de liste 8 fois sur 12.

Dans le souci d'améliorer le fonctionnement des établissements et d'optimiser les compétences des équipes soignantes, tous les médecins coordonnateurs sont unanimes pour dire que l'informatisation des établissements est indispensable et que le personnel a besoin d'une formation continue.

Le rapport médical annuel d'activité est bien fait pour 7 médecins sur 12. Il est souvent fait de façon succincte sous forme de catalogue, il n'est quasiment jamais lu.

#### D- La relation médecin coordonnateur-médecins généralistes

Le téléphone et la communication directe physique apparaissent comme les moyens de communication les plus utilisés par les médecins coordonnateurs dans leurs rapports quotidiens. Ces moyens de communication ont l'avantage d'être plus personnels, plus conviviaux, plus rapides et plus fiables que le courrier ou le mail. Plusieurs médecins coordonnateurs avouent qu'"il faut jouer avec les susceptibilités" des médecins généralistes et donc "trouver les mots et la personne qui va pouvoir faire passer le message."

Les rencontres formalisées sont trop rares pour pouvoir avoir un impact sur le fonctionnement de l'établissement. On remarque qu'il est plus facile d'organiser et d'avoir un pourcentage élevé de médecins traitants dans les établissements de zone rurale. Ce constat pose une fois de plus le problème de l'inadaptabilité d'un nombre élevé de médecins généralistes dans la gérance d'un Ehpad. On pourrait parler d'un manque de motivation pour l'intérêt général en l'absence de toute disposition statutaire régissant les droits et devoirs de chacun.

La tenue du dossier médical est vraiment médecin dépendant, beaucoup ne sont pas régulièrement mis à jour. Ceci peut être expliqué par: la non uniformisation du logiciel de soins, l'appétence du médecin à l'informatique, le fait d'être soi-même médecin coordonnateur

dans une autre structure, le souhait de garder le dossier médical du résident. On constate en effet que chaque fois qu'une activité requiert la collaboration du médecin traitant et du médecin coordonnateur il y a plus de dysfonctionnement que lorsque le médecin coordonnateur travaille seul ou avec l'équipe soignante.

Les médecins coordonnateurs trouvent que leur relation avec les médecins généralistes est bonne: "Dans l'ensemble je dirais que les relations sont bonnes." "La vraie relation qu'on a c'est une relation de bonne confraternité." Un seul médecin coordonnateur trouve la relation médecin coordonnateur-médecins généralistes "inexistante". Ce résultat est superposable avec celui de l'enquête de la fondation Médéric Alzheimer et de la Ffamco-Ehpad (28) qui conclut que 68% des médecins coordonnateurs jugent bonnes, leurs relations avec les médecins traitants. Dans l'ensemble, les médecins coordonnateurs aimeraient bien que "... ce soit mieux défini par le gouvernement et le ministère", "... ce soit clair et net."

On a quand même un sentiment de frustration pour un quart des médecins quant à la non-possibilité de prescription à la place du médecin généraliste. Devant des ordonnances aberrantes: "C'est pas non prescripteur mais surtout d'être non dé-prescripteur qui me manque.", "C'est difficile d'aller dire à un autre médecin: ce que tu as fait c'est nul." Frustration qu'il convient de prendre en compte car elle peut entraîner des dysfonctionnements.

#### E- Les conflits rencontrés par les médecins coordonnateurs

Notre étude a montré que les familles, la direction et les tutelles sont par ordre de fréquence les principales sources de conflit. Par contre aucun des médecins interviewés n'a évoqué de conflit avec les médecins généralistes, juste des différents. Il s'agissait plus de différents sur les limites du champ d'action du médecin coordonnateur, une mauvaise connaissance du rôle du médecin coordonnateur, l'ignorance du cadre législatif rattaché aux Ehpad. Ce qui nous interpelle aussi ici, c'est l'attitude des médecins coordonnateurs face à ces conflits. Force est de constater que les médecins ne sont ni formés au management d'une équipe ni formés à la gestion des conflits. Dans l'ensemble, les médecins coordonnateurs déplorent cette impasse dans leur formation. L'attitude des médecins varie en fonction des cas mais de façon générale c'est l'attitude de collaborateur qui est adoptée avec aussi bien les familles que la direction, l'équipe soignante, les tutelles et les médecins généralistes. L'attitude conciliante et le compromis sont également utilisés devant les conflits les opposant aux familles. On constate que l'attitude adoptée par les médecins lors des conflits n'est pas strictement liée au caractère des uns et des autres mais est très influencée par le souci d'équité et de responsabilité que l'on a en tant que médecin. Les conflits avec les familles peuvent être facilement expliqués par le mal-être et le sentiment de culpabilité de la famille d'"abandonner" son parent en maison de retraite ou la tension et la colère qu'il peut exister lors des situations de fin de vie. Pour éviter ces conflits il faut être dans une totale transparence avec les familles, les impliquer dans le projet de vie de leur parent, donner systématiquement un rendez-vous en cas de sollicitation, organiser des réunions d'information ou des groupes de paroles. L'accompagnement des familles est une mission supplémentaire non prise en compte et pourtant primordiale car source de conflits ... mais pour qu'il se fasse, il faut avoir du temps.

Il y a deux fois et demie plus de médecins traitants intervenants dans les établissements en zone urbaine qu'en zone rurale. Les patients admis en maison de retraite

gardent en général leur médecin traitant; ainsi, en zone urbaine on constate davantage de médecins traitants par Ehpad. Ceci explique la fréquence plus élevée en zone urbaine des "conflits" entre médecins traitants et médecins coordonnateurs liés à la difficulté, pour le médecin coordonnateur, de coordonner les intervenants libéraux. "Je pense que c'est extrêmement mal adapté pour gérer une maison de retraite que d'avoir autant de généralistes."

Ces différents sont responsables de frustrations, de sentiment d'impuissance et parfois même d'indifférence. "Il y a des choses qui pourraient être faites mais qui ne sont pas faites à cause des médecins traitants." "On a un rôle de conseil donc on ne peut rien faire."

"...j'aimerais bien pouvoir gérer les ordonnances des confrères." Deux hypothèses peuvent expliquer cette situation: l'absence de texte de loi établissant clairement la collaboration de ces deux médecins d'une part, et d'autre part le temps d'exercice réduit de moitié par rapport aux recommandations. Le corollaire étant une interaction des deux médecins dans la prise en charge des résidents.

## CONCLUSION

Le profil moyen du médecin coordonnateur de Loire-Atlantique est un homme de 51 ans en poste dans l'Ehpad depuis 4 ans 7 mois, travaillant à 0,36 ETP, ayant également une activité libérale et qui a suivi une formation de capacité en gériatrie.

Le médecin coordonnateur n'arrive pas à faire la totalité des missions par manque de temps, par un nombre trop élevé de médecins généralistes et par une trop faible coopération avec ceux-ci.

La relation médecin coordonnateur-médecin généraliste est bonne ; pour autant le médecin coordonnateur ne s'impose pas aux généralistes et ne mesure pas encore l'importance de son rôle dans le fonctionnement de l'Ehpad.

Dans ses relations avec les familles, la direction et ses confrères généralistes, il déplore le manque de formation sur la résolution des conflits et le management d'une équipe qui l'aiderait à gérer plus sereinement les conflits. Il ressort de manière générale une demande de redéfinition des textes de loi afin de clarifier leurs relations et impliquer davantage les généralistes dans le fonctionnement de l'Ehpad.

Le médecin coordonnateur lui-même a des difficultés à définir ses missions et son rôle au sein de l'Ehpad et aussi face aux généralistes. On pourrait continuer ce travail en interrogeant les médecins généralistes sur le rôle qu'ils attribuent au médecin coordonnateur.

## ANNEXE I: CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE

Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

### **1- Choix de vie**

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

### **2- Domicile et environnement**

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

### **3- Une vie sociale malgré les handicaps**

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

### **4- Présence et rôle des proches**

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

### **5- Patrimoine et revenus**

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus.

### **6- Valorisation de l'activité**

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

### **7- Liberté de conscience et pratique religieuse**

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

### **8- Préserver l'autonomie et prévenir**

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

### **9- Droit aux soins**

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

### **10- Qualification des intervenants**

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisants.

### **11- Respect de la fin de vie**

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

### **12- La recherche : une priorité et un devoir**

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

### **13- Exercice des droits et protection juridique de la personne**

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

### **14- L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion**

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.



### ANNEXE III: LES 6 NIVEAUX DE GIR

**Le groupe iso-ressource 1** correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées et nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

**Le groupe iso-ressource 2** se décompose en deux sous-groupes :

- Les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge des activités de la vie courante.
- Les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices.

**Le groupe iso-ressource 3** correspond aux personnes ayant gardé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

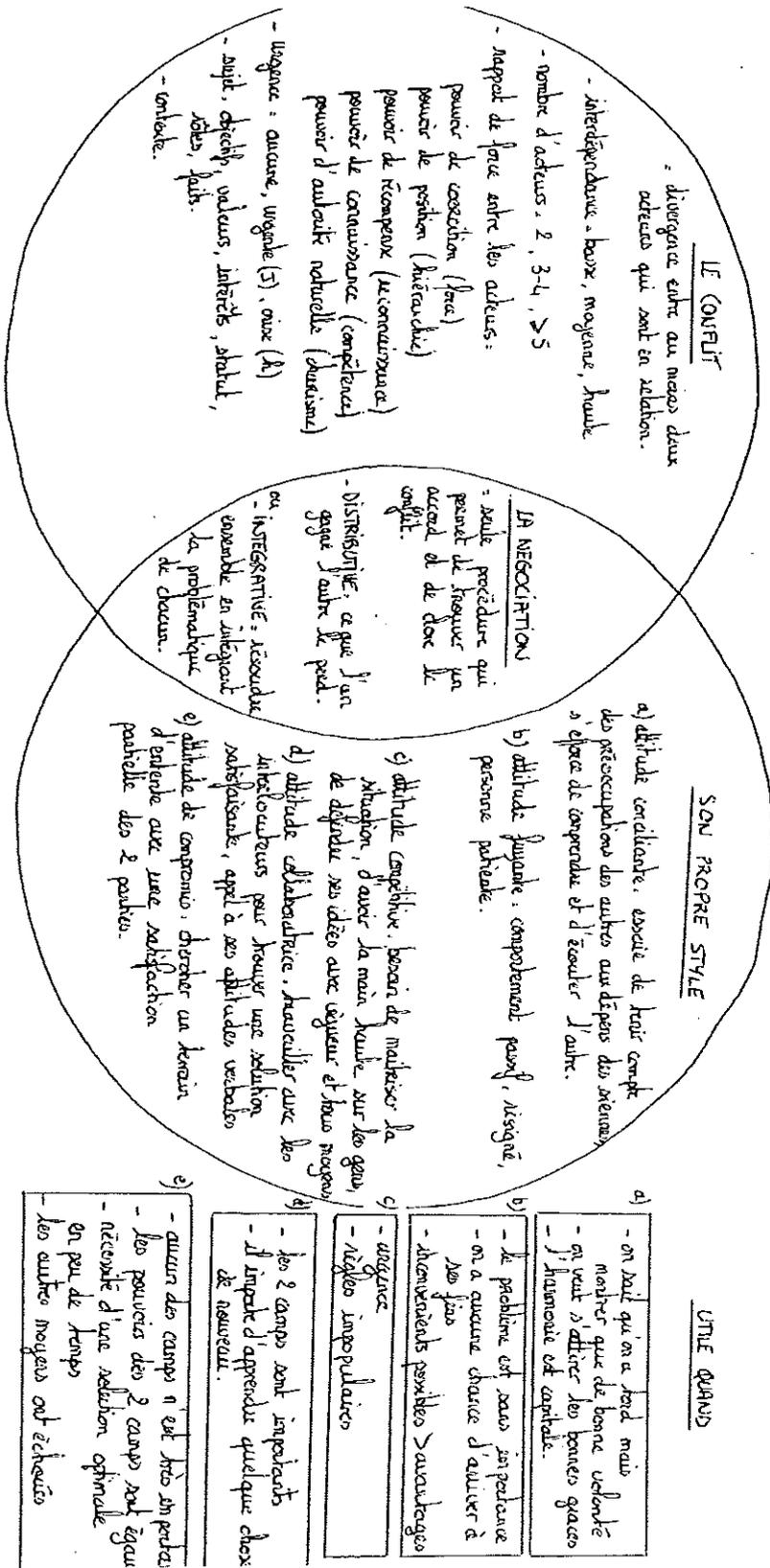
**Le groupe iso-ressource 4** comprend deux sous-groupes :

- Les personnes qui n'assument pas seules leurs transferts, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimentent seules.
- Les personnes qui n'ont pas de problème pour se déplacer, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

**Le groupe iso-ressource 5** correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules, mais qui nécessitent néanmoins une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

**Le groupe iso-ressource 6** réunit les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

## LA RESOLUTION DES CONFLITS



## ANNEXE IV: ALGORITHME SUR LA RESOLUTION DES CONFLITS

## ANNEXE V: GRILLE D'ENTRETIEN

### 1<sup>ère</sup> PARTIE

- Pouvez-vous vous présenter et me donner votre parcours professionnel ?
  - âge :
  - sexe :
  - carrière :
  
- Pouvez-vous me parler de votre formation pour accéder au poste de médecin coordonnateur ?
  - formation :
  
- Pouvez-vous me décrire la(les) structure(s) dans laquelle (lesquelles) vous exercez votre fonction de médecin coordonnateur ?
  - la date de signature de la convention tripartite :
  - la date d'entrée en fonction du premier médecin coordonnateur:
  - votre propre date d'entrée en fonction :
  - le statut privé ou public de la structure :
  - le nombre de résidents :
  - l'âge moyen des résidents :
  - le GIR moyen pondéré de la structure :
  - le PATHOS moyen pondéré de la structure :
  - le nombre de médecins généralistes intervenant dans la structure :
  - le temps alloué à la fonction de médecin coordonnateur par semaine :
  - le type de dossier médical papier ou informatique (nom du logiciel) :
  - la composition de l'équipe soignante :

### 2<sup>ème</sup> PARTIE

- Pouvez-vous me décrire votre place, en tant que médecin coordonnateur, au sein de la structure ?
  - l'aspect matériel :
    - la mise à disposition d'un bureau :
    - la mise à disposition d'un ordinateur :
    - la mise à disposition d'un téléphone :
  
  - l'aspect humain :
    - l'existence d'une synthèse formalisée avec l'équipe soignante :
      - et sous quelle forme :
    - l'existence d'une réunion formalisée avec le directeur :
      - et sous quelle forme :
    - Vos relations avec les résidents :
      - et sous quelle forme :

- Vos relations avec les familles :
    - et sous quelle forme :
  - Vos relations avec le réseau gérontologique :
- Pouvez-vous me décrire votre rapport d'activité en fonction des missions qui vous sont attribuées dans les textes ?
1. Elaboration et suivi du projet de soins :
  2. Avis sur les admissions :
  3. Coordination des professionnels de santé :
  4. Prévention des risques :
  5. Evaluation de l'état de dépendance des résidents :
  6. Application des bonnes pratiques gériatriques :
  7. Elaboration d'une liste de médicaments :
  8. Politique de formation des professionnels de santé :
    - Programme de l'année 2010 :
    - Type de support utilisé :
  9. Elaboration du dossier de soins type :
  10. Rapport annuel d'activité médicale :
  11. Avis sur les conventions :
  12. Mise en œuvre de réseaux gérontologiques :
- Pouvez-vous me décrire la relation que vous entretenez avec vos confrères généralistes ?
- le(les) moyen(s) de communication utilisé(s) :
  - l'existence de rencontres formalisées :
    - Fréquence :
    - Pourcentage des médecins généralistes présents
    - Cotation de 1 à 5 (5 étant la cotation maximale positive) de l'intérêt de la réunion pour le travail de médecin coordonnateur (résolution des problèmes à l'ordre du jour, clarté des débats)
  - le tenue du dossier médical :
  - l'élaboration de protocoles en collaboration avec les médecins généralistes :
  - la constitution d'une liste de médicaments avec les médecins généralistes :
  - le ressenti par rapport à la relation médecin coordonnateur / médecin généraliste :
  - le ressenti par rapport au fait d'être non prescripteur :
- Rencontrez-vous des conflits dans l'exercice de votre fonction?
- Acteurs en présence,
  - Objet du conflit,
  - Mode de résolution,
- Avez-vous eu une formation sur la résolution des conflits? Sur le management?

### 3<sup>ème</sup> PARTIE

- Quelles étaient vos attentes avant de vous investir dans cette fonction ?

- Votre activité correspond-elle à l'idée que vous vous en faisiez ou à la façon dont on vous l'a présentée ?
- Que vous apporte (ou ne vous apporte pas) votre "casquette" de médecin généraliste/ de praticien hospitalier/ de médecin traitant dans votre activité de médecin coordonnateur ?
- Comment verriez-vous l'évolution de la fonction de médecin coordonnateur ?

## ENTRETIEN N°1

" Je suis le Dr YM., médecin généraliste installé en libéral depuis 21 ans. J'ai travaillé 10 ans en gériatrie à H. comme médecin attaché à temps partiel en plus de mon activité libérale et plus particulièrement je me suis occupé d'une unité Alzheimer sur C. C'est pendant ces 10 ans là que j'ai passé ma capacité de gérontologie. Je fais partie de l'association "mieux prescrire", c'est celle qui édite le magazine, donc vous pouvez voir mon engagement pour des soins de qualité."

"J'avais déjà ma capacité de gérontologie donc j'ai quitté l'hôpital et j'ai intégré un poste de médecin coordonnateur."

"En fait je suis médecin coordonnateur d'une structure, d'une association plus exactement qui regroupe 4 Ehpad, chaque Ehpad a une date de signature de la convention tripartite différente que je ne connais pas. C'est moi le premier médecin coordonnateur de la structure depuis 2 ans, à peu près mars 2008. En sachant qu'avec ma formation de gériatre et mon activité ( même en ville je fais beaucoup de gériatrie, je suis à plus de 50% de gériatrie en ville ), en fait je faisais le médecin coordonnateur officieux depuis des années dans les établissements où j'allais. Je leur faisais bénéficier gracieusement de mon expérience hospitalière. La structure a un statut un peu particulier, c'est une association loi 1901, ce n'est pas à but financier contrairement à certains Ehpad. Elles n'ont pas toutes le même nombre de résidents. En gros, une où ils sont 60, deux où ils sont 80 et l'autre qui était à 20 mais qui est en pleine extension va passer à 80 aussi. Alors là je ne peux pas vous répondre comme ça car bien évidemment je n'ai aucun document à mon cabinet. A la louche, je vais vous dire que c'est plus de 80 ans. Il y en a une de 76 ans, c'est la benjamine; ils ont tous plus de 80 ans et ça va jusqu'à 106 ans. Je pense qu'on doit avoir une moyenne autour de 90 ans. Je ne connais pas comme ça le Gmp, je n'ai pas de documents avec moi. Le Pathos c'est un peu particulier parce qu'en fait je suis en train de le mettre en place donc je n'ai pas tous les éléments mais on doit tourner autour de 120 à mon avis. C'est pareil, ça dépend des structures. A la CM. il y a 5-6 médecins qui interviennent car c'est une petite ville. A MB. il y a une dizaine de médecins qui interviennent. Sur SN. il doit bien y avoir une vingtaine de médecins dans chaque résidence. En fait je ne compte pas. C'est à peu près une journée par semaine soit 0,2 Etp mais comme je suis aussi médecin traitant, quand j'interviens pour mes propres patients, en général il y a toujours des petites choses à régler que je fais en même temps. Quand l'infirmière ou l'aide-soignante ou la directrice a une question, parce qu'elle sait que je suis le médecin coordonnateur, je ne peux pas leur dire: " Non; aujourd'hui j'ai ma casquette de médecin généraliste on verra ça plus tard." Régulièrement elles m'appellent au téléphone pour régler les problèmes. Il y a une disponibilité à avoir qui ne me dérange pas en fait. C'est un travail où je suis plus un cadre. Le statut de médecin coordonnateur je le considère plus comme un cadre. Pour un médecin c'est un peu particulier, on est considéré comme un cadre supérieur; on ne doit pas pointer et on n'a pas d'horaire fixe. En fait je suis un peu disponible tout le temps; si on m'appelle alors que je suis en vacances je vais répondre. Je suis disponible mais je ne suis pas pour autant fréquemment sollicité. Je suis un recours pour la direction. Pour certains problèmes je pense que c'est bien que je sois disponible. C'est aussi ma vision de la médecine en général. Le dossier médical est informatisé avec le logiciel PSI par ASC2I. Il n'y a pas d'infirmière coordonnatrice. C'est un statut un peu particulier. En fait il y a des responsables de soins qui sont des aides-soignantes de formation. Les infirmières sont là uniquement pour les soins. C'est en évolution. Elles vont faire les pansements, les injections, les prises de sang mais elles ne participent pas au rôle de coordination. Ça va évoluer vers un rôle de coordination. Elles sont en coupure la plupart du temps."

"Je n'ai pas de bureau, je suis dans la salle de soins qui sert à tout le monde. C'est une salle de soins mais il n'y a pas d'examen. C'est là où il y a les médicaments, l'armoire à pharmacie, 1 ou 2 bureaux, 1 ou 2 postes informatiques. Comme dans à peu près toutes les Ehpad que je connaisse. Ça ne me gêne pas. Comme c'est un travail d'équipe, je ne me vois pas m'isoler dans un bureau de toute façon. J'utilise le téléphone de la structure sans restriction. J'ai une adresse internet, j'ai libre accès à internet. Dans les structures où j'interviens on a fait le choix que je ne voie pas les résidents. C'est-à-dire qu'il n'y a pas d'examen médical d'entrée. En général je ne donne même pas mon avis sur les entrées ou très ponctuellement, ce n'est pas systématique comme dans certains Ehpad. Je peux rencontrer les familles à leur demande. Il n'y a rien de formalisé, c'est très souple. Si certaines familles veulent me rencontrer je les rencontre. Avec la direction j'ai de très bons termes. Je la vois quasiment à chaque fois que j'y vais. C'est très convivial. En général, dès que je suis dans un Ehpad je vois le directeur ou la directrice, il passe et on discute. De temps en temps il y a ce qu'on appelle des réunions de direction qui regroupent tous les directeurs des 4 établissements avec les responsables soignants et moi-même pour discuter de différents problèmes comme par exemple: on va parler du plan canicule, du Pathos, du recrutement d'une infirmière, de la nutrition. C'est vraiment très ponctuel. C'est à peu près 6 fois par an. C'est assez régulièrement en sachant qu'il y en a auxquelles je ne participe pas quand ils parlent de choses très techniques comme par exemple choisir la tenue du personnel. Je peux voir les résidents en urgence car s'il y a un problème et que je suis sur place, le médecin traitant n'est pas là ou non joignable, je vais les voir car je reste toujours un médecin. Ponctuellement c'est rare car les patients sont attachés à leur médecin et c'est un peu le principe des Ehpad. Je n'ai pas de relations avec le réseau gérontologique. Certains vont en hôpital de jour gériatrique mais moi je n'interviens pas. On a fait attention que je ne marche pas sur les plates-bandes des médecins libéraux. Quand les résidents sont hospitalisés, je suis content, je reçois un compte-rendu. Ils en envoient un au médecin traitant et un au médecin coordonnateur, c'est vraiment bien. Il y a des choses qui pourraient être faites mais qui ne sont pas faites à cause des médecins traitants."

"En ce moment je suis sur Pathos. On va passer sur Pathos pour la tarification donc on travaille énormément sur Pathos. Les protocoles ont été fait et on ne les refait pas une fois que c'est fait, on ne va pas les refaire sans cesse. Les protocoles on été fait quand je suis arrivé. J'ai remis à jour certains protocoles, j'ai mis à jour le plan canicule. C'est des choses que l'on ne refait pas tous les ans. L'avis sur les admissions c'est très très ponctuel et ce n'est pas la politique de la maison. La formation du personnel c'est ponctuel en fonction des demandes sachant que le problème c'est la question de temps. Si elles font de la formation c'est en dehors de leurs heures de travail et puis après il faut les indemniser. Les questions économiques et de gestion ce n'est pas toujours facile à faire. J'ai fait une formation aux équipes sur la maladie de Parkinson. Il y a quand même des organismes de formation aussi maintenant en dehors des établissements pour le personnel. Ils vont faire une formation de 2 ou 3 jours. Cette année j'ai juste fait la maladie de parkinson c'est tout. Je parle beaucoup, c'est oral, il n'y a pas de support. En fait je réponds ponctuellement aux demandes, je pense être quelqu'un d'accessible. En fait, quand je suis là, les aides-soignantes viennent me voir et me posent leurs questions sur une plaie, sur une douleur, sur un malade perturbateur. Je pense que ça fait partie aussi de la formation continue. Quand je suis là elles viennent me parler et je réponds à leurs questions. Je suis un peu un référent pour ces choses là. Le problème c'est qu'il y a le libre choix des médecins donc aussi un libre choix des prescriptions donc je ne peux pas y toucher, c'est bien dommage. Ça va évoluer, il va y avoir une pharmacie par établissement et on va encourager les médecins à prescrire les médicaments de la pharmacie mais ça ne va pas être facile. Le dossier de soin est informatisé déjà fourni avec le logiciel, il y a juste à le remplir. C'est une grosse partie de mon travail, de tout informatiser. Il y a eu quelques réunions avec quelques médecins pour expliquer comment ça se passe et un courrier

envoyé à tous les médecins traitants quand j'ai pris ma fonction avec un guide qui avait été édité à l'époque par la DDASS pour leur expliquer ce qu'est un médecin coordonnateur. Je ne coordonne pas, je vais commencer à faire de la coordination car avec Pathos je vais avoir besoin d'eux. Sachant qu'il faut y aller avec des pincettes car je vais demander aux kiné de me donner des choses qu'ils n'ont pas l'habitude de me donner alors qu'ils ne le donnent d'habitude qu'au médecin traitant. Il y a très peu de libéraux qui interviennent autrement. Les orthophonistes, on ne les voit pas plus que d'habitude."

"J'utilise le téléphone ou quand je suis là et qu'ils viennent faire. Il y a aussi le courrier papier. Il y a eu une réunion avec certains médecins pour leur expliquer ce que c'était. Il y a quelques rencontres formalisées mais les médecins généralistes ne sont jamais disponibles, donc c'est difficile à mettre en place. Quand c'est une fois par an c'est bien mais ce n'est souvent pas le cas, c'est plus une fois tous les 2-3 ans, faut pas se voiler la face. Sur les petites structures ils viennent nombreux. A MB., où il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes, ils viennent et on atteint 80%. Sur les grandes structures, on a 15 à 20 % qui viennent. C'est partout pareil. J'interviens dans d'autres Ehpad où là je ne suis pas médecin coordonnateur; je participe aux réunions organisées par mon collègue, c'est évident. C'est toujours les mêmes médecins qui viennent et c'est toujours le même pourcentage. Ceux qui viennent font attention, je dirais 4 parce que 5 ça ne peut pas être parfait. 4 car pour ceux qui viennent il y a quand même un mieux. C'est dommage qu'il n'y en ait pas beaucoup qui viennent. La tenue du dossier médical par les médecins généralistes très peu. Moi, en tant que médecin généraliste je remplis mes dossiers médicaux et j'utilise le logiciel dans tous les établissements où je vais comme un dossier informatique classique. En visite, j'ai l'habitude d'emporter mon dossier papier contrairement à beaucoup de médecins. Or, quand on fait de la gériatrie on est bien obligé d'avoir le dossier papier parce qu'on ne peut pas tout se rappeler. Moi j'utilise, il y a très peu de médecins qui font comme moi, le dossier informatique de l'établissement comme dossier médical personnel alors qu'en fait ça devrait être fait pour ça. Sans parler de ceux qui viennent avec leur ordonnance pré-imprimée. L'élaboration des protocoles n'a pas été faite en collaboration avec les médecins généralistes. Il n'y a pas de liste de médicaments pour l'instant. Il y aura une liste comme ça, je ne compte pas les faire participer. Je suis un peu jacobin sur certains côtés. Quand je vois les prescriptions ... C'est toujours très délicat. L'autre jour j'ai téléphoné parce qu'il y avait une prescription tellement aberrante. Ça s'est bien passé mais on ne sait jamais comment on va se faire recevoir. C'est pas facile d'aller dire à un autre médecin: "ce que tu as fait c'est nul". Il y a beaucoup de médecins qui travaillent dans leur coin parce que comme ça on ne peut rien leur dire, on ne peut pas les critiquer. La relation médecin coordonnateur-médecin généraliste est un peu inexistante, oui inexistante. Je vais dire que malgré les efforts que je fais, ils ne cherchent pas à profiter de la fonction, ce qui est bien dommage. Ce n'est pas non prescripteur mais surtout d'être non dé-prescripteur qui me manque."

"Le travail d'équipe parce que moi j'aime bien travailler en équipe. En fait je ne savais pas trop ce que c'était, si, un petit peu un rôle de conseil. Il faut dire que c'est une fonction assez récente même si je la faisais officieusement depuis un certain temps. En fait je suis assez perfectionniste donc l'informatisation des dossiers, des protocoles, je trouve ça très important. Si on peut améliorer la prise en charge des patients. C'est ça le but ultime; c'est améliorer la prise en charge des patients âgés dans les établissements. Les médecins libéraux ne font pas d'effort, ils ne sont pas motivés donc voilà. Je pense que je fais quelque chose qui sert à quelque chose. Mais c'est un travail de longue haleine."

"C'est pas facile comme question. J'aurai aimé avoir plus de moyens mais je me rends compte que dans les Ehpad on n'a pas beaucoup de moyens. Le problème c'est qu'on a créé des postes de médecins coordonnateurs mais on n'a pas donné le moyen aux Ehpad pour faire leur

travail. J'aimerais que la secrétaire me consacre plus de temps mais elle était déjà là avant et elle a son travail de secrétaire. J'aimerais avoir une infirmière ou un soignant qui ait plus de temps à me consacrer mais on ne leur a pas augmenté leur temps. C'est ça qui est un peu dommage. Je pense que ce n'est pas de la faute des Ehpad, c'est de la faute des tutelles qu'ont créé des médecins coordonnateurs sans leur donner les moyens. Il faut un médecin coordonnateur, c'est obligatoire pour être Ehpad. On ne donne pas de moyens aux directions pour faire ce qu'il faut."

"En fait médecin généraliste c'est un médecin de terrain donc je sais vraiment ce que c'est que de prendre des gens à domicile, de les avoir suivi pendant des années. Je pense que j'ai un avantage par rapport à un médecin coordonnateur qui a été hospitalier tout le temps, qui n'a jamais fait de libéral, qui n'a jamais fait de ville, qui n'a pas le même regard. Personnellement, j'ai un gros avantage, c'est que j'ai fait de l'hospitalier et du libéral. Donc je pense qu'on va mieux percevoir les gens et c'est mieux pour leur prise en charge d'être moins abrupte. On va arriver à certaines choses. A l'hôpital on est un peu trop entier. Ce que je reproche aux discours de certains médecins hospitaliers vis-à-vis des prescriptions: "Pourquoi vous prenez ce médicament là? ça ne sert à rien, arrêtez-le." C'est pas faux. Quelqu'un qui a 90 ans, qui en a pris pendant des années; à un moment donné il faut lui dire d'arrêter mais faut pas dire que c'est de la faute du médecin traitant, faut lui dire qu'il a vieilli et qu'il n'en a plus besoin. C'est un avantage d'avoir été médecin libéral parce qu'on connaît beaucoup mieux les gens. Dans le milieu hospitalier on voit des gens ponctuellement, on n'est pas dans leur histoire. Quand on a été dans l'intimité des gens, on les connaît bien et on les soigne mieux."

"Je suis un peu déçu par la prise en charge des médecins libéraux, faut bien le dire. Je me dis parfois que de prendre en charge les patients ce ne serai pas un mal. Où est ce qu'on va trouver les médecins? Comment on va faire pour faire une permanence de soins? Je ne sais pas trop, c'est le problème de la médecine. En ce moment, il y a plein d'interrogations. Que ce soit la médecine libérale ou salariée, il y a plein d'interrogations, plein de plans mais il n'y a aucune réponse. Il y a des effets d'annonce en ce moment. J'espère qu'on va pouvoir gérer les pharmacies parce que j'aimerais bien pouvoir gérer les ordonnances des confrères. Ce qui me déçoit beaucoup c'est qu'on n'arrête pas de dire aux médecins libéraux: "Le médecin coordonnateur est gériatre, sollicitez-le, demandez-lui des conseils." et c'est jamais. Je pense que c'est général et c'est très dommage. Combien de médecins vont solliciter l'hôpital de jour de gériatrie ou la consultation gériatrique d'orientation à l'hôpital de SN. Je sais aussi pourquoi. Tout ça c'est très chronophage. C'est le problème de la médecine actuelle, notamment de la médecine française. Dès que l'on veut faire les choses bien, ça prend énormément de temps. C'est tellement plus facile d'appeler une ambulance et de mettre le malade dans l'ambulance et de dire : allez aux urgences. Téléphoner au médecin coordonnateur, rester au téléphone... Je vais aller beaucoup plus loin. C'est aussi le problème du paiement à l'acte. Tant que les médecins libéraux seront payés à l'acte avec la course à l'acte; c'est plus intéressant de voir 4 patients à l'heure que de faire une bonne coordination gériatrique. Ca m'arrive, pour mes propres patients, de passer 40 min parce qu'il y a plein de problèmes à régler et on va discuter de la personne qui déambule la nuit et qui est cardiaque au dernier degré et qui a un furosémide 500 tous les jours et qui a une fracture du col décelée mais qui ne peut pas être opérée parce qu'en plus elle commence une maladie d'Alzheimer. La plupart des médecins; on ne s'occupe pas de ça, on fait le renouvellement et puis si il y a un problème on hospitalise ou on laisse les soignants se débrouiller. Il faut trouver des solutions mais ce n'est pas facile. Il y a certains médecins qui acceptent que je leur téléphone et d'autres je vais me faire envoyer sur les roses: "De quoi tu te mêles." On a un rôle de conseil donc on ne peut rien faire. Pour la prescription des médicaments, je voudrais faire le ménage. C'est pour ça que j'espère qu'il y aura une pharmacie par établissement pour dire au médecin: "C'est ces médicaments." Il y a toujours le médecin qui va mettre le dernier produit sorti. On voit des

prescriptions aberrantes. Par exemple, un patient de 90 ans qui a un anti-inflammatoire au long cours avec une prise de sang tous les 3 ans. Qu'est ce qu'on peut faire: rien. Est ce qu'il faut qu'il n'y ait qu'un médecin coordonnateur qui soit le médecin traitant et prescripteur du patient ?. On diminuerait fortement la iatrogénie. Mais il y a le libre choix."

## ENTRETIEN N°2

"Je suis le Dr GF., j'ai 65 ans dans 2 mois. J'ai été interne à R., au CHU. Je suis parti comme assistant à l'hôpital de L. en pédiatrie pendant un certain temps et en même temps je remplaçais un médecin dans un groupe de médecins. Malheureusement un de ces médecins est parti en famille en A. et on ne les a jamais revus, ils ont été tué là-bas. A ce moment là je me suis installé avec l'autre et donc j'ai laissé tomber l'hôpital. Il y a 25 ans je suis arrivé à N. parce que ma femme, qui était responsable des kinés à L., a eu une possibilité pour venir à N. De mon côté j'avais 40 ans, j'étais crevé, j'en pouvais plus, j'étais débordé de boulot. Autre raison, mon fils faisait médecine. Ce sont les raisons qui m'ont fait venir à N. A N. je me suis installé en médecine générale. J'ai découvert la gériatrie. J'ai passé la capacité de gériatrie avec le Pr R., la deuxième année où ça a été créé. Donc j'ai la capacité de gériatrie."

"Je suis ici en cabinet. Je suis coordonnateur à la C. depuis 20 ans et je suis à 0,40 de temps. Depuis 2 ans et demi je suis également médecin coordonnateur aux CB. à O. à 0,60 de temps. J'ai des journées extrêmement chargées. Aux CB. il y a 100 résidents, je suis tout seul comme médecin. Il y a 37 lits d'USLD et le reste en Ehpad. Pour la C. je suis coordonnateur et je soigne des résidents à titre libéral. Il y a une trentaine de médecins qui interviennent à titre libéral à la C. Ce sont des médecins traitants qui gardent leurs malades. Aux CB. je suis tout seul, personne d'autre n'intervient. A la C. la moyenne d'âge est de 87,5 et aux CB. 88,2 d'âge moyen. Le Gir est à 650 à la C. et à 840 aux CB. Comme il y a l'USLD c'est normal que ça monte. Le Pathos à la C. est autour de 200 et aux CB. il est à 192 paradoxalement. Il n'y a pas forcément de relation entre le Gir et le Pathos. La C. c'est privé et les CB. c'est en fait une association à but non lucratif. Il y a 20 ans il n'y avait pas de diplôme de médecin coordonnateur. Le médecin, qui était à l'origine de la création de la C., est parti et comme je faisais des gardes là-bas on m'a demandé si je voulais prendre le poste. Il faut savoir qu'il y a 20 ans les fonctions n'étaient pas du tout définies et le métier n'était pas connu du tout. C'était plutôt une présence plus qu'autre chose. C'est ce qui m'a poussé à passer les examens pour devenir médecin coordonnateur. Aux CB. j'y suis depuis 2 ans. Il y a une rotation de médecins en l'espace de 10 ans; je crois 8 ou 9 médecins; surtout des problèmes de médecins qui n'avaient pas les diplômes. La convention tripartite a été signée à la C. il y a 6 ou 7 ans et aux CB. il y a 3 ou 4 ans. Le dossier médical est, à la C., encore papier, c'est un dossier médical qui est bien au point mais on est en train de l'informatiser. De même, aux CB., on est à l'informatisation depuis 8 mois à peu près. On s'est donné 1 an pour tout informatiser. A la C. il y a une infirmière coordinatrice qui est remarquable, c'est vraiment mon bras droit. Nous avons 5 infirmières diplômées d'état. Il y a une infirmière jour et nuit. Nous avons 25 aides-soignants et ASH. La grande particularité c'est qu'on a la nuit une infirmière et un aide-soignant. Ce qui nous permet de limiter les hospitalisations et de poser des perfusions, les anticoagulants, le diabète. Il y a une médicalisation importante. La structuration de la C. est particulière parce qu'il y a 3 unités avec ce que l'on appelle des maîtresses de maison. Le groupe "noble âge", dont on fait partie, a institué il y a quelques années la notion de maîtresse de maison, qui est une notion extrêmement intéressante. Comme son nom l'indique elle gère le courant. Ce sont des AS ou des ASH. Au niveau des CB., il y a un cadre de santé qui vient de donner sa démission parce qu'il n'avait plus le temps de s'occuper de la médecine. Il faisait plus du travail de secrétariat et la gestion du personnel qui est horrible. Il ne m'aidait pas beaucoup parce qu'il n'avait pas le temps. En fait il a donné sa démission parce qu'il était plus administratif que médical. Aux CB. il y a également 3 unités mais à la différence de la C. la 3<sup>ème</sup> unité c'est l'unité des déments désorientés mais qui n'est pas un cantou. Aux CB. tout est mélangé. Il y a une infirmière par unité. Il y a un roulement de 8 ou 9 infirmières et le reste c'est des AS. Au niveau du personnel ça va, ils se plaignent tout le temps mais ça va. A la C.,

il y a une infirmière coordinatrice avec laquelle je fais toute ma visite. Tous les jeudis, on a une réunion avec la directrice à 8h pendant une demi-heure. Puis je fais ma visite. Puis je fais des papiers et je reçois des familles. Elle est vraiment avec moi, en fait on a un bureau à deux. Aux CB., je suis tout seul, je n'ai pas de cadre, je suis le seul responsable."

"A la C. j'ai un bureau qui est pratiquement commun avec l'infirmière coordinatrice. On travaille tellement ensemble. Je suis à 0,40 donc je n'ai pas franchement la nécessité d'avoir un grand bureau. Par contre, quand je reçois les familles, j'ai un bureau à côté mais qui n'est pas franchement mon bureau. On a tellement de dossiers communs entre l'infirmière coordinatrice et moi, donc les dossiers Gir, Pathos sont communs. Je n'ai franchement pas besoin d'un bureau. J'ai un poste informatique mais on est en train de tout informatiser. Toutes les unités vont avoir un fonctionnement comme à l'hôpital. Il y aura le wifi dans chaque unité. A côté de mon bureau à la C. il y a le bureau des infirmières. Je passe quasiment dans leur bureau pour aller dans le mien. On travaille vraiment très étroitement. On est très proches des infirmières. A côté il y a le poste des médicaments. Les dossiers médicaux sont dans une armoire fermée à clé dans le bureau des infirmières. L'infirmière est informatisée aussi. Nous avons des infirmières spécialisées; nous avons une infirmière qui s'occupe tout particulièrement de la nutrition, une autre qui s'occupe des soins palliatifs. On essaie que les infirmières se spécialisent un peu plus dans un domaine. Aux CB. j'ai un bureau à moi qui est très beau mais que je n'aime pas parce que je suis complètement excentré. La structuration des CB. est telle que l'administration est à un endroit complètement à part. Mon bureau n'est pas au milieu de l'équipe. C'est vrai que c'est très agréable pour recevoir les familles mais ce n'est pas bien sur le plan du fonctionnement. Par contre j'ai mon bureau à côté du cadre de santé mais qui, lui, ressentait les mêmes choses. Il trouvait aussi qu'on était excentré. Bien sûr j'ai un téléphone. Dans les bureaux il y a des téléphones avec des numéros tels que 300. Aux CB. j'ai un portable dans ma blouse. On peut me toucher et je peux toucher quand je veux. La C. a un autre système, ils m'ont donné un portable. J'ai un portable que je garde et que j'ai sur moi. Que ce soit à la C. ou aux CB., je suis relié en permanence à eux. Ils peuvent me joindre, je suis disponible. Ma conception de la médecine est telle que l'on peut me joindre tout le temps sauf la nuit et le week-end parce que quand même je me repose. Dans ce cas on travaille avec "SOS médecin". A la C., je suis là-bas tous les jeudis et j'y passe tous les matins à 7h30 car j'habite à côté. Je vois mes malades en tant que privé à ce moment là ou bien je fais la synthèse avec la surveillante, qui vient à 7h30 aussi, et dans ce cas on voit tous les cas difficiles. Tous les jeudis, à 8h30, on est dans le bureau de la directrice avec l'infirmière coordinatrice pendant 45 minutes pour voir les problèmes comme par exemple une infirmière qui n'est pas bien, une AS qui n'est pas bien ou des familles qui ne sont pas bien. Après la réunion je fais ma visite. Tous les jeudis, de 13h à 16h, on a des réunions de synthèse avec les infirmières et les maîtresses de maison. Aux CB. il y a, tous les mardis, un staff dans une unité donnée. Le mercredi c'est la visite dans une autre unité. Par exemple hier j'ai fait au 2<sup>ème</sup> le staff et ce matin j'ai fait avec l'infirmière au 3<sup>ème</sup> la visite. Ce qui fait que je vois tous les résidents au moins tous une fois par mois et plus si il y a des synthèses. Les synthèses des résidents aux CB. c'est le jeudi matin. Je ne suis pas là mais j'ai le compte rendu après par la psychologue.

Oui il y a des réunions formalisées avec le directeur toutes les semaines mais pas aux CB. Aux CB. c'est un problème, le directeur est un petit peu à part. Je suis un peu son conseiller, il me demande de venir mais il n'y a rien de formalisé. C'est un problème. A la C. je vois les résidents au moins une fois tous les 15 jours et aux CB. c'est au moins une fois tous les mois. Systématiquement tous les gens qui rentrent dans les 2 établissements je vois les familles dans les 15 jours. Je reçois les familles dans les 15 jours systématiquement. Sinon je reçois les familles à la demande ou souvent provoqué par une infirmière ou l'infirmière coordinatrice qui sent qu'il y a un problème. Quand elles sentent qu'il y a un problème, elle prend un

rendez-vous et là je les vois. A la C., je vois souvent les familles tout seul et très rapidement je fais venir l'infirmière coordinatrice et la maîtresse de maison car on dérive souvent sur: "Est-ce qu'il mange bien?" Ca implique toute l'équipe par rapport aux familles. A la C. il y a 3 ans, j'ai institué les soins palliatifs. Nous avons eu 7 personnes en soins palliatifs l'année dernière et là je fais participer les familles à la discussion des soins palliatifs. C'est-à-dire qu'une fois par semaine on fait le point des soins palliatifs avec l'infirmière et un membre de la famille qui nous dit ce qu'il pense. Si je mets sous morphine je les préviens, si j'arrête les traitements je les préviens. Ils participent et c'est extraordinaire. Aux CB. Je n'ai pas eu le temps encore.

Oui bien sûr il y a des relations avec le réseau gérontologique. D'ailleurs je les connais bien. Je travaille beaucoup avec B. Les gens de B. sont des amis à moi, il n'y a aucun problème. Je téléphone et on le prend. En fait les relations de gériatrie sont souvent des relations de médecin à médecin parce qu'on est ami. Il n'y a rien de formalisé. On a demandé à ce que ce soit formalisé mais l'hôpital est très retissant là-dessus. On a beaucoup de mal à formaliser les relations avec l'hôpital. Ca se fait parce qu'on se connaît bien."

"Je fais régulièrement des topos au personnel. C'est à peu près une fois par mois et souvent à la demande des AS. Il y a une ambiance extraordinaire entre nous. Aux CB. c'est beaucoup plus difficile. Il y a une très bonne ambiance entre les infirmières, les AS et moi mais la direction est un peu à part. Le programme de formation de cette année est fait: on va refaire les Gir, je vais leur réexpliquer le Pathos, je leur ai fait un topo sur les embolies pulmonaires, les problèmes de jambes, les problèmes de phlébite. Souvent je demande à des amis médecins de venir. On leur a fait un topo sur l'Alzheimer encore. On leur a fait récemment un topo sur les troubles du comportement. On a fait un grand travail avec le service du Pr B. sur la dépression. Elles ont eu 3 réunions sur la dépression: ce qu'est la dépression, les traitements proposés. Tout ça c'est à la C. Le support c'est informatique projeté. Souvent je fais appel à mes amis médecins et parfois ce sont des laboratoires pharmaceutiques qui nous font le support. C'est moi qui vois tous les dossiers d'entrée et je donne mon avis, c'est tout. Mon avis est basé sur la lourdeur des gens. Je ne me cache pas que maintenant tout ce qui est de la psychiatrie je refuse. On n'est pas fait pour ça. On a trop de problèmes de personnel. Le personnel n'est pas fait pour ça. Je refuse également tous les malades neurologiques. Actuellement on a une SLA, ça nous demande trop, c'est trop. Par contre tout le reste je prends ça ne pose pas de problème. Je donne un avis aussi de façon à répartir les gens en fonction des unités pour pas que ce soit trop lourd dans l'une. En plus on a les Gmp par unité donc on sait très bien, en fonction de ça et des Pathos quelle est la lourdeur d'un service ou pas. Je suis très proche d'eux et c'est réciproque. Je ne m'en cache pas, tout ce qui est psychiatrie je refuse, c'est plus possible. Les relations avec la psychiatrie, à N., c'est très difficile. L'élaboration du projet de soins est faite avec la direction et les maîtresses de maison et l'infirmière coordinatrice. C'est fait régulièrement, tous les 2 ans à peu près. Sur une trentaine de médecins, 28 sont des amis à moi. Les relations sont excellentes avec la plupart des médecins sauf 2, que je ne citerais pas bien sûr, mais qui sont connus dans tous les établissements de N. Pour l'application des bonnes pratiques gériatriques c'est très difficile. Il se trouve que, parmi les médecins qui interviennent, la moitié sont des médecins coordonnateurs. C'est toujours délicat de dire à des amis: "Il faudrait que ...". Où je vais avoir de gros problèmes c'est à la C. parce que le groupe va nous imposer les références médicamenteuses. Il va falloir que je convoque mes amis en disant: "Voilà il y a des références maintenant...". La liste est faite par le groupe et je l'ai confiée à 3 médecins qui interviennent à la C. et qui l'ont rectifiée et qui sont d'accord sur tous les médicaments en gros. Où je vais avoir un problème bientôt, comme c'est pris en charge par le groupe, on a à peu près 5,6 médicaments en moyenne par résident. Certains en ont 0 d'autres en ont 12 ou 13. Donc il va falloir que je dise à certains médecins de réduire les prescriptions. Ca va passer, il

n'y a pas de problème. Aux CB. je suis tout seul donc il n'y a pas de problème. Dans les Ehpad ce n'est pas encore obligatoire. Par contre je l'ai fait aux CB. Car, comme il y a l'USLD, c'est obligatoire. L'HAS vient dans 6 mois aux CB. Tout est prêt à la C. parce que ça va tomber aussi dans les Ehpad un jour. Tous les risques, infections nosocomiales, le plan bleu ... c'est fait au top. Toutes les semaines il y a une transmission entre les maîtresses de maison, les AS, l'infirmière de l'unité et l'infirmière coordinatrice. Les Gir sont refaits tous les 2 mois à peu près. Le Gir est fait 15 jours après l'entrée car comment voulez-vous voir une cohérence d'orientation si on ne connaît pas les gens. La grosse difficulté qu'on a dans les Ehpad; pour les gens qui rentrent, les Gir sont faux une fois sur 2. Ils sont mal remplis par les gens qui nous les envoient. Les GIR sont faits par la maîtresse de maison, une AS et l'infirmière coordinatrice. Ils me sont soumis après et je les corrige ou pas. C'est l'équipe qui les fait. Quand au Pathos, c'est moi avec l'infirmière coordinatrice. L'élaboration du dossier de soins c'est moi qui le fait. Les généralistes ne font pas. Il y en a 2 qui le font très bien mais ils sont coordinateurs dans d'autres maisons. Ceux qui ne sont pas coordinateurs s'en foutent complètement et les 2 autres refusent catégoriquement. Ils viennent avec leur dossier et ils prétendent, et ils ont raison sur ce point là, les gens en Ehpad sont chez eux. C'est le hiatus qu'il y a entre la nouvelle loi, qui va nous imposer des lois, et la liberté de garder son médecin traitant comme le veut le conseil de l'ordre. C'est le hiatus qu'il y a et qui nous pose problème. On ne peut pas forcer quelqu'un, contrairement à ce qui est dit, à remplir un dossier médical. C'est un problème. Le rapport d'activité médicale annuel ça me casse les pieds mais je le fais tous les ans. Je le fais souvent avec l'infirmière coordinatrice ou le cadre. Comme tout est informatisé ça va vite. Il n'y a pas de conventions, on demande des conventions mais c'est très dur. C'est pas formalisé."

"Ma relation avec les confrères généralistes est très bonne, sauf 2. Pour les 2 autres ce n'est pas qu'elle soit mauvaise mais il n'y en a pas. Aux CB. il n'y a pas de problème parce que je suis tout seul. A la C. les médicaments sont renouvelés tous les mois donc, la semaine d'avant, l'infirmière coordinatrice appelle les médecins en disant: "Pensez à passer dans la semaine pour faire les renouvellements". Quand il y a un malade de pas bien, c'est l'infirmière coordinatrice qui appelle le médecin traitant. Il passe à l'infirmerie pour voir un petit peu comment ça se passe, comment va le malade, si il y a des médicaments, des analyses complémentaires. Ils interviennent quand l'infirmière coordinatrice les appelle. Les 2 autres interviennent quand ils en ont envie ou sur appel de la famille ou du résident dément qui appelle pour rien. Comme c'est nous qui les payons, on est en train de se demander ce que l'on fait. Il y en a un, quand il vient et voit 3 patients, prend 3 V. Là je viens de lui envoyer une lettre recommandée en lui disant qu'il n'avait pas le droit, il m'a répondu qu'il s'en foutait. Quand il y a des gens déments qui appellent pour rien, qu'il vient et se fait payer un acte, ça commence à bien faire. Ils viennent mais ils ne vont pas forcément voir l'infirmière pour savoir pourquoi, qu'est ce qui se passe. Globalement on va dire que pour 90% ça se passe très bien. Tout est enregistré et faxé. Quand on appelle un médecin, il y a un cahier spécial où on marque: 9h15 appel Dr untel. Avec les médecins généralistes c'est oral ou par mail ou par fax. Tout est contrôlé par fax pour justifier auprès des familles.

Non il n'y a pas de rencontres formalisées avec les médecins généralistes. On a fait mais ce n'est plus possible, on n'a plus le temps. En fait on se retrouve souvent dans les sociétés françaises de gériatrie. On se retrouve dans les formations de gériatrie. Certains font la tenue du dossier médical mais même pas 50%. L'élaboration des protocoles a été faite par moi et en 20 ans je les prête plutôt à des collègues. Tous les protocoles sont faits et sur informatique. Ils sont cosignés par le médecin du groupe. La relation médecin coordonnateur-médecin généraliste est bien mais on aimerait bien que ce soit mieux défini par le gouvernement et le ministère. Je viens de lire que l'on va bientôt pouvoir prescrire des médicaments en cas d'urgence. Il y a une dualité entre ce que voudrait le gouvernement, c'est-à-dire qu'il y ait un

médecin coordonnateur qui fasse tout, et le conseil de l'ordre qui veut garder. A mon avis, petit à petit, du fait de la pénurie de médecins et de la difficulté à aller dans les maisons de retraite... Nous on s'arrange entre amis. Par exemple, si j'ai un client que j'ai en ville, qui va à R. dans une maison de retraite, je le donne à un de mes amis qui est coordonnateur de la maison de retraite. On ne va pas aller perdre son temps là-bas. Egalement, le temps en maison de retraite se rétrécit pour nous, entre le temps où ils mangent, où ils s'amusent, ça commence à être extrêmement difficile. C'est pas évident sur ce plan là. On aimerait bien tous, les médecins coordonnateurs, que ce soit clair et net. Ce n'est pas parce que j'ai 65 ans que je dis ça; l'avenir c'est qu'il y ait un médecin coordonnateur qui fasse tout. C'est tellement génial les CB. On ne devrait pas le dire parce qu'on n'a pas le droit mais moi je suis le médecin du tiers des résidents. Presque tous on est médecin libéraux. Je sais que le ministère voulait qu'on ne mélange pas les choses mais il n'y aura plus personne. Pour une simple raison, moi j'ai de la chance je suis à 0,40 mais la plupart des coordonnateurs sont à 0,10, si ils n'ont plus le droit de faire du libéral ils arrêteront. On ne va pas s'embêter à passer 1 h avec toutes les responsabilités que vous nous demandez pour...non. D'autant plus qu'au niveau des infirmières elles souhaitent qu'il y ait une uniformisation. Tous les matins je suis avec les infirmières donc quand il y a des problèmes de déments ou des problèmes d'agitation, on est là au staff. Même si on téléphone au médecin traitant, ils n'ont pas le temps de venir assister au staff. On a essayé mais ils ne viennent pas, ils n'ont pas le temps. Ce n'est pas rémunéré. Quand ce sont des amis: " Tu ne crois pas qu'on pourrait lui mettre un peu d'equanil ou un peu de tiapridal." Quand je ne suis pas prescripteur, souvent, relativement souvent, je téléphone à un ami médecin en disant: "Il y a Mr untel qui a une infection urinaire...", "Tu n'as qu'à faire la prescription de l'ECBU, je ne vais pas venir pour ça !" Ca se passe souvent amicalement, c'est plutôt comme ça que ça se passe. Moi aussi, quand je vais dans d'autres maisons de retraite, avec les médecins coordonnateurs c'est pareil, je ressens la même chose. Ils font la même chose: "J'ai pas le temps d'y aller, fais le." On délègue et réciproquement. Par contre, je joue extrêmement le jeu. Si j'ai quelqu'un qui a eu un ECBU, je fais envoyer le résultat chez le médecin traitant. Je vais prescrire du monuril. Le médecin est toujours prévenu que je suis intervenu et je n'interviens que si j'ai l'autorisation du médecin traitant. Je fais très attention de ne pas mélanger mon poste de coordination et mon poste de médecin traitant quand je ne suis pas le médecin traitant ; ça se passe toujours très bien."

"Je ne savais pas. Je crois que j'ai beaucoup aimé la gériatrie et ça correspond tout à fait à mon état d'esprit. En plus, étant libéral, j'ai un long séjour là-bas avec une très bonne équipe d'infirmières. C'est un travail complémentaire par rapport au libéral. C'est un travail d'équipe que l'on n'a pas en médecine générale et qui me plaît beaucoup. Il me plaît beaucoup à tel point que j'arrête mon activité libérale en fin d'année et je continue la coordination pendant 4-5 ans encore. Les nouvelles lois permettent de cumuler la retraite de médecin libéral et la coordination. J'ai 65 ans, j'arrête le libéral à la fin d'année mais je garde la coordination de la C. et des CB. pendant quelques années. Par contre, le jeune collègue qui va me remplacer va prendre tous mes clients là-bas car j'arrête le libéral là-bas."

"Oh, ça me plaît voilà. Il y a 20 ans je ne savais pas. J'ai une très bonne équipe avec qui je m'entends très bien. Le gros problème actuellement, c'est les familles. Les familles ça devient horrible. Elles demandent énormément, tout de suite porter plainte. Avec les médias... Je crois que ce ne sont pas les résidents qui posent problèmes mais les familles. Quand quelqu'un chute, il y a un protocole: "Qu'est-ce que va dire la famille?", " Vous comprenez si il y avait quelqu'un la nuit elle ne serait pas tombée." On a des contestations en permanence des familles d'où, l'intérêt de les recevoir comme je fais. On démène mais c'est très lourd pour le personnel. C'est ça qui me coûte le plus: les familles, les familles qui ne sont pas compréhensives et qui sont mal le plus souvent."

"C'est très complémentaire. Ça me permet de garder aussi la notion de prescription. J'avoue que j'ai un peu peur, à la fin d'année, d'arrêter mon rôle de généraliste. Ça me permet aussi de comprendre ce que c'est qu'un médecin généraliste. Mais par contre, ça ne m'empêche pas d'avoir un jugement. Je serais au ministère moi actuellement, je dirais halte-là au libéral parce que ça pose des problèmes."

"J'entretiens de très bonnes relations avec mes collègues. Je suis moi-même généraliste. Mais à mon avis, tôt ou tard, le gouvernement attend que ça, que toutes les Ehpad deviennent des longs séjours avec un médecin salarié à temps plein. On sent qu'on y va. De toute façon, j'ai 0,40, je me demande comment font mes collègues qui sont à 0,10. Moi, je donnerais ma démission à 0,10. Demandez leur comment ils font ces 12 missions, je ne sais pas comment ils font. S'il y a un truc qui ne va pas bien, c'est eux qui sont responsables. Je crois qu'il va y avoir un énorme clash. Il va falloir que les maisons de retraite acceptent que les médecins soient à 0,40 au minimum. C'est ce qui est proposé. Il faudra les payer. En général la direction elle n'aime pas ça. Il se trouve qu'on est déjà débordé en clientèle en libéral et on a de plus en plus de difficulté à aller dans les maisons de retraite. Le matin, ils ne sont pas levés, dans la matinée il y a les soins, à 11h ils les emmènent au restaurant, ils remontent à 13h30, il y a les feux de l'amour, il y a l'animation à 15h ou 16h et ... On a peu de laps de temps pour y aller dans les maisons de retraite. Sur les entrées que nous avons dans les 2 structures, 1 fois sur 2 les patients demandent à changer de médecin traitant et demandent s'il n'y a pas de gériatre dans l'établissement. C'est souvent la famille qui demande. A la C., c'est plutôt la directrice et moi qui freinons; sans ça j'en soignerais les trois quart. Je ne veux pas dépasser le tiers en libéral."

### ENTRETIEN N°3

"Je m'appelle GD., j'ai 50 ans. J'ai eu ma thèse de doctorat en médecine en 1988. Mon parcours professionnel est un peu atypique parce que j'ai commencé par faire des consultations de nourrissons dans le cadre de la protection maternelle et infantile et des bilans de santé dans les écoles maternelles avec le conseil général. J'ai eu mon DU de médecine préventive des enfants. Je suis restée au conseil général jusqu'en 1995 où là on m'a proposé un poste en gériatrie dans le service des personnes âgées d'une structure qui, à l'époque, s'appelait M. à SBP. qui regroupe des établissements médico-sociaux dont un établissement pour personnes âgées qui comporte 310 lits. On m'a demandé d'intégrer cette structure et d'être le médecin traitant de ces personnes âgées parce que ces personnes âgées ne gardaient pas leur médecin traitant. Je basculais d'une médecine de prévention vers une médecine de soins. J'étais assez anxieuse de ça donc j'ai accepté ce poste tout en préparant en même temps ma capacité de gérontologie à N. J'ai obtenu ma capacité de gérontologie en 1999. Je suis restée 8 ans à l'Edpa (établissement départemental pour personnes âgées). J'avais vraiment une activité pure de soins. Je me suis rendu compte que la personne âgée avait vraiment besoin d'une prise en charge globale. On avait beaucoup de travail en dehors du soin; beaucoup de travail de prévention et d'extrapolation par rapport à cette prise en charge. J'avais demandé un poste de médecin coordonnateur au directeur mais il n'y en avait pas, le directeur n'avait pas vu la cohérence de faire une demande de poste de médecin coordonnateur. Ca me manquait un petit peu. Après j'ai complètement changé, j'ai quitté l'établissement. Depuis 2003 je travaille comme médecin au centre de soins de suite et de réadaptation mutualiste à SN. C'est un service de soins de suite polyvalent de proximité. On y prend en charge énormément de personnes âgées qui ont besoin d'être revalidés soit dans des suites médicales ou chirurgicales. On a aussi une forte orientation en soins palliatifs. Mon expérience en gériatrie me sert beaucoup. Avec les soins palliatifs elle est beaucoup plus orientée sur la cancérologie puisqu'on prend en charge beaucoup de patients du centre ED. On est regroupé avec le pôle hospitalier mutualiste de SN. Quand j'ai commencé au centre de soins de suite, c'est vrai que la gériatrie était plus sous un angle soins de moyen séjour. On m'a proposé un poste de médecin coordonnateur ici à la résidence que j'ai accepté. Je suis médecin coordonnateur à la résidence JM. depuis février 2004."

"J'ai passé la capacité de gérontologie dans le cadre de mon ancienne activité de gériatrie. J'ai passé l'année dernière, plus par rapport à mon activité essentielle de médecin en tant que soignant en soins de suite, le DU d'oncogériatrie."

"On a résigné la convention tripartite en juillet 2008. Il y a eu deux autres médecins coordonnateurs avant moi. Dès l'ouverture en 1993 il y a eu un médecin coordonnateur. Ma date d'entrée est en février 2004. Ce n'est pas public ni privé c'est mutualiste associatif. On a 81 résidents. C'est âgé, on est à 90 ans d'âge moyen. On est à 478 de Gmp actuellement. Le Pathos moyen qui a été validé est aux alentours de 120. Il a été validé lors de la résignature de la convention tripartite. On a résigné en juillet et le Pathos est celui d'août 2008. Il y a 40 médecins généralistes car on a 2 hébergements temporaires. J'ai 20% soit 0,20 Etp soit un jour par semaine. On a un dossier médical papier qui collige toutes les informations, lettres, compte rendu, ordonnances. On fonctionne surtout avec un dossier informatique et le nom du logiciel est Isisoins. Il y a une infirmière coordinatrice et deux autres infirmières; elles sont toutes à ¾ temps. Il y a 11,19 Etp en aides-soignantes."

"Je n'ai pas un bureau spécifique; j'ai un bureau à moi dans la salle de soins. J'ai à ma disposition un ordinateur et un téléphone. Oui, il y a des synthèses formalisées avec l'équipe soignante. Il y a deux types de réunions. Des réunions d'équipe globale où il n'y a pas que AS

et IDE, il y a vraiment toute l'équipe: AS, ASH, IDE, la gouvernante, l'équipe de restauration. On voit un point particulier par exemple: le plan canicule ou la gestion d'une BMR. C'est une fois par trimestre. Il y a aussi des synthèses formalisées tous les 15 jours avec l'équipe soignante et la directrice où on parle de différents résidents, soit des résidents qui posent problème ou des résidents pour qui on refait le projet de soins. La directrice ne participe pas toujours à ces synthèses mais elle peut participer. Il n'y a pas de réunion formalisée avec la directrice et moi-même. Dès qu'on a besoin de se voir, on se voit. Dès qu'on a un problème, aussi bien l'une que l'autre, tout de suite on essaie de se voir. On n'a pas de réunion formalisée. Je peux faire une réunion d'information aux résidents de temps en temps sur un sujet. Cet hiver j'en ai fait une sur l'intérêt de se faire vacciner contre la grippe A. En septembre je vais en refaire une sur la maladie d'Alzheimer. Il n'y a pas de rencontres formalisées avec les résidents, c'est en fonction des besoins et en fonction des problèmes rencontrés. Il y a des résidents que je connais beaucoup plus que d'autres, que je croise dans le couloir, lors des activités et des animations. Je rencontre les familles en cas de problème particulier, c'est-à-dire souvent quand on dépiste des troubles de mémoire, où là j'essaie d'en parler un peu avec les familles. Je peux voir les familles à leur demande.

Non, j'ai peu de relations avec le réseau gérontologique. On m'avait proposé de participer à la réunion des médecins coordonnateurs de l'hôpital de SN. mais c'est un jour où je ne peux jamais. De par mon ancien cursus, je connais bien certains médecins de gériatrie notamment à l'hôpital de SN. Je connais les médecins du Respel (réseau de soins palliatifs de l'estuaire et de la Loire). Moi, je n'hésite pas à les contacter si j'ai besoin. Je n'ai pas de rencontres formalisées avec eux effectivement."

"On s'en est bien re-préoccupé du projet de soins lorsqu'on a résigné la convention tripartite. On a essayé de re-balayer ça en 2008. En 2009 je ne l'ai pas fait. En 2010 on a un projet sur la nutrition et sur la communication sur la maladie d'Alzheimer. Ca reste ponctuel. L'avis sur les admissions c'est si la directrice me demande ou me sollicite. Elle me sollicite de plus en plus notamment pour les personnes qui présentent des troubles cognitifs et là je fais une visite de pré-admission systématique. Maintenant, pour plus de 50% des admissions, elle demande mon avis. Quand l'infirmière me signale des problèmes de communication avec les médecins traitants, j'essaie d'aller auprès d'eux pour les inciter à plus communiquer avec nous, à laisser plus de traçabilité dans les dossiers. Au niveau des kinés je ne les rencontre pas du tout, je n'en fais pas beaucoup auprès des kinés. On n'a pas de gens pris en charge par les orthophonistes.

Oui, on a travaillé sur la prévention des risques. On a travaillé sur les BMR car on a eu une patiente qui était porteuse d'une BMR donc on a fait un gros travail auprès de l'équipe. On a eu une personne atteinte de gale en 2008-2009 donc on a fait un gros travail au niveau de l'équipe. Pour la prévention des risques on a relancé le plan canicule cette année, la grippe A cet hiver. Là, on va beaucoup travailler sur les infections respiratoires aiguës, c'est le projet de cet hiver. C'est l'infirmière coordonnatrice, dès qu'elle voit qu'un résident change d'autonomie, elle essaie de remettre la grille AGGIR à jour. Elle me demande toujours de jeter un coup d'œil. Sinon on le fait au moins une fois par an, on revoit tous les Gir des résidents. Concernant la continence et le port de changes, c'est ce qui me vient en premier, ici il y a un bon travail de fond. Concernant la continence je ne m'en occupe pas beaucoup parce que je sais que l'équipe va faire tout son possible pour préserver la continence au maximum ou inciter les personnes qui ont un change à quand même utiliser les toilettes. C'est vrai que je ne me suis pas beaucoup penché sur la continence. On a fait un travail sur la contention physique. On a fait une information au niveau de l'équipe. J'ai mis à disposition des médecins une prescription médicale type où ils ont uniquement à cocher ce qu'ils veulent; comme ça, pour toute contention physique on a une prescription médicale.

Les bonnes pratiques gériatriques c'est un peu vaste. Non il n'y a pas de liste type de médicaments. Le problème c'est qu'on a 40 médecins qui interviennent, on a 2 pharmacies qui nous livrent. En général, on essaie de voir directement au niveau des médecins. On a eu une évaluation par la CPAM, on était en dessous des moyennes de prescription, on était en dessous de 9 médicaments par résident. On n'a pas le projet d'une liste type de médicaments.

Oui, il y a un gros travail de formation au niveau de l'établissement. Pour l'année en cours, il y a eu une formation "humanité": c'est une philosophie pour prendre en charge une personne au moment de la toilette, ce n'est pas le soin mais plus le mode relationnel. Toute l'équipe a été formée à "humanité". Ce n'est pas à la demande du personnel, ça a été un souhait de mutualité retraite de former. Il y a eu la moitié de l'équipe de formée puis la directrice a souhaité que toute l'équipe soit formée en entier. Il y a eu une formation qui s'est terminée en juin 2010, c'était la cohésion d'une équipe parce qu'il y avait une légère distension. Pour la cohésion de l'équipe il y a eu beaucoup de jeux de rôles, de groupes de parole. C'était avec un intervenant et en petits groupes. Pour "humanité" c'était pareil, des mises en situation. La formation s'est faite au sein de l'établissement, le formateur prenait des résidents pour servir de support à la formation. Ca peut arriver qu'il y ait des topos; en général je pars des besoins de l'équipe. C'est-à-dire une maladie particulière qui va poser problème on va en profiter pour faire une petite formation là-dessus. Avec la ville et une association de réinsertion, il y a eu tout un projet de remettre en place le jardin du canton qui était un peu à l'abandon. Le jardin a été relancé et pour l'inaugurer on fait une journée sur la maladie d'Alzheimer en septembre. C'est destiné aux familles et aux résidents. Le dossier de soins est informatisé, il y a tout l'aspect des transmissions et des tâches. Le dossier de soins est revu lors de la synthèse des résidents. Non je ne fais pas le rapport annuel médical d'activité dans le sens où "mutualité retraite" nous a demandé de ne pas le faire car toutes les statistiques étaient reportées au niveau du groupe "mutualité retraite". Je ne fais pas mon propre rapport d'activité médicale. Il y a des conventions qui existent mais qui ne sont pas toujours à jour. En fait on a aussi une convention avec le Respel et l'Had. On fait pas mal intervenir l'Had. On travaille avec l'hôpital de SN.; tous les résidents sont hospitalisés en gériatrie à l'hôpital de SN. le plus souvent. Moi, je travaille beaucoup avec l'hôpital de jour de gériatrie notamment pour les consultations mémoire. Ca se limite là pour les réseaux gérontologiques."

"C'est par courrier pour tout ce qui touche des thèmes globaux. Pour le renouvellement du plan canicule on a envoyé une liste de résidents à risque. J'essaie de faciliter au maximum leurs tâches au sein de la maison de retraite. Si pour la canicule eux avaient des dispositions particulières qu'ils n'hésitent pas à nous faire passer les consignes par rapport à leurs propres patients. Ce sont des courriers écrits pour des thèmes très généraux. Concernant des résidents qui ont un problème de santé ou une prise en charge un peu plus spécifique ou difficile, là, je n'hésite pas à prendre mon téléphone et à échanger par téléphone avec eux. Ca peut aussi être dans le couloir quand ils viennent et qu'on se croise.

Oui, on faisait des rencontres formalisées avec les médecins généralistes, une par an, mais on a du mal à tenir donc c'est peut être une tous les 2 ans. La dernière fin 2009. Globalement c'était tous les ans mais en fait c'est tous les 2 ans. Sur 38 médecins il y en a 8 qui participent. Par contre, pour ceux qui viennent, ce sont des médecins très moteurs. Ce ne sont pas forcément des médecins qui sont aussi médecins coordonnateurs, certains le sont mais pas tous. Ce sont des médecins généralistes très dynamiques, très impliqués et dans tous les réseaux d'ailleurs. Ce n'est pas un très gros pourcentage mais c'est constructif. Même si le nombre d'intervenants est petit, c'est au moins 3. J'aime bien communiquer, je ne vois pas l'intérêt de rester dans mon coin. J'échange toujours avec la direction ou l'équipe soignante de la maison de retraite. C'est aussi très important d'échanger avec les médecins traitants donc je mettrais 4.

Le problème qu'on a eu c'est qu'on avait un ancien logiciel informatique qui a été changé. On a un nouveau logiciel informatique et on a eu énormément de difficultés à le mettre en place. Il a fallu tout ressaisir donc c'est moi qui ai ressaisi tous les dossiers médicaux. Donc pendant un certain temps on a demandé aux médecins de ne pas toucher à l'informatique. On a eu un effet un peu délétère, néfaste. La tenue du dossier médical c'est moi qui le fais en général. Ils n'ont pas encore eu de formation pour savoir utiliser ce nouveau logiciel, on va voir. C'est un logiciel assez lourd donc avec un temps de mise en marche important; il y a bien 5 bonnes minutes si on veut bien tout saisir. C'est un peu rébarbatif pour un médecin généraliste. Mon objectif c'était de rentrer tous les dossiers médicaux de façon à ce que eux n'aient pas tout à saisir. Ce sera une bonne occasion d'une réunion avec eux pour les familiariser.

Oui il y a des protocoles. Il y a eu, en collaboration avec les médecins généralistes, la procédure de contention physique. On a fait beaucoup de protocoles, on ne les a pas créés, on s'est inspiré des protocoles de "Respavie" pour tous les soins concernant la fin de vie. Là, les médecins généralistes étaient très demandeurs. On ne l'a pas fait en collaboration mais on en a parlé au cours d'une réunion. Il y a des protocoles pour la fièvre, la douleur... Pour les situations d'urgence, ce sont des protocoles que j'ai repris, modifiés et soumis à l'approbation des médecins généralistes au cours d'une réunion et qu'ils ont validés. Il y a eu un échange pour chaque protocole. J'ai un bon ressenti par rapport à la relation médecin coordonnateur-médecins généralistes. Je me positionne bien. Il y a peut être avec 1 ou 2 médecins où vraiment, là, mon intervention n'a pas toujours été bien perçue notamment pour la fin de vie. Je suis très impliquée dans la fin de vie de par mon activité principale. Quand je vois que l'équipe soignante est démunie par rapport à une prise en charge qui est un peu limitée concernant la fin de vie, je n'hésite pas à appeler le médecin traitant. Ça m'est arrivé de prescrire 2 ou 3 fois. Le médecin traitant n'étant pas joignable dans les 2h qui suivaient, de dire à l'infirmière de faire une ampoule de scopolamine pour encombrement; jamais pour la morphine parce que je pense que ce n'est pas à moi d'initier un traitement pour la douleur. J'interviens plus facilement pour gérer les autres symptômes. Une fois ça a été mal perçu par un médecin mais qui était extrêmement démunie lui aussi. Je le sors un petit peu par rapport à ma relation avec les médecins traitants; c'était vraiment un médecin qui ne savait pas quoi faire lui non plus. Dans ma relation avec les médecins généralistes j'ai vraiment l'impression d'une bonne complémentarité. Ça se passe bien.

Pour moi c'est un soulagement d'être non prescripteur. C'est un soulagement parce qu'on peut apporter d'autres réponses à la prise en charge des patients. Quand un résident à un problème, en tant que médecin coordonnateur, on va essayer de trouver une solution non médicamenteuse, non chimique et on va vraiment essayer d'être complémentaire. Moi, ça ne me gêne pas du tout de ne pas prescrire. En fin de vie ça me gêne un petit peu plus, c'est pourquoi on n'hésite pas à faire appel à l'Had. C'est plus pour soulager les médecins généralistes. L'Had sécurise beaucoup les médecins. On a la chance d'avoir SOS médecins ici, donc si on n'a pas la solution immédiate avec le médecin traitant on va appeler SOS médecin. On a toujours une prise en charge qui va être solutionnée dans la journée."

"Il y a toujours des conflits. Il y en a avec les résidents. Par exemple, des résidents qui ont des troubles cognitifs et quand on commence à leur parler du diagnostic ils ne sont pas forcément d'accord ou ils ne voient pas la nécessité de devoir consulter. Avec les familles, on fait un peu le tampon. On est l'exutoire de certaines familles qui vont reprocher une prise en charge auprès de l'équipe. Notre rôle, c'est de bien faire la part des choses entre ce que ne fait pas l'équipe et ce que souhaiterait la famille, et de voir si c'est de l'ordre de l'améliorable ou du possible. Ce sont souvent des familles qui sont dans le deuil d'une perte d'autonomie pour leur aîné. Donc on va aller sur des revendications et non forcément sur des demandes de prise en charge adaptées. Conflit d'équipe ça peut arriver aussi. Je suis très solidaire avec les

infirmières et elles sont très solidaires avec moi, c'est un atout qui est très important. Ca va plus être des conflits avec les aides soignantes; c'est-à-dire que ce peut être un manque de disponibilité, un manque de réactivité par rapport à certains problèmes. Les aides soignantes repèrent bien tout de suite quel va être le problème et entre le moment où on va faire un bilan l'équipe trouvera qu'il y aura eu trop de temps. Conflits avec ma direction vraiment, non. J'ai accepté ce poste aussi parce que je me suis bien entendu avec l'équipe de direction. Pour moi c'était important aussi. J'ai de la chance, ce n'est pas toujours évident avec tous les médecins coordonnateurs. Je ne suis jamais en conflit avec ma direction. On est vraiment complémentaire. On respecte vraiment nos rôles respectifs. Je respecte son rôle de directeur et inversement elle respecte mon rôle de médecin coordonnateur. Conflits avec les médecins généralistes, j'essaie que ce ne soit pas des conflits. C'est-à-dire que je soulève toujours les problèmes. J'essaie toujours d'être très diplomate dans la façon de présenter les problèmes pour bien faire comprendre au médecin que ce n'est pas l'embêter pour rien mais c'est rendre service au résident ou à l'équipe et favoriser une bonne prise en charge par la suite. Le mode de résolution passe plus par le dialogue, la discussion. J'ai eu une formation sur la résolution des conflits, j'en ai eu une il y a très longtemps. Ca m'est utile maintenant dans la façon de mener une discussion en cas de conflit. C'est-à-dire bien faire attention à l'autre, bien écouter l'autre. C'est plus là où ça me sert et peut être à apaiser mon stress qui est un peu réactionnel par rapport à ça. Non je n'ai pas eu de formation sur le management, ça serait extrêmement intéressant. C'est vrai que j'ai du mal à faire passer ce que je sais. C'est plus facile sur un mode concret. C'est d'ailleurs ce que je fais dans ma pratique, faire passer un message au moment où c'est opportun et nécessaire. C'est plus en prévention, en systématique j'ai du mal. Oui en effet utiliser un algorithme dans les conflits ça pourrait être utile. Franchement je pense que c'est aussi comportement dépendant. Il y a aussi le comportement de l'individu qui joue en face. Il faut d'abord chercher à comprendre pourquoi il y a un conflit et ne pas hésiter à discuter avec la personne avec qui on est en conflit. Essayer de mettre à plat, de rester la plus neutre possible. Il faut faire un gros travail sur le plan personnel aussi. Un algorithme serait intéressant."

"Ce poste on me l'a proposé un peu par hasard. Quand j'avais travaillé en gériatrie j'avais effectivement souhaité avoir une fonction de coordination parce que j'avais trouvé qu'elle était complémentaire du soin voir indispensable. Moi, je trouve que c'est vraiment une complémentarité dans la prise en charge du résident. Il y a toute sa partie soin mais toute sa prise en charge globale, sa dimension psychique, relationnelle, sociale, humaine qui est à prendre en compte en gériatrie, c'est très important."

"Oui mon activité correspond à l'idée que je m'en faisais. Ce qui me stress un petit peu c'est qu'on a de plus en plus un rôle de vigilance sanitaire avec beaucoup de casquettes, beaucoup de responsabilités, aussi des responsabilités au niveau des tutelles. On est le garant au niveau du Gmp et Pathos moyen. On a de grosses responsabilités. J'aimerais que ça ne devienne pas trop administratif. J'aimerais que ça reste comme c'est. Quand j'arrive ici, je commence par lire les transmissions pour lire la vie de la maison, la vie de l'équipe. Si on n'a plus qu'un versant très administratif pour moi ça sera forcément délétère."

"C'est intéressant parce que là aussi on est très complémentaire. Quand j'ai besoin d'avoir un placement en hébergement temporaire ou en hébergement définitif, je peux travailler avec la maison de retraite ici. Inversement, ici, au sein de l'Ehpad, quand on a une situation difficile à gérer en fin de vie ou une personne qui, pour une raison médicale x ou y ne peut pas rester dans la maison de retraite sans pour autant avoir besoin d'une hospitalisation, on peut aussi faire une admission directe en soins de suite. Là on peut vraiment travailler en complémentarité. C'est intéressant."

"Comment je la vois se profiler actuellement? Moi j'ai très peur qu'on ait beaucoup plus de cette casquette administrative pure et simple. D'un autre côté je pense qu'on nous en demande de plus en plus. Moi j'aime bien le terrain de toute façon. J'ai très envie que le médecin coordonnateur reste une personne de terrain au sein de l'Ehpad. Je pense que le médecin coordonnateur doit être imprégné de la vie de l'Ehpad comme le sont les AS, les IDE, la directrice, la gouvernante etc. Quand je travaillais en gériatrie, j'avais connu justement le fait de suivre et de prendre en charge tous les résidents, c'est vrai que c'est un gain de temps pour l'équipe parce que effectivement on n'a plus affaire à 38 ou 40 médecins généralistes mais à 1 ou 2. D'un autre côté, c'est peut être moins diversifié, moins enrichissant aussi. Là, on a x médecins qui ont des prises en charge complètement différentes. Pour moi c'est réducteur d'avoir que le médecin coordonnateur en Ehpad et pourtant j'aimais bien mon activité. Je pense qu'on n'aura pas forcément le temps de faire autant de prévention que si on le fait actuellement avec la double casquette coordonnateur et généraliste extérieur. Parce que si le médecin coordonnateur s'occupe aussi du soin du résident on aura forcément moins de prévention. Je pense que le médecin coordonnateur n'aura pas autant de temps à consacrer à la prévention."

## ENTRETIEN N°4

"Je suis le Dr T., 56 ans. J'ai fait mes études à la faculté de N. J'ai été interne secondaire 4 ans à SN. J'étais frotté à différents services dont celui de gériatrie avec le Dr R., qui est un des pionniers de la gériatrie dans le coin. Je me suis ensuite installé en libéral comme généraliste dans les années 80. J'ai fait le diplôme de gériatrie qui se faisait à ce moment là sur N., T. et A.; c'est la capacité de gérontologie. J'ai travaillé comme généraliste à B. pendant 28 ans. Les différentes maisons de retraite m'ont demandé d'être le médecin coordonnateur donc j'ai arrêté mon activité libérale et je me suis consacré à ma fonction de médecin coordonnateur."

"J'exerce à B., GP. et D. Ces 3 structures sont publiques. L'intérêt pour moi c'est que j'ai les mêmes interlocuteurs; les responsables sont les mêmes, le comité d'hygiène c'est le même. C'est donc plus facile pour moi, j'ai les mêmes interlocuteurs pour les 3 structures. B. compte 120 résidents, j'y travaille à 0,25 Etp. GP. compte 127 résidents, j'y travaille à 0,30 Etp. D. compte 80 résidents, j'y travaille à 0,25 Etp. L'âge moyen est de 84 ans sur l'ensemble des structures. La première convention tripartite signée à B. date d'il y a 5 ans car elle vient d'être renouvelée cette année. Pour GP. c'est assez récent, c'est en 2009. Pour D. ça fait 2 ou 3 ans. Pour chaque structure j'ai été le premier médecin coordonnateur: B. depuis 4 ans, GP. depuis 4 ans et D. depuis 3 ans. A B. le Gir est entre 650 et 700, Pathos validé à 150. A GP. le Gir est à 800, Pathos validé à 165. A D. le Gir est entre 800 et 820, Pathos validé à 190. Il y a entre 10 et 15 médecins généralistes qui interviennent dans chaque structure. Le dossier médical est informatisé avec le logiciel ASC2I. Il y a quand même des dossiers papiers que l'on conserve. Certains médecins travaillent encore sur le dossier papier. Sur B. il y a une infirmière cadre avec 3 infirmières. Sur GP. il n'y a pas d'infirmière cadre mais il y en a une de recruté pour la fin d'année et il y a 4 infirmières. Avec le nouveau Pathos et le nouveau Gir-âge validés ça a considérablement changé le nombre de personnel, ainsi on a eu 18 postes supplémentaires. Sur D. il y a tout juste une infirmière cadre avec 3 infirmiers. Ainsi pour chaque structure j'ai une infirmière cadre mais pour le nombre d'aides-soignantes, ça, je ne pourrais pas vous dire comme ça."

"Sur B. je n'ai pas de réel bureau à moi, je suis installé dans la salle de réunion. J'ai cette salle là mais ce n'est pas un bureau qui m'est dédié. Dans les autres maisons c'est pareil, je n'ai pas de bureau spécifique, soit le bureau des infirmières soit dans la salle de soin soit le bureau des médecins. Je n'ai pas d'ordinateur spécifique à moi sauf ici peut-être plus ce poste sinon dans le bureau des médecins ou des infirmières. J'ai accès sans problème à l'ordinateur et au téléphone. Il y a des transmissions dans chacune des structures entre l'équipe soignante. Le jour où je suis là je participe aux transmissions avec toute l'équipe, même le psychologue est là, et à ce moment là on parle des résidents. Il y a un psychologue qui travaille à 0,30 sur B., à 0,30 à GP. et à 0,20 à D. C'est aussi intéressant pour moi parce que c'est le même psychologue dans les 3 structures donc on échange plus facilement, je n'ai pas besoin de re-répéter. La diététicienne est commune aux 3 structures, c'est aussi intéressant. A GP. on a une ergothérapeute qui est à plein temps. Je participe à au moins une synthèse dans chaque établissement par semaine et s'il y a un problème on en cause. Il n'y a pas de réunion formalisée avec le directeur, on se voit très régulièrement. A partir du moment où je viens dans la structure je vois le directeur systématiquement. Le matin en arrivant je lui dis "Bonjour", notamment ce sont des directrices. Au cours de la journée, suivant ce qui s'est écoulé ou ce que j'ai à leur dire, on se voit. De ce côté-là je n'ai pas de souci, ça se passe bien, j'ai un bon échange. Avec les résidents c'est un peu là le souci. Je les vois pour leur entrée lors de la visite d'admission. Vu le temps qui m'est imparti, par la suite je ne les vois pas régulièrement mais de temps en temps. Je ne vais pas dire que je les vois toutes les semaines,

en plus il y a 120 résidents. Il y a certains que je vais voir dans la journée mais il y en a pendant un an je ne vais pas les voir, dans le couloir et encore. Je les vois à l'entrée systématiquement puis après, c'est à la demande de l'infirmière, en fonction de la pathologie, en fonction de ce que l'on recherche. Il y a peu de relations avec les familles mais de temps en temps pour expliquer la pathologie ou le mode de fonctionnement: pourquoi on fait ci avec tel résident, pourquoi on fait ça. Généralement je les rencontre à l'admission. Les familles, on les voit très peu en préventif, c'est à chaque fois quand il y a des soucis, entre guillemets. Leur expliquer que leur parent a une maladie d'Alzheimer et que ... Ils ne sont pas toujours au courant en fait. Leur expliquer que le comportement est dû à la maladie qui évolue. Et que, sur le plan personnel, si on n'aide pas la personne à manger ou si la personne mange tantôt un truc tantôt un autre, c'est normal. On les reçoit avec le psychologue et quelques fois avec l'infirmière et l'équipe, quelques fois seul. On les reçoit à leur demande ou si situation particulière. Oui de temps en temps je participe à des réunions avec des médecins coordonnateurs sur N. Je fais partie de deux associations de médecins coordonnateurs: celle de l'ouest et du centre et une locale."

"Mon activité varie en fonction des années. Une année je peux m'atteler plus à faire une chose et l'autre année autre chose. C'est très variable suivant les années. Ce qui est sûr, je vois les résidents à l'entrée. Pour chaque admission je donne mon avis, c'est obligatoire, c'est pas du tout la directrice, dans les 3 maisons ça fonctionne de la même manière, en gros les 3 maisons fonctionnent de la même manière, c'est l'intérêt pour moi. En plus les directrices se connaissent donc les échanges sont plus faciles, c'est le même esprit. Je ne fais pas la même chose dans les 3 car il y a des différences dans les pathologies, la dépendance. Pour le projet de soin je suis à chaque fois associé. Quand il y a le projet de soin qui est fait, ça prend pas mal de temps sur les autres missions, c'est quand même un gros morceau. Le projet de soin est fait par la convention tripartite pour 5 ans mais revu chaque année. Chaque année il est revu comme ça on voit ce qui a été privilégié. Il est revu en fin d'année pour voir ce qui doit être fait ou refait. Je connais les médecins vu que j'ai été sur place en tant que médecin généraliste moi aussi. C'est vrai que les réunir tous ensemble je ne le fais jamais sauf exception. Globalement, je ne le fais pas, je les rencontre comme ça dans les couloirs.

Oui, on fait la prévention des risques, le plan canicule, la grippe, l'hygiène ... c'est vu. L'évaluation de l'état de dépendance est faite chaque mois pour chaque résident avec toute l'équipe. On revoit tous les Gir tous les mois avec l'équipe. Ca prend beaucoup de temps. Certains mois on revoit que les résidents qui ont changé ou pendant les vacances comme les équipes changent. Il faut que ce soit les mêmes intervenants et être habitué au Gir-âge. L'application des bonnes pratiques par définition, les contentions, la continence, la liberté d'aller et venir ... c'est même des références.

Non, il n'y a pas de liste type de médicaments. Actuellement comme chaque médecin généraliste prescrit et chaque résident va dans sa pharmacie, il n'y a aucun intérêt. A partir du moment où vous avez une pharmacie interne le problème est complètement différent. Dans ce qui est prévu, mais pas cette année d'après ce que j'ai lu, il y aura le forfait, dans ce cas on verra ça. D'ici là on va se battre avec certains pour rien, ce n'est pas la peine. C'est mon avis.

Je n'ai pas de programme particulier, je fais en fonction de ce qui les intéresse et en fonction des situations cliniques qui se présentent. C'est en fonction des maisons: à B. il n'y a pas de topos, sur GP. je fais passer pas mal de choses lors des transmissions, des infos sur les bonnes pratiques gériatriques, de temps en temps il y a un topo. Il n'y a rien de fixé, c'est en fonction des besoins. Le support est oral, toujours à partir de leurs pratiques. Je ne fais pas de cours magistral. C'est les gens qui parlent et à partir de là je rebondis et j'apporte. Ca se passe bien. Le dernier que j'ai fait c'est il y a 15 jours à D. sur la dépression. Je leur ai demandé ce qu'était

pour eux la dépression, qu'est ce qu'était la dépression chez le sujet âgé. A partir de là on complète. Le sujet est souvent à la demande de l'équipe. C'est beaucoup plus intéressant parce qu'on parle de Mr untel, est ce que c'est une tristesse simple... C'est de la pratique pure. Le dossier de soin est informatisé. L'informatique c'est indispensable, sans informatique on ne pourrait rien faire. C'est une des premières choses que j'ai fait. A B. c'était déjà informatisé, la directrice avait déjà commencé. Dans les autres structures, ça a été chaud car les logiciels choisis étaient de vraies catastrophes. C'est le même logiciel dans les 3 maisons.

Oui, je fais le rapport annuel d'activité médical, vraiment tous les ans mais succinct, relativement succinct, je ne m'étends pas. Ca a été vu ce qui devait être dit dans les réunions de médecins coordonnateurs de la région. Il a été dit ce qu'il fallait, je fais ça en gros. Je l'envoie aux médecins du conseil général parce qu'ils ne les ont pas autrement, c'est eux qui le souhaitaient. Autrement ils ne le voient jamais.

Oui, il y a des conventions qui sont faites avec le CHS, le réseau de soins palliatifs, le réseau douleur, le Corina pour l'hygiène. Ca se passe bien. Avec la psychiatrie il y a quelques soucis, on n'est pas les seuls. C'est loin d'être simple avec la psychiatrie et surtout pour que ça fonctionne."

"Dans l'ensemble je dirais que les relations sont bonnes ; dans l'ensemble Je n'ai pas de souci. Il y a toujours un cas particulier. La semaine dernière j'ai eu un souci avec un remplaçant. Il a refusé de venir pour un résident. Je ne sais pas comment ça s'est terminé mais si il n'est pas venu je ne sais pas comment ça va se terminer. Là je ne veux pas le savoir. Bref. Quand un médecin refuse de se déplacer c'est exceptionnel. C'est ça le problème, il n'y a pas SOS médecin ici. Vous ne pouvez pas faire appel à quelqu'un d'autre donc qu'est ce que l'on fait. C'est pour ça qu'il faut être un petit peu conciliant. Ayant été généraliste pendant 28 ans, c'est vrai que je ne vais pas leur demander des choses qui soient impossibles. Faut être clair ce n'est pas facile, on est en plus dans une région relativement désertifiée en médecins. Mais il y a quand même des choses sur lesquelles on ne peut pas transiger; on est médecin, on est médecin. C'est par téléphone, courrier, ou je les vois directement de temps en temps. Evidemment comme je viens toujours le même jour je vois toujours les mêmes. Il n'y a pas de rencontres formalisées avec les médecins généralistes parce que je n'ai pas le temps et ils n'ont pas le temps.

Pour le dossier médical il faut être clair, les antécédents c'est moi qui les rentre. Certains mettent un petit mot ou bien les infirmières mettent un petit mot dans le dossier. Il y a quelque chose qui est mis dans le dossier médical mais pas forcément par le médecin généraliste ça peut être par l'infirmière. Les protocoles ont peu été faits avec la collaboration des médecins généralistes. Globalement ils n'ont pas eu à dire sur l'ensemble des protocoles.

Dans l'ensemble des relations avec les médecins généralistes je n'ai pas de soucis. C'est difficile à dire, certains ont un regard gériatrique et d'autres ne l'ont pas. De temps en temps je téléphone en disant: "Je pense que..." Ils sont souvent d'accord. Je vois encore un médecin me disant: "Quand je ne suis pas là tu règles à ma place, tu es médecin." Je le fais mais à chaque fois c'est dans les situations d'urgence. A un moment j'étais médecin coordonnateur et médecin traitant et à ce moment là j'avais quelqu'un qui me remplaçait deux jours par semaine, je ne voyais plus les patients qui étaient dans la structure sauf urgence. Je ne voyais plus mes patients en tant que libéral, c'était ma collègue qui les voyait sauf exception. Si il y avait un problème aigu, bien sûr je les voyais. J'ai jamais mélangé les deux fonctions parce que je trouvais que c'était un peu compliqué pour les gens.

Quelques fois c'est gênant d'être non prescripteur, surtout pour tous les résidents qui ont une maladie d'Alzheimer, troubles du comportement. Comme il y en a un sur deux qui a des

troubles cognitifs, ça représente pas mal de monde. Il y a des protocoles comme pour la douleur mais avec certains c'est difficile avec d'autres non. J'aimerais pouvoir prescrire de temps en temps."

"Oui je rencontre des conflits. Il peut y avoir des conflits avec les familles mais c'est pour ça qu'on les reçoit. Ça peut être avec les médecins. Oui il y a des conflits, bien sûr. Le conflit avec la collègue je le considère comme dur. Avec la directrice, jusqu'à maintenant je n'ai pas eu de vrai conflit. On a eu des échanges, on peut ne pas être d'accord sur certaines choses, mais ce n'est pas pour ça que c'est un réel conflit. Avec le personnel soignant, pas de conflit mais il faut y aller progressivement. Il y a des choses que vous pensez que vous mettrez en place mais il va falloir du temps pour les mettre en place sinon c'est vrai que vous irez directement au conflit. A partir du moment où, petit à petit, ils voient l'intérêt, ça va. Faut d'abord se faire accepter par l'équipe soignante. Si on ne se fait pas accepter par l'équipe soignante, si on est là comme ça et on donne nos directives, ça passe pas. D'où l'intérêt d'être suffisamment de temps sur la structure. Le problème c'est que je suis là que de temps en temps, par rapport au temps légal je suis bien en dessous. Au départ, c'était les tutelles qui ne voulaient pas, il faut être clair. Les maisons de retraite étaient d'accord mais les tutelles ne sont pas d'accord. Il faut mettre les choses telles qu'elles sont. Les sous sur les textes: oui, mais on ne donne pas les sous pour le faire. Actuellement je pourrais être plus dans une structure que dans l'autre mais je trouve qu'en étant comme ça j'apporte; faut plutôt que j'apporte un petit quelque chose que rien. Les directrices se connaissent, elles sont d'accord là-dessus. Il faut mieux que je sois sur 3 structures où j'apporte un petit quelque chose plutôt qu'à une seule.

Oui, quand même, globalement les conflits seraient plus avec les médecins généralistes et peut être même plus avec les tutelles. Quand on dit aux tutelles: "Il faut ci, il faut ça.", ils vous disent: "oui" mais ils ne vous en donnent pas les moyens. C'est quand même pas simple avec les tutelles. Avec la généraliste je ne sais pas comment ça va se résoudre mais là c'est encore différent parce que c'est quelqu'un qui remplace donc elle doit prendre les habitudes du médecin. Si ça avait été le médecin traitant que je connais bien il n'y aurait pas eu de souci, il serait venu sans aucun problème je suis sûr. Autrement avec les médecins traitants ça va. Il y en a un je laisse tomber, il se débrouille avec ses patients, il a tendance à poser problème dans la structure.

Oui j'ai eu une formation sur la résolution des conflits. Oui j'ai eu une formation sur le management. (Rires). C'est pas simple, c'est tout un métier ça. Oui j'ai eu des notions, des notions...si, ça aide quand même. Oui sinon on est pas du tout formé pour ce genre de chose. Ça, en tant que médecin, c'est pas tellement dans nos cordes. Ce qu'il peut y avoir c'est le conflit entre famille et équipe soignante aussi. Là c'est intéressant de voir les familles pour déminer la situation."

"C'est-à-dire que je me suis investi progressivement. Il est vrai que l'on m'a sollicité, on est venu me chercher. Quelque part ça tombait bien, je ne vais pas vous le cacher, en milieu rural pendant 30 ans avec la vie que j'ai menée... C'était passionnant mais épuisant physiquement. C'est-à-dire que j'ai arrêté progressivement la médecine générale, j'ai fait un glissement progressif. Avant de m'engager complètement en tant que médecin coordonnateur, je me suis dit: "Tu vas voir comment ça se passe et puis tu verras, si ça ne va pas tu fais demi-tour." Non, non ça correspond. C'est un métier complètement différent. C'est intéressant parce que c'est justement quelque chose de différent où on travaille avec une équipe. Moi j'étais seul en tant que généraliste, je n'étais pas en cabinet de groupe. Il y en a qui sont plus seuls en cabinet de groupe que si ils étaient seuls. On travaille vraiment en équipe et c'est ce travail en équipe et de management qui est aussi intéressant. De faire passer des idées de bonne pratique, de

faire évoluer les choses, de faire...c'est intéressant. Ca a permis, de manière importante, dans les 3 structures d'augmenter le nombre de personnel. A partir du moment où ça a permis d'augmenter le nombre de personnel, ça permet de faire venir d'autres métiers: ergothérapeute, kiné, diététicienne, psychologue qui, jusque là, n'étaient pas rentrés dans la structure et permettre d'améliorer les choses, je trouve que c'est des points très positifs. Médecin généraliste et médecin coordonnateur c'est vraiment deux métiers très différents. Si vous m'aviez dit que j'aurais fait ça à la sortie de mon internat, j'aurais dit non. Autant maintenant non, je trouve que c'est... je suis content. Bien sûr tout n'est jamais rose. Globalement c'est bien."

"Oui mon activité correspond à l'idée que je m'en faisais, tout à fait. En fait l'activité c'est moi-même qui l'ai créée."

"Je suis beaucoup plus présent dans le sens que je peux changer de jour. Ce qui m'arrive très fréquemment. Ici je travaille le mardi mais s'il y a une réunion du comité d'hygiène le vendredi pour l'ensemble des structures, hop je change. Ici on est sur un gros projet. Ce n'est pas noté dans les fonctions de médecin coordonnateur mais ça me bouffe beaucoup de temps. Ca me bouffe un temps qui va être énorme et qui est énorme. La maison de l'I. est un Ehpad qui était relié au CHS de B. jusqu'à maintenant. Il va y avoir fusion entre l'I. et donc imaginez le nombre de réunions que ça peut entraîner au niveau administratif et à tous les niveaux. Quand les tutelles disent que la réunion est vendredi matin, on ne peut pas dire: "Je ne peux pas". En médecine libérale je ne pourrais pas être autant disponible, c'est impossible avec les rendez-vous. Même en ayant un temps moindre je suis beaucoup plus disponible. Les directrices le savent bien, ça les arrange aussi. Ce qui rend service à l'un rendra service à l'autre. Si c'est pour l'un une fois ce sera pour l'autre une autre fois. C'est pour ça que je dis que ce soit bien pour moi que ce soit les mêmes instances. Je jongle entre les réunions, les journées de présence dans les structures. Ca m'aide énormément d'avoir été généraliste avant. Vis-à-vis des collègues, je sais ce que c'est que le boulot de généraliste. On ne peut pas leur demander certaines choses, il faut l'avoir pratiqué pour pouvoir s'en rendre compte. C'est pour ça aussi, inversement, ce qui s'est passé hier je n'admets pas. Il y a des choses où on ne peut pas transgresser. Je sais ce que c'est que d'avoir des rendez-vous mais quand il y a un truc urgent, désolé il faut se déplacer. Je sais ce que ça représente, je l'ai vécu pendant 28 ans. Je suis réellement conscient si bien que je ne vais pas leur demander des choses impossibles. On s'entend mieux avec certains qu'avec d'autres mais c'est normal, c'est relationnel pur et ce sera toujours."

"Moi je vois une chose, je vais vous dire réellement ce que je pense. Ce qui m'inquiète un petit peu; plus ça va moins il y a de médecins généralistes sur le terrain, on multiplie toutes les autres fonctions. Celui qui est le fantassin de base s'il n'y en a plus je ne sais pas comment on va faire. Il faut se confronter à la réalité des faits, normalement, là où moi j'occupe dans les 3 structures il faudrait 3 médecins mais je ne vois pas où on va les trouver et comment on va les trouver. Ici il va y avoir 3 généralistes qui partiront dans les 5 ans qui viennent et qui ne seront pas remplacés. A D. et à GP. c'est la même chose, c'est des déserts. Ici, en milieu rural, on n'a pas du tout les mêmes problèmes que dans le milieu urbain. Souvent les médecins coordonnateurs en milieu urbain peuvent être rattachés soit à l'hôpital soit à .... Les problèmes sont totalement différents. Comme à chaque fois, et c'est d'ailleurs vrai pour la médecine générale, toutes les décisions qui sont prises sont prises au niveau de P. Ce que nous on représente c'est rien. Pour les gens qui ont une maladie d'Alzheimer, il va falloir qu'il y ait des gens qui soient spécialisés et qui soit médecin coordonnateur lui-même et qui gère ces gens là. De plus en plus je vois un médecin coordonnateur qui s'occupera de plusieurs structures et des prescriptions. Je ne vois pas comment ils pourront assumer. Il manque un nombre énorme de gens. Devant la surcharge de travail des médecins généralistes, du fait qu'ils soient de moins

en moins nombreux j'imagine un médecin coordonnateur pour 4 maisons de retraite mais d'un autre côté il n'y aura pas assez de médecins. Dans les 3 maisons de retraite il va y avoir des structures spécialisées qui se mettent en place pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer. Et ça, ça prend aussi pas mal de temps. Et ça ce n'est jamais compris dans les fonctions de médecin coordonnateur et ça je peux vous dire que ça en prend du temps avec toutes les instances. Surtout pour les patients Alzheimer, je vois des trucs qui sont prescrits ou mis où la prise en charge... Les équipes font ce qu'elles peuvent mais si ça ne suit pas derrière. Comme ça représente un nombre non négligeable de résidents, il y en a 1 sur 2 qui a des troubles cognitifs. Une des premières choses que j'ai faite en rentrant en tant que médecin coordonnateur c'était l'informatique et les troubles cognitifs. La première chose, c'est les dossiers médicaux sur informatique puis toute la gestion informatique. La deuxième chose, je suis allé voir chacune des personnes pour faire un MMS pour voir les troubles cognitifs. Jamais les gens pensaient qu'il y avait autant de troubles cognitifs. Ce qui montre bien aussi qu'on ne les cherche pas forcément et qu'on ne peut pas être partout. L'évolution du métier de médecin coordonnateur est plus liée à un manque de temps du médecin coordonnateur ou du médecin traitant qu'à un conflit médecin généraliste-médecin coordonnateur. Les généralistes, d'ici peu de temps, seront super-heureux. J'en ai parlé avec les généralistes: "On ne sait pas si on sera remplacé". Exemple pratique et la question n'est pas encore résolue. Il va y avoir, c'est officialisé par les tutelles, la fusion entre B. et l'I. On récupère 50 résidents supplémentaires mais qui va les voir. Ils étaient rattachés au CHS, ils n'ont pas de médecin traitant. Ça fonctionnait sur le mode hospitalier. Les généralistes ont prévenu que ce n'était pas possible pour eux de les prendre en charge. En plus, c'est des prises en charge très lourdes, le Gir est à plus de 800 et le Pathos est à je ne sais pas combien. Ce sont des gens type UHR ou PASA mais plus UHR, avec des troubles extrêmement importants. Qui va les prendre en charge et comment. Moi, en tant que médecin coordonnateur j'ai 120 résidents ici et alors j'en aurai 170. Il y a un sacré malaise. Supposons qu'il y ait aucun problème d'effectif, c'est sûr que la gestion serait toute différente mais ce n'est pas le cas. Un truc que je trouve dommage aussi, c'est l'évolution du médecin coordonnateur. Je trouve dommage que le médecin généraliste ne puisse plus être médecin coordonnateur dans le cursus qui va venir. Une fois de plus on enferme des gens dans la fonction de médecin généraliste, on les enferme dans cette fonction là en les empêchant de faire quoi que ce soit d'autre. C'est ce que j'ai vécu et je trouve ça très dommage. C'est le seul métier où on ne puisse pas évoluer. Autrefois le médecin généraliste, si il faisait un CES il pouvait devenir spécialiste. D'accord médecin généraliste c'est devenu une spécialité mais qu'on le fige dans cette fonction là je trouve ça dommage. Ça permet de se réinvestir dans quelque chose et d'y trouver du positif. Quand on a exercé pendant 30 ans et surtout en milieu rural, ce n'est pas évident, physiquement c'est dur, c'est lourd et vous avez fait le tour de la question. Je ne sais même pas si c'est très profitable de continuer à voir les mêmes gens jusqu'à la fin, ça devient une routine, on les voit toujours sous le même œil. Avoir un remplaçant pour ça, c'est bien. Dans mon parcours j'ai été maître de stage pendant des années avant que la maîtrise de stage n'existe. C'est très intéressant d'avoir un autre regard sur sa pratique. Médecin coordonnateur sera un métier à part entière. Si ce sont des médecins coordonnateurs qui n'ont fait que la fonction de médecin coordonnateur c'est dommage parce qu'ils ne vont pas se rendre compte des problèmes que peuvent rencontrer les médecins généralistes. Pour moi c'est très utile d'avoir été médecin généraliste. Pour avoir discuté avec des généralistes, quand le médecin coordonnateur est un jeune qui n'a fait que ça, ils me disent: "Je m'arrange toujours pour qu'il ne soit pas là quand je passe." Elle peut toujours essayer de faire passer quoi que ce soit, ça ne marchera jamais. Si on casse tout ça, ça ne marchera pas et on ne sera pas plus fin. Il y a eu une évolution des choses. C'est un travail d'équipe et surtout l'équipe ne se sent plus seule et abandonnée ayant des références derrière. En tant que généraliste on ne s'occupe pas de l'aide-soignante, du truc et du bazar. Si il y a de la violence et qu'elle répond par de la violence; si personne ne lui dit que ce n'est pas vis-à-vis

d'elle mais que c'est la maladie et qu'il y a d'autres moyens pour gérer ça. C'est là que ça a progressé. Aussi le fait qu'il y ait d'autres intervenants qui viennent: un psychologue, une ergothérapeute ... Ici le problème majeur c'est les locaux, ce que l'on veut depuis des années c'est la suppression des chambres à 2 lits. Malheureusement telle qu'est faite la structure, c'est mathématique: il y a 16 chambres à 2 lits, si on veut faire 16 autres chambres individuelles, on multiplie par le nombre de m<sup>2</sup>: il faut 320 m<sup>2</sup> supplémentaires. On est en ville, on ne peut pas monter en étage, on ne peut pas s'étendre, comment est ce que l'on fait. Essayer de trouver une solution sur le plan architectural c'est difficile. Avoir des gens, aussi bien dans le conseil d'administration que des tutelles, qui vous disent: "Oui, il faut supprimer les chambres à 2 lits mais le budget il va diminuer." "Ah non vous ne diminuez pas le budget c'est pas possible." On ne peut pas nous augmenter nos budgets mais on nous demande de supprimer les chambres à 2 lits, qu'est ce que l'on fait, on ne peut pas. Ce n'est pas possible. Et ça, on ne l'a pas dans nos missions. C'est un projet architectural mais qui est lié au projet de soin: suppression des chambres à 2 lits. Ca prend du temps."

## ENTRETIEN N°5

"Je suis le Dr JM., j'ai 60 ans. J'ai fait mes études à P. Je suis venu dans la région plus pour des raisons personnelles, la région parisienne ne m'intéressait pas trop. Je me suis installé sur D. dans un cabinet de groupe en tant que médecin généraliste libéral. J'ai fait un DU de médecine tropicale, j'ai fait un CES de médecine du sport, j'ai fait trois années d'acupuncture. La dernière année je n'ai pas passé mon examen parce que je me suis rendu compte que c'était une autre vision des choses et que l'acupuncture n'était pas trop compatible avec l'allopathie. Je l'ai arrêté en cours de route, ce n'était pas inintéressant. Je l'ai fait plus pour savoir ce que c'était. L'ancien directeur m'a demandé d'intervenir en tant que médecin dans l'établissement qui était alors un hôpital local. Je me suis pris au jeu. Ca m'intéressait de plus en plus donc j'ai fait une formation de médecin coordonnateur non pas dans le cadre de la gériatrie mais dans le cadre du syndicat MG-Form il y a 4-5 ans. Je l'ai fait parce qu'il fallait que je valide une formation dans les 3 ans pour être médecin coordonnateur. Ca m'a permis de me balader pas mal et de rencontrer d'autres collègues, d'autres conditions de travail. C'est intéressant de faire un peu le point. Le Dr L. m'a poussé pour faire un DU de gériatrie mais je n'avais pas envie de retourner sur les banes, de passer des examens et en plus j'en avais marre de voir mes enfants regarder mes notes."

"C'est un établissement qui vient de passer Ehpad. Avant c'était un hôpital local mais qui n'avait que 2 éléments: long séjour et maison de retraite. Il n'y avait pas de moyen séjour. Classiquement, avec la convention, c'est devenu un Ehpad avec une évaluation Pathos. La moyenne d'âge est autour de 82,9 ans. Je n'ai pas l'âge exact, je suis en train de remplir le projet médical. Le Gir-âge est à 720, le Pathos est à 157. On nous demande le Pathos par rapport au financement. Le nombre de résidents est de 83. C'est un statut public. C'était moi le premier médecin coordonnateur donc c'était en 2007. La convention tripartite a été signée en 2008-2009. Il y a 9 médecins généralistes qui interviennent sur la structure. Ca m'a étonné, je ne m'attendais pas à en avoir autant que ça. D. est en retrait, dans un cul de sac sur le plan routier cartographique. Faire venir les gens ici ce n'est pas évident, ils sont plus happés vers SN. et MB. Je passe tous les jours du lundi au vendredi pendant 3h minimum, ça fait 15h, soit 2 jours. Le dossier médical est informatique avec le logiciel Osiris. Tout est informatique, on a été très rapidement informatisé, ça a été une bonne chose. Quand je me baladais aux formations de médecin coordonnateur j'étais très surpris par le peu d'établissements informatisés. En fait j'étais dans les premiers. Il y a une infirmière coordinatrice qui a été nommée au mois de mars. Il y a 5 emplois temps-plein infirmière, il y a 35 aides-soignantes et ASH mais pas en équivalent temps-plein."

"J'ai mon bureau avec mon ordinateur et mon téléphone. Il y a 3 ailes, dans chaque aile je fais une transmission par semaine pour voir comment ça se passe, régler les problèmes s'il y en a, le vécu des gens par rapport au travail. Dans la structure il y a des problèmes avec la direction et je ne pense pas être le seul dans ce cas. Normalement on fait 2 synthèses par mois, ce qui n'est pas énorme mais on n'arrive pas à faire plus. En fait les synthèses ça se limite essentiellement pour les gens qui viennent de rentrer ou qui ont des problèmes aigus et dans ce cas on reprend le dossier."

Oui il y a des réunions formalisées avec le directeur mais l'équipe trinôme est très dure à mettre en place actuellement. En fait on se rencontre souvent dans les couloirs. J'ai une directrice qui adore les mails, j'adore ces transmissions à travers le réseau informatique alors qu'on est à 10 m. Bref. On se frite de temps en temps surtout en ce moment. Je n'ai pas d'horaire fixe, de jour de visite fixe par rapport à eux. Je passe régulièrement dire bonjour et comment ça se passe. J'agis aussi comme médecin traitant donc je rencontre plus mes propres

patients. Quand il y a des absences, j'agis en conséquence. Je vois les résidents au moins une fois par mois même si ce n'est que dans les couloirs. Oui je demande à les voir un ou deux mois après l'admission pour faire un peu le point par rapport à ce qui se passe. Je les revois quand il y a des problèmes, des tensions avec les soignants, des phrases qui sont sorties à droite-à gauche qui montrent un dysfonctionnement. Là, j'interviens même si ce n'est pas mon patient, je demande à rencontrer la famille. Quand je pense que c'est du ressort du médecin traitant je demande une réunion avec le médecin traitant, l'équipe et la famille. Il n'accepte pas toujours. De temps en temps il y a des problèmes et on intervient en secours. J'ai demandé, il y a 4-5 ans, à avoir des vacances d'un médecin gériatre, c'est le Dr Y. Je désirais ça parce qu'on a quand même une vue différente, c'est une spécialiste donc c'est quand même intéressant pour nous. C'est intéressant pour la formation et l'éducation du personnel, c'est aussi un point essentiel. Ça marche très bien. Actuellement je maintiens ce poste bien que du point de vue budgétaire c'est difficile. Il y a eu une petite phrase qui est passée mais je n'ai pas relevé, j'ai fait la sourde-oreille. J'espère que ça va rester comme ça. C'est vrai qu'on est tous à défendre nos postes. Personnellement j'ai fait partie du réseau des gériatres de l'hôpital de SN, et médecins libéraux. Il y avait une communication entre nous, des formations etc. A partir de là on avait monté la fameuse évaluation des troubles sur le plan psychologique, physique...qui a fini par mourir par manque de force."

"J'ai un tableau pour m'organiser. J'ai 10 missions, il m'en manque 2 mais ce n'est pas grave. Je fais un petit tableau qui me sert aussi de base pour le projet médical et qui me permet de travailler un peu dessus. On avance doucement mais à petits pas on y arrive. Oui, on revoit le projet de soins en sachant que là on est à la ramasse à ce niveau parce qu'on a un gros problème de transmission avec l'informatique. Le personnel s'y est mis très vite, on s'est dit on commence par une aile et en fait on a tout mis en même temps ; ça a très bien fonctionné. Seul problème, les transmissions prennent trop de temps. On va revoir ça à la rentrée pour gagner du temps. Pour les projets de soins, tous les ans, c'est long. Parfois l'évolution des gens nécessiterait une évaluation plus rapide, c'est ce qui nous manque. A un moment je me suis amusé à faire l'évaluation avec la grille AGGIR-âge d'un côté et le plan de soins de l'autre, ça prend un temps pas possible, c'est fou.

Oui je donne un avis à chaque admission. Tous les dossiers passent par moi. Moi je les vois sur un plan médical. Le gros problème c'est qu'on n'est pas une structure fermée donc pas adaptée pour les patients Alzheimer fugueurs donc je donne mon avis par rapport à ça. Je bloque un petit peu ce type d'entrée. Quand je vois "fugues fréquentes" j'aime pas trop. Sur le plan relationnel, c'est la surveillante qui s'occupe de ça. Pour l'instant j'essaie de rencontrer mes collègues. Mes deux collègues de cabinet ont une grosse part d'activité dans l'établissement. Je les vois de façon informelle ici ou au cabinet. Les autres, je les rencontre de temps en temps mais de façon très ponctuelle. J'ai demandé à avoir des réunions. J'ai fait des protocoles par rapport à différents sujets (la fièvre, la diarrhée ...) que je leur ai envoyé; j'attendais une réunion de leur part et j'attends toujours, ça fait 2 ans. On relance ça avec le projet médical. A partir de 2011, avec le Dr Y., on va essayer de faire une réunion pour un peu les rencontrer. Même les points cruciaux comme la prise en charge en phase terminale, il y en a qui ont du mal à suivre et adapter les traitements en conséquence. Les équipes sont très mal à ce moment là si en plus il y a un problème par rapport à la prise en charge. Sur le plan déontologique c'est parfois très difficile. Une dame en phase terminale qui était suivie par un collègue, sa sœur était très mal et commençait à se rebeller. J'ai repris un petit peu la main, j'ai expliqué à mon collègue comment ça s'est passé, il n'a pas compris. A la fin j'ai fini par prendre complètement la main. L'intérêt c'est de se rencontrer et discuter par rapport aux difficultés que l'on peut avoir et pour de l'information sur les protocoles et autres. C'est pas forcément des réunions nombreuses, 2 fois l'an.

Oui il y a des protocoles de faits en relation avec le CLIN qui permet de bien avancer à ce niveau. On a de bonnes relations avec eux. On a commencé à travailler sur les infections nosocomiales et on s'est aperçus qu'il y avait une aile qui était beaucoup plus infectée que l'autre bizarrement. A l'époque, il y avait beaucoup de remplaçants, de jeunes. On s'est posé la question par rapport à la prise en charge, les soins, l'hygiène. BMR, AES pas de problème, tout est mis en place en collaboration avec la médecine du travail et le CLIN. C'est au point. Le Gir-âge est fait avec l'infirmière coordinatrice, j'aime bien pour avoir 2 visions. Le gros problème c'est qu'elle est rentrée ici avec une mission bien précise de la direction. C'était trop administratif pour moi donc j'ai fini par mettre le holà: " L'infirmière coordinatrice c'est aussi les soins donc j'aimerais bien l'avoir un peu dans le service." Maintenant elle vient avec moi pour travailler un peu là-dessus. Logiquement le Gir-âge c'est tous les trimestres. Il n'y a pas d'évaluation par rapport à l'application des bonnes pratiques gériatriques. Quand on a des difficultés c'est le Dr Y. qui est là comme référent, c'est l'avantage pour nous de l'avoir. Quand il y a un doute quelconque: "T'en penses quoi?" On discute, pas de problème. On l'a présenté comme spécialiste ça c'est facile. Elle va mieux gérer les dossiers par rapport aux autres. Elle connaît un peu les gens, ça se passe bien en général, il n'y a pas de difficulté pour l'instant.

La liste type de médicaments est faite en partie dans le sens où il y avait une liste à l'époque de l'hôpital local et moi j'ai fait une liste. J'avais envoyé la liste à tous les médecins qui intervenaient le jour, la nuit et les week-end. Je leur ai proposé ce genre de liste qu'on pourrait avoir, ils ont tous signé OK sans modification par rapport à celle-ci. Quand à avoir ici une liste de médicaments type en interne, non on ne l'a pas encore faite. J'attends cette réunion entre médecins.

Oui je fais des topos avec les soignants. On a un programme. La fréquence est variable. Dr Y. a proposé avec l'hôpital de SN. des choses, ça a été fait pour une bonne partie. Elle a fait des formations sur les troubles du comportement, les démences. Moi j'ai 4 formations à faire: la douleur, la bientraitance, les soins palliatifs, le syndrome dépressif. Je dirais un par trimestre. Le gros problème des formations à l'extérieur: les gens partent en formation par groupe de 2 ou 3 voir seul, c'est bien ils sont contents de leur séjour mais rentrés ici stop c'est terminé. Il n'y avait pas de retour des paroles dans l'établissement, c'est ça qui me gênait beaucoup. Certains faisaient des topos simples et rapides mais il y a des gens qui ont beaucoup de mal à s'exprimer ou à réécrire, ce que je peux admettre et d'autres qui auraient pu le faire mais qui n'ont pas envie de le faire. Ce qui fait que j'ai dit: "Maintenant c'est formation ici, on ne sort plus de l'établissement sauf cas rare et on fait une formation entre nous tous." La bientraitance est quelque chose de très important, tout le monde doit y passer. Douleur c'est pareil. On a discuté avec des gens qui travaillent dessus, j'avais fait un pré travail, des gens du Respel; on s'est mis autour d'une table et on a fait un petit topo. On a des conventions. Pour la psy on est en relation avec B., ça se passe très mal, c'est très difficile. Je veux bien croire qu'ils aient des problèmes de personnel mais tout le monde en a, faut pas exagérer. Par exemple, à B., quand on veut quelque chose on passe par la barrière des infirmières et je vous jure que c'est impossible à passer. On relance tous les 2 mois et on nous dit: "Bah oui..." Il y a des conventions avec l'hôpital de SN. pour le plan bleu, la gériatrie, l'Had etc. Il n'y a pas de problème. A ce niveau là il y a une collaboration importante. La directrice est très forte à ce niveau parce que ... plus elle a de conventions avec les hôpitaux mieux c'est pour elle; à tel point qu'elle a fait une convention avec le Clic mais nous le Clic ça nous apporte rien du tout."

"J'ai jamais eu de problème, j'ai jamais eu d'engueulade, j'ai jamais eu de coup de gueule. Il y a une seule fois où il y a eu un petit hic avec un confrère. Il reprenait un dossier, il y avait un flou entre les deux pendant quelques jours... on s'est expliqué, c'était pas méchant. Oui c'est dans le couloir, par messages sur Osiris. On leur laisse des messages et c'est à eux de lire leur

boîte. Sinon un coup de téléphone, il n'y a pas de problème. Il n'y a pas de rencontres formalisées.

Oui, ils font la tenue du dossier médical. J'ai eu un ou deux problèmes avec des collègues qui n'avaient pas envie de s'y coller pour faire ce genre de chose. Ils me laissaient leur compte rendu et je tapais derrière. Ce n'était pas une question d'être avare de renseignements. Il y en avait un qui partait en retraite en fin d'année. Bon ça va. Les protocoles ont été fait au moment de l'hôpital local donc on les a ressortis et réactualisés pour l'Ehpad. J'ai envoyé à tous les collègues les protocoles. Il n'y a pas eu de problème. Il n'y a pas eu d'approbation pour l'instant mais il n'y a pas eu de retour négatif pour l'instant. Les protocoles ça les aide. Ça permet de dégager un peu de temps, ça permet de ne pas avoir à les appeler tout de suite, voir comment ça se passe. Ils ont intérêt à accepter.

Ca ne pose pas de problème le fait d'être non prescripteur, pas du tout. Il y a des questions qu'on se pose mais c'est plutôt le Dr Y. qui va les poser de façon plus diplomatique. C'est elle qui dira et qui va arrondir les angles. Le fait qu'elle soit gériatre ça passe plus facilement."

"Conflit c'est peut être un bien grand mot. Lorsqu'il y a une prise en charge un peu difficile par rapport à la fin de vie, on rediscute du dossier avec l'équipe et la psychologue, ça permet d'aplanir un petit peu les choses parce qu'il y a beaucoup de non dit. Quand C., la psychologue, me dit: "Dis donc tu as un souci avec tel ou tel sujet", on va se rencontrer. Les conflits, s'ils existent, ils ne sont pas nombreux. On va souvent à la discussion. Avec les familles, il y a eu quelques fois des accros, plus avec les soignants qu'avec moi. Là, je les convoque pour discuter un peu avec eux pour aplanir un peu les choses, voir comment ça se passe. En général ça se passe bien. Ils sont en souffrance, il faut comprendre, il ne faut pas exagérer non plus. On essaie d'interpréter un petit peu les choses et voir comment ça se passe. Je me rappelle d'une famille très difficile. La maman est décédée et en fait c'était un soulagement et la personne était complètement transformée. En général ça se passe bien, ça peut arriver quelques soucis. Conflits: non, en général ça se passe bien. Actuellement j'ai un cas où il y a des difficultés mais il n'y a pas de problème majeur. Je n'ai pas de procès sur le dos encore. La direction, c'est un peu plus difficile. Avant j'avais aucun problème, j'ai eu 3 directeurs et aucune difficulté. Là, j'ai une jeune femme, je ne suis pas contre, mais le problème c'est qu'elle est très droite. Elle est juriste donc ce qui fait qu'elle n'a pas une formation de soin très poussée. Elle est très dépendante de sa hiérarchie notamment celle qui fournit l'argent. Ce qui fait que de temps en temps il y a des clashes car on n'a pas du tout la même vision des choses. Dernièrement, on a 5 infirmières à temps plein ce qui est énorme. Là, les médicaments vont repasser aux pharmacies libérales donc ça va nous dégager du temps. J'avais dit qu'à ce moment là on peut supprimer un temps infirmier et moi je récupère en professionnels dont j'ai besoin; on augmente le temps de psychologue parce que, mine de rien, on en a besoin pour tout le monde et puis un temps d'ergothérapeute que j'aimerais bien avoir. Et c'est non, on fait des économies point; on ne cherche pas à améliorer la qualité du travail ou quoi que ce soit. C'est ça qui est dommage. Le fait d'être passé Ehpad, les instances demandent à ce qu'on durcisse un peu l'AGGIR, le taux. C'est bien mais à ce moment là on nous supprime du personnel. Il y a 5-6 ans on avait une très bonne qualité de prise en charge des gens. Mais suite aux problèmes financiers on supprime du monde et les charges qui augmentent, qu'est ce qui va se passer. Les gens ont beaucoup de mal à comprendre les choses. Là, la maison de retraite a disparu, c'était beaucoup plus souple. Le Gir a très fortement augmenté mais le personnel a très peu augmenté aussi. Ça a été le clash, je dirais même que le syndrome France télécom était près de nous. On a commencé un petit peu à réagir en disant OK on fait un lissage. Il y a des décisions à prendre mais à mon avis elles ne sont pas prises. Les conflits seraient plus avec la direction, pas trop des conflits mais plutôt des désaccords houleux. Je lui ai fait le reproche que je comprenais très bien qu'elle se

rapproche de l'administration mais que les soins s'étaient autre chose. Ca l'a un peu blessé. Tout ce qui est soignants et autre c'est assez facile de résoudre parce que soit on fait des réunions, soit on intervient avec l'infirmière coordinatrice, soit je fais intervenir la psychologue. Je fais un groupe de parole, je les laisse discuter, je ne suis pas là, je n'écoute pas. Ni moi ni l'infirmière coordinatrice ne sommes là. On les laisse s'expliquer un bon coup. Si il y a vraiment un problème, dans ce cas, on en reparle et j'interviens ou ça finit par se régler tout seul. Le seul problème c'est la direction, c'est tout. Je ne sais pas si ça se résoudra. Je n'ai pas eu de formation sur la résolution des conflits. J'ai eu un peu de formation sur le management à travers notre formation de médecin coordonnateur. Conflits, on a fait un peu dans le cadre de la formation de médecin coordonnateur mais ce n'est pas assez profond. On faisait des jeux de rôle c'était bien mais c'est un peu juste.. J'ai vu des choses comme ça qui passaient mais aller à l'école de R. ça ne m'intéresse pas du tout, c'est trop juriste, on est trop à l'étroit. C'est un formatage typique, bien formé bien cadré. C'est un peu comme les cadres supérieurs de santé à l'AP, bien cadrés, bien formatés, c'était typique et assez marrant."

"J'ai fait ça aussi parce que c'est un autre type de travail par rapport à la médecine générale. En médecine libérale on est seul; quoi qu'on dise, quoi qu'on fasse on est isolé. Lors des formations, en discutant on s'apercevait que les difficultés sont les mêmes pour chacun. C'est une façon de travailler qui m'intéressait. C'est le travail d'équipe."

"Oui l'activité correspond à ce que je m'attendais. Je n'ai pas eu de surprise à ce niveau là. Je n'ai pas eu de surprise parce que je travaillais dedans un peu avant. Je suis allé plus loin, je voulais faire autre chose. Non pas de surprise."

"On avait créé sur D. et sa périphérie un petit groupe qui s'appelait Mado ( maintien à domicile) pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées. On avait pas mal travaillé à ce niveau là, un petit Clic. On a lancé la structure en se disant: "Ca marche pas et bien on arrête, ça marche on passe à d'autres." Ca a bien marché finalement et on l'a repassé. Un petit Clic c'est pas du tout viable donc fallait faire autre chose donc on a repassé le bébé à une autre structure. J'avais déjà une petite approche. Maintenant, ça me permet d'avoir une formation en direct: revoir tous les traitements, les soins, la iatrogénie, les soins palliatifs chez les personnes âgées, les prises en charge, les aides. C'est une formation qui m'a permis de transmettre ça à la médecine générale. C'est plutôt l'Ehpad qui m'a apporté des choses pour la médecine générale. Le problème du gériatre c'est que, je ne dis pas qu'ils ne sont pas humains, mais ils sont trop techniques. Ici on a une autre vision des choses. Une fois, on a eu un cas avec un résident: franchement c'est l'horreur je ne vois pas trop l'intérêt de l'envoyer, mais si il faut l'envoyer on l'envoie et en fait la personne est décédée 2 jours après. J'avoue que j'étais un petit peu en colère. J'aurais préféré qu'elle reste tranquille dans sa chambre. Je comprends mais il y a des limites de temps en temps à respecter et on se dit stop. Ici, quand il y a un problème majeur, je rencontre l'équipe puis la famille pour voir un peu le ressenti puis on prend une décision en conséquence mais ce n'est pas forcément de la haute technicité. Là, j'ai une personne qu'on avait adressée pour une ulcération anale et qui est revenue avec une sonde de gastrostomie. Ca nous a un peu gêné. C'est vrai qu'elle faisait des fausses routes mais on le savait pertinemment et la prise en charge était en conséquence. Là bas, elle a fait une désaturation sur une fausse route, ça leur a un peu foutu la trouille et puis ils ont collé une sonde. Je vous montrerai le tableau ce n'est pas extraordinaire. Je ne dis pas que c'est les gériatres. Non ce n'était pas en accord avec le médecin généraliste. Là je n'ai pas trop apprécié, on aurait pu en discuter un peu avant. De temps en temps on prend la décision alors qu'on serait un petit peu plus distant, on a une vue différente. En tant que généraliste on n'est pas dans l'engrenage technique important de l'hôpital. C'est un peu la différence que je ferai entre gérontologue et gériatre. C'est un petit peu différent pour moi comme définition."

"On pense pour nous en ce moment je crois. Ce qu'il manque c'est peut être la communication avec les autres pour voir ce qui se passe ailleurs. Il y a un truc que je viens de voir sur P., je crois que je vais aller y faire un tour. C'est en fait les FMC qui manquent. Ca existe, je crois que c'est un peu de la paresse de ma part. Ok je travaille dans une équipe et heureusement que le Dr Y. est là pour de temps en temps regarder des choses et discuter. Il faut que je sorte de là de temps en temps. Il manque des rencontres avec les autres établissements. Justement, quand il y a des problèmes de poste de travail avec les infirmières qui trouvaient qu'elles avaient trop de travail et qu'elles avaient du mal entre guillemets; je suis parti voir 4-3 établissements avec elles pour voir comment ça se passe ailleurs. C'était intéressant de voir la vision des choses. J'ai plus rencontré les directeurs que les médecins coordonnateurs d'ailleurs. C'était plus une visite pour l'infirmière mais je n'ai pas eu de contact avec les médecins coordonnateurs, c'est dommage. Ca n'était pas inintéressant, ça m'a appris plein d'autres choses. Les infirmières sont revenues dépitées. On a retravaillé un peu là-dessus, on a mis des projets et on verra comment ça se passe. Il manque peut être un échange. Il faudrait qu'on fasse un échange de filles à travers nos établissements. Souvent, par rapport à nos protocoles, on est allé les chercher à droite et à gauche et on a vu comment ça se passait. Rien que le protocole douleur, on en a reparlé encore tout à l'heure, je me rends compte qu'on passe de 2 à 9. On se rend compte qu'il y a une perception de la douleur qui est complètement différente d'une personne à l'autre. On a du mal à négliger ça, c'est terrible. Il n'y a pas d'infirmière la nuit. C'est vrai que la nuit qu'est ce qu'elles font ?, des changes. Elle a peu d'action la nuit. C'est une formation technique assez importante pour peu de soins la nuit, ce n'est pas très rentable entre guillemets. Les filles perdent aussi en soins techniques. Il y a la possibilité de faire venir des infirmières libérales la nuit, c'est une possibilité."

## ENTRETIEN N°6

"Je suis le Dr M., j'ai 52 ans. Je suis médecin généraliste avec une capacité de gérontologie. J'exerce à M. en libéral depuis 1988 comme remplaçant et à partir de 1990 comme titulaire. J'ai fait ma capacité de gérontologie en 2000-2001. Je suis médecin coordonnateur sur M. et deux autres établissements depuis 2003."

"J'exerce ma fonction de médecin coordonnateur dans 3 établissements: la maison SC. à M. qui fait 128 lits, la C. à P. qui fait 93 lits dont 16 lits en unité Alzheimer et la maison de retraite de G. qui fait 60 lits avec 16 lits Alzheimer. L'âge moyen est de 84 ans dans les 3 établissements avec 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes. La première signature de la convention tripartite sur M. et G. date de 2003 avec un renouvellement en 2008. La première signature de la convention tripartite à la C. date de 2005 avec un renouvellement en 2010. Le premier médecin coordonnateur dans les 3 établissements est moi-même donc 2003 à M. et à G. et 2005 à la C. Ce sont 3 établissements associatifs à but non lucratif donc privés. Le Gir moyen sur M. est à 650, Pathos à 173. Le Gir moyen à G. est à 650, Pathos à 159. Le Gir moyen à la C. est à 600, Pathos à 121. Il y a une douzaine de médecins généralistes qui interviennent dans chaque structure. Le temps alloué pour la fonction de médecin coordonnateur est très court: 10h par semaine sur M. soit 0,25Etp, à la C. 0,13Etp et à G. 0,2Etp. Je ne suis pas du tout dans les normes. Le dossier médical est double papier et informatique. Ca dépend des établissements. Ici il y a 95% des dossiers qui sont informatisés par les médecins qui rentrent dans l'ordinateur et suivent de façon informatisée leur dossier. Le dossier papier recueille tous les examens complémentaires, tous les courriers de spécialiste. Il y a 95% des résidents qui sont suivis par des médecins de la commune donc c'est assez facile ici. Dans les autres établissements, les médecins interviennent beaucoup moins sur l'ordinateur. Il y a encore du travail à faire mais comme il y a un changement de programme informatique de prévu on va les laisser tranquille jusqu'au changement. Le logiciel est PSI ASC21. Il y a un autre programme qui sera mis en place dans les 2 autres établissements. Il n'y a pas d'infirmière coordinatrice dans chaque établissement. Ici on a un historique qui est très hospitalier puisque pendant la guerre c'était un hôpital. C'était très médicalisé. En 1996 on avait 36 lits de long séjour. En 2003, lors de la signature de la convention tripartite, on nous a retiré nos lits de long séjour et ils sont tous revenus lits d'Ehpad. Sur la structure nous avons 5 infirmières dont une infirmière coordinatrice, ce qui n'est pas mal en privé. Sur les 2 autres maisons, c'est différent. A G. il y a 60 lits, une infirmière coordinatrice qui vient d'être nommée à temps complet et 2 autres infirmières qui travaillent à ¾ temps. Sur la C. où il y a 93 lits, il y a 2 infirmières, une plus rattachée à l'unité Alzheimer et l'autre qui gère le reste des résidents. C'est assez particulier. Il n'y a pas d'infirmière cadre."

"Je suis très bien au sein des 3 structures, j'ai aucun soucis. J'ai une bonne coopération avec la direction, ce qui est essentiel. Si on veut qu'un médecin coordonnateur puisse travailler, il faut qu'il fasse un couple avec le directeur. Il faut que ce couple entre guillemets fonctionne sinon c'est très difficile. Il faut qu'il y ait une confiance réciproque. Il faut que chacun connaisse ses limites et respecte les limites de l'autre, c'est très important. Là-dessus je suis à peu près tranquille. Je ne fais pas du tout toutes les fonctions du médecin coordonnateur parce que je n'ai pas le temps. Mon temps est bien limité. J'ai un bureau dans 2 des 3 structures. Ici j'ai un bureau que je partage avec la psychologue. Ca ne sert à rien d'avoir un bureau personnel pour toute la semaine alors qu'on est là que 2 demi-journées par semaine. Dans une autre structure j'ai un bureau médical qui m'est dédié mais qui est aussi le bureau avec l'ordinateur pour les médecins qui interviennent. Ce n'est pas un bureau complètement détaché mais comme j'y vais qu'1 demi-journée par semaine, c'est tout à fait logique aussi. Dans la troisième structure

je partage le bureau des infirmières; ce qui n'est pas toujours simple parce que je suis sur le même ordinateur qu'elles. Quand elles ont besoin on s'organise. J'ai à disposition l'ordinateur quand je le souhaite, sinon je change de poste... on se débrouille.

Oui, il y a des synthèses avec l'équipe mais c'est très variable d'un établissement à l'autre suivant les directeurs et suivant la période de l'année. Ici on avait une réunion mensuelle de tous les chefs de service ( le directeur, l'infirmière coordinatrice, le médecin coordonnateur, la responsable administratif, le chef cuisinier, la responsable lingerie, la gouvernante ), où on voyait les gros problèmes, on essayait d'améliorer le fonctionnement général et de faire émerger les idées de chacun pour que tout avance dans le même sens. Chaque service était représenté et on y abordait les problèmes essentiels de la maison pour que chacun puisse dire... ça permet d'avancer. A ces réunions là il y avait toutes les infirmières au départ. Depuis qu'il y a une infirmière coordinatrice le directeur a souhaité qu'il n'y ait que l'infirmière coordinatrice. Le souci de cette maison là c'est que son historique est très accès sur le soin et en fait le directeur aime bien éloigner le soin de la maison de retraite. Il a voulu retirer un peu la place des infirmières dans cette réunion. Il a tellement bien retiré les infirmières de cette réunion qu'elle n'est plus mensuelle mais trimestrielle. Quand je demande à quoi elle sert on se demande pourquoi. Pour compenser, l'infirmière coordinatrice et moi-même avons organisé une réunion avec les infirmières tous les mois pour faire une synthèse à notre niveau parce qu'il faut pouvoir avancer. A la C. les réunions de coordination sont informelles, au bon vouloir du directeur quand il a un souci. Il n'y a rien d'organisé, il y a du travail à faire. A G. la réunion était régulière. Il y a eu un changement de directeur et en fait il y a des réunions mensuelles qui sont remises en place avec des réunions de service hebdomadaires. C'est quelque chose qui s'organise bien. Il y a une réunion annuelle avec les médecins mais il n'y a pas beaucoup de participation. J'ai une réunion hebdomadaire avec le directeur, la gouvernante et l'infirmière coordinatrice. Avec le directeur je n'ai pas de réunion que tous les 2, c'est plus au coup par coup en fonction des problèmes. Dernièrement c'était le choix d'un appareil de géo localisation. On a fait la synthèse de tous les dispositifs disponibles à deux puis on a choisi. Avec le directeur c'est plus informel. Ici on se voit tous les jours car je suis médecin coordonnateur sur 2 demi- journées par semaine et je suis amené à venir pour un patient en tant que médecin traitant. S'il y a un problème un jour je règle le problème dans la journée. Dans les autres structures j'ai des entretiens avec les directeurs régulièrement sans que ce soit formalisé dans le temps. Régulièrement on se voit et on essaie de définir la politique de l'établissement. Je n'ai pas spécialement de rencontres formalisées avec les résidents. Je les vois surtout avant qu'ils viennent, avant qu'ils rentrent. C'est-à-dire que j'ai une démarche qui est la même dans les 3 établissements. C'est-à-dire que je ne fais pas de visite du résident pour savoir dans quel état il est parce qu'on a un réseau local qui fait que les gens parlent vrai. Quand j'ai un dossier médical qui m'arrive je sais exactement qui il y a en face. Je n'ai pas besoin de me dire: "Est ce qu'on n'est pas en train de me filer un cadeau qui n'est pas tout à fait ce qui est dit." De ce côté-là c'est un gros avantage. C'est-à-dire que quand on m'annonce le sujet comme étant comme ci comme cela, je sais que c'est la réalité, je n'ai pas besoin de vérifier. Il m'arrive juste quelques fois de demander que la personne vienne en accueil de jour quand j'ai un doute. Surtout ici pour les démences où il n'y a pas d'unité pour Alzheimer. On prend des déments légers à modérés mais il faut qu'on voie comment ils se débrouillent sur 2 demi- journées en accueil de jour. Et là on voit si on pense qu'il va s'adapter ou pas. Sur les 2 autres structures c'est pareil, pour les gens qui sont atteints de démences ou les gens qui paraissent un peu limite pour la maison de retraite, on les fait venir en accueil de jour pour voir comment ils se débrouillent et voir si effectivement la structure est en adéquation avec leurs capacités et effectivement les mettre dans la bonne unité. Durant le séjour je ne les vois pas spécialement. En tant que coordonnateur je suis au courant de ce qui se passe que s'il y a problème. La plupart du temps si l'infirmière a un souci avec un résident

elle voit ça avec son médecin traitant et ça se règle dans 95% des cas. On a une bonne coopération car tout le monde se connaît ici au niveau des médecins. Je connais tous les médecins qui interviennent, l'avantage c'est que moi aussi je suis libéral. On fait tous partie de la même association de formation continue. On fait tous partie du même service de garde. On a des relations confraternelles. C'est vrai que c'est facile pour ça. Il y a toujours des susceptibilités et des médecins qui sont des professeurs et qui ne veulent pas avoir des conseils. En passant par l'infirmière ou la psychologue quand il y a un souci particulier, on arrive à faire évoluer les choses. J'interviens auprès du résident quand il y a un problème de prise en charge sévère avec une famille qui ne fait plus confiance. Là effectivement j'ai un rôle de conciliation et de conseil familial pour dire: "Attention on peut le prendre en charge mais il y a ça et il faut qu'on se remette d'accord." J'ai quelquefois des réunions organisées. Je vois régulièrement les familles s'il y a des problèmes. Je ne rencontre pas forcément les familles à l'entrée. On a un fonctionnement qui fait qu'en fait ici c'est une usine. 130 lits c'est énorme. Donc moi je suis un peu au dessus de la mêlée et c'est les unités qui s'organisent. C'est l'infirmière qui est référent de son unité, qui a ses relations avec la famille, les médecins. Je n'ai pas besoin d'y aller parce que c'est bien organisé. Le directeur pourrait être qu'un directeur administratif car en fait ici il y a des relais partout. Après c'est vrai, il faut qu'il soit manager, qu'il sache faire marcher les relais, c'est primordial. Dans les 3 établissements je vois les familles que quand il y a des situations de crise. Dans 90% tout se règle sans que j'aie besoin d'intervenir. Les relations avec le réseau gérontologique sont très bonnes. Il n'y a pas de souci particulier. On a un partenariat avec la gérontologie, la psychiatrie, le SSR du secteur qui est à P. On a développé des coopérations qui sont bonnes. Quand le patient vient de l'hôpital on sait que ce qu'il y a dans le dossier ça correspond bien au patient. On a de bonnes relations. Quand on a besoin d'hospitaliser quelqu'un on essaie de le faire en bonne intelligence; c'est-à-dire ne pas le faire passer par les urgences dans la mesure du possible."

"La première mission qui est d'évaluer tous les gens, ça, c'est fait à leur entrée. C'est fait une fois à l'entrée si il y a un problème mais comme je vous l'ai dit tout à l'heure il n'y a quasiment pas de problème. Je ne fais pas d'évaluation gériatrique d'emblée à toutes les personnes qui rentrent parce que souvent le bilan a été fait avant. On a une spécificité sur les 3 établissements: on a une moyenne de séjour qui est supérieure à 4 ans ½-5 ans. Donc les gens ne viennent pas pour mourir, ils viennent pour vivre. Le projet de soin doit être suffisant mais entre guillemets minimum. Il ne doit pas prendre une place prépondérante, c'est d'abord le projet de vie et le projet de soin passe à côté. Le projet de soin doit aider à faire fonctionner leur projet de vie. On essaie qu'ils n'aient pas l'impression d'être dans un hôpital. J'estime qu'on n'a pas besoin d'avoir un bilan gériatrique complet pour la personne gériatrique qui rentre... je vais me faire tuer par tout le monde. La personne qui rentre ici est comme si elle était à domicile mais elle a besoin d'une structure pour l'accompagner. Je les évalue avant l'entrée sur dossier dans 90-95% des cas. Pour l'instant je n'ai pas eu de surprise. Mon avis est suivi par le directeur dans les différents établissements à 99%. Il n'y a pas d'entrée sans avis du médecin coordonnateur, sauf exception. Les différentes exceptions qu'on a eu ici sont au nombre de trois. La première est partie au bout de 2 h et la deuxième est partie au bout de 8 jours. Le directeur a compris qu'il valait mieux qu'il s'appuie sur mon avis. La troisième, j'ai émis une réserve et le directeur est passé un peu outre parce que c'était un parent d'un membre du personnel. Il voulait qu'on essaie quand même et en fait on a eu un petit souci derrière. Il a tabassé son voisin. Il faut le gérer et ce n'est pas toujours simple. C'est le souci qu'on a sur cette maison parce qu'on n'a pas d'unité Alzheimer. On a fait un dossier pour créer un Pasa et créer une unité Alzheimer. Ça devrait être fait d'ici 2 ans j'espère. Le projet de soin est revu régulièrement. Le dernier projet de soin a été réalisé là, il a été finalisé il y a 15 jours. Il est revu en fonction des événements. C'est une démarche continuelle, ce n'est pas du tout figé pour 5 ans. Si effectivement on se décide d'un projet particulier, le projet de soin sera revu en

conséquence. Ce n'est surtout pas figé. Les projets de soin et les projets de vie sont très liés. Quand on a fait la première convention ici, ça a surpris un peu les autorités parce que j'inclusais dans le projet de soin la secrétaire administrative. On m'a dit: "Pourquoi vous incluez la secrétaire administrative dans le projet de soin?" Je leur ai répondu que: "Dans l'établissement c'est elle qui voyait les premiers troubles de démence." En fait, les gens qui sont bien viennent régler leur pension tous les mois, font leur chèque. Elle est capable de dire à l'infirmière: "Attention Madame untel ne rédige plus son chèque." C'est souvent le premier signe qu'on voit de déclin alors que dans le service personne ne s'en est aperçu. Ce qui est important c'est que tout le monde ait sa place et un rôle auprès du résident qui est dans son projet de vie et son projet de soin en découle et réciproquement. Il y a des réunions de programmées. C'est vrai que les médecins viennent quand il s'agit de leur portefeuille. Le reste du temps c'est un peu plus dur mais on y arrive quand même. On n'arrive pas à avoir tout le monde. C'est vrai que c'est difficile de faire venir un médecin à une réunion pour laquelle il n'est pas rémunéré, pour laquelle il vient alors qu'il n'a qu'un patient dans la maison. C'est vrai que quand vous avez un médecin qui a 40 personnes dans la maison il n'y a pas de soucis on l'a plus facilement. Si le décret passe avec ces réunions de coordination rémunérées, peut être que ça sera mieux mais avec quel budget ça on ne sait pas. Ils viendront peut être un peu plus souvent. Ce qu'on essaie de faire c'est des réunions autour d'un plateau-repas comme ça le médecin n'a pas l'impression de perdre son temps. C'est plus facile. Mon premier atout est que je suis effecteur et vice-président de l'association pour la permanence des soins. C'est sûr que ça aide. Ça a permis que, sur le secteur, les médecins de garde du CAPS se déplacent dans les Ehpad. On a donc une permanence des soins en Ehpad avec un médecin du CAPS. Avec le CAPS c'est les seules visites où on se déplace. C'est très peu puisque les interventions du CAPS dans les 3 maisons de retraite dans lesquelles j'interviens c'est: M. 7 fois l'année dernière, la C. 3 fois et G. 5 fois. Tout ça parce qu'on a mis en place un livret d'urgence dans les différentes maisons de retraite avec les différentes situations cliniques. Les aides-soignantes, quand il n'y a pas d'infirmière, ont la démarche à suivre. Aucune maison n'a d'infirmière la nuit. Sur le week-end, dans 2 maisons, il n'y a quasiment pas d'infirmière. Ici il y a une infirmière le samedi et le dimanche. A G. il y a une infirmière qui est là 2h le matin et 1h le soir, ce qui est déjà énorme. Ça permet à l'aide-soignante de se dire j'ai une infirmière tout à l'heure qui viendra. Sur G. l'infirmière passe matin et soir et sur la C. c'est les infirmiers libéraux qui interviennent le week-end. Pour les risques il y a des protocoles qui sont mis en place par rapport à ça. Il y a le circuit du linge sale, l'élimination des déchets. Il n'y a pas de soucis particuliers.

L'évaluation de la dépendance par la grille AGGIR est faite tous les mois. On a l'avantage d'avoir ici une ergothérapeute qui vient une fois par semaine donc ça permet d'évaluer les gens quand on a besoin, les positionnements. C'est réévalué en fonction de l'état de la personne. On a des équipes qui sont très réactives. C'est-à-dire que dès qu'on a un problème, le problème est résolu. Les équipes dans les 3 établissements sont très réactives, elles réagissent bien. L'application des bonnes pratiques gériatriques ça progresse. Avec l'équipe ça avance mais il faut faire des piqûres de rappel de temps en temps, c'est un travail chronique. Avec les généralistes c'est généraliste dépendant. Il y en a qui ont des principes et qui ne veulent pas déroger à leurs principes. Sur le secteur j'ai 2 médecins qui sont un peu chiant on va dire. Pour un j'ai contourné la chose; quand j'ai un problème avec lui ce n'est pas moi qui intervient, je fais intervenir une personne pour laquelle il va se dire effectivement son avis est pas mal. Je fais intervenir la psychologue, l'infirmière, l'ergothérapeute pour avoir discussion avec le médecin parce que je sais que si ça vient de moi il va bloquer. Il faut jouer avec les susceptibilités. Le fait d'avoir fait la capacité ne va pas toujours donner plus de poids et faire changer leur avis. Le fait d'avoir une capacité de gériatrie pour certains ne change rien: "Il est généraliste comme nous." La capacité ils s'en fichent. Comme j'ai une double casquette de

généraliste et de coordonnateur ils se disent: "Il est généraliste comme moi, point." C'est vrai que pour certains ça n'apporte rien pour d'autres non. Il y a une bonne coopération avec 70-75% des médecins, ce qui est la moyenne nationale.

Il n'y a pas de liste de médicaments type pour l'instant car il faut que tout ça avance, ça ne sert à rien de se précipiter. Actuellement on est sur un projet de faire une pharmacie à usage interne en inter établissements gérée par les pharmaciens d'officine. Il y aura une liste de médicaments. C'est les pharmaciens d'officine qui gèreront ces pharmacies et qui les feront fonctionner complètement indépendamment de leur officine. Par rapport à un forfait qui sera donné plus tard, la pharmacie à usage interne sera toujours la moins chère. La pharmacie à usage interne est la forme de pharmacie qui a le moins de charges par rapport à tout autre système. C'est la meilleure rentabilité des pharmacies entre guillemets. La troisième chose c'est qu'on est en milieu rural et on est obligé d'avoir une permanence de médicaments 24h/24h, 7j/7j. L'avantage de faire participer les pharmaciens d'officine c'est que si en dehors de la pharmacie à usage interne en dehors de ses heures d'ouverture on a besoin de quelque chose, en incluant les pharmaciens d'officine ils vont nous dépanner. Alors que si on fait une pharmacie à usage interne en excluant les pharmaciens d'officine, le jour où on a un problème et bien allez... ce qui est tout à fait logique. La liste, je ne sais pas du tout comment elle va être faite. Il y a des départements où la liste est départementale. Sur le secteur il y aura une liste qui sera commune à tous les établissements. C'est très difficile de la faire en collaboration avec les généralistes. On va essayer de tenir compte de ce qui est prescrit le plus et puis après décider, lors d'une réunion d'information, la liste des médicaments en Ehpad. C'est là où c'est intéressant d'avoir d'autres casquettes: lors d'une soirée sur les médicaments en Ehpad on va pouvoir mettre en place une liste et dire aux gens: "On a retenu tout ça et voilà tout ce que vous prescrivez autrement, est ce qu'il y a des produits qui vous paraissent essentiels." Tout en sachant que derrière c'est tout une histoire de marché. Si le pharmacien qui gère la pharmacie à usage interne nous dit: "Tel IEC je l'ai à 40% moins cher que tel autre." Il faudra trancher et ce sera plus par classe thérapeutique puis le choix sera fait en collaboration avec les médecins mais l'enjeu économique sera là aussi. Dans les 3 établissements il y a un programme qui est défini. Par exemple, pour les AS et AMP, des formations spécifiques sur la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, les gestes de premiers secours... tout ça c'est mis en place. Tout le monde a son brevet de secourisme, c'est une chose intéressante. Dans les 3 établissements le personnel fait ses propositions de formation et nous on fait des propositions de formation. Soit des topos qui sont fait en fonction des cas, pas forcément tous les mois. Par exemple, à une époque, on avait reçu une parkinsonienne lourde, on a formé toute l'équipe au parkinson. Savoir pourquoi il faut donner les médicaments à une heure précise. On a eu une prise en charge tout à fait adéquate grâce à ça. Le personnel avait compris pourquoi il fallait donner à telle heure et qu'il fallait s'y tenir. Je pense que c'est important de faire des piqures de rappel en fonction de chaque pathologie nouvelle qui arrive dans l'établissement. Après il y a des formations plus magistrales qui sont organisées sur la bientraitance qu'on vient de commencer, sur la prise en charge des douleurs. On essaie toujours de partir de leur pratique pour leur dire que vous êtes en mal par rapport à cette prise en charge là. C'est des formations orales, ça peut être aussi une rencontre de personnels pour voir comment ça se passe dans les autres établissements. Il y a des échanges avec d'autres structures voir avec le centre hospitalier. On a une infirmière qui est référent pour les plaies et escarres, c'est vrai qu'elle a fait sa formation au CHU de N. pour revoir les prises en charge des plaies. On essaie toujours que l'agent se spécialise et s'intéresse à ce qu'il fait. Le dossier de soin type, il y en a un qui est relié au programme informatique. Il est revu continuellement. Dans un des établissements on a embauché une AS pour revoir tous les protocoles de soin et les prises en charge des personnes. On va pouvoir se rendre compte au niveau des prises en charge de ce qui est fait exactement, le temps que ça prend et alors

planifier les choses. La grille AGGIR ou le Pathos ne nous donne pas le reflet de la prise en charge de l'aide à la personne. Il faut vraiment aller au détail près. Une toilette peut prendre 10 mn avec quelqu'un et elle peut prendre 30 mn avec un autre. Il faut que ce soit personnalisé et que les équipes soient en nombre par rapport à la charge de travail. Ca, c'est fait régulièrement et on le développe de plus en plus dans les 3 établissements. Le rapport annuel d'activité est réalisé tous les ans depuis 2003. On a des conventions avec la psychiatrie, avec le soin de suite, avec l'hôpital de SN., avec l'hôpital de R. pour G. et avec les services de gériatrie. Globalement ça se passe bien, il n'y a pas de souci. La mise en œuvre du réseau gérontologique va avec la mise en place des conventions. Il n'y a pas de réseau gérontologique formalisé sur le secteur parce qu'on n'a pas le temps de tout faire. Le problème c'est que je suis un peu trop rural. Je développe plein de choses en réseau de proximité: la création du Clic. On a fait du réseau gérontologique parce qu'on a fait le Clic. On a lancé l'idée du Clic, on l'a monté, on l'a mis en place et il a été récupéré par les politiques comme d'habitude. Ça fonctionne encore c'est l'essentiel. Ça a le mérite d'être là et de fonctionner. On essaie de développer des choses. J'essaie avec les médecins du secteur de développer des actions mais je n'arrive pas à faire tout ce que j'ai envie de faire. Et puis on ne peut pas faire ça avec tout le monde parce qu'il y a des gens qui sont dans leur système et qui ne veulent pas en sortir. Il y a des choses très intéressantes à mettre en place au niveau du diagnostic d'Alzheimer et tout ça. Ça fait un an et demi que je dois faire un rapport au Pr B. mais je n'ai pas le temps. Là on va se lancer sur l'éducation thérapeutique, ça concernera aussi les personnes âgées. Là ce sera intéressant."

"Mes relations avec les généralistes sont très bonnes sauf avec 2 mais ce n'est pas grave. On sait comment ils sont, on fait avec. Il y en a un c'est un de mes associés, c'est peut être pour ça que ça ne marche pas d'ailleurs. On a de très bonnes relations par ailleurs, il n'y a pas de source de conflit. La première règle du médecin coordonnateur c'est de ne pas imposer ses volontés à un médecin généraliste parce qu'il va le vexer mais c'est essayer de faire passer des messages d'une façon qui soit acceptable pour le médecin généraliste. C'est vrai que des fois ça prend du temps. Si on se bute ou si on se braque, ça n'avance pas. Je n'aime pas aller au conflit. C'est trouver les mots et la personne qui va pouvoir faire passer un message. Certains médecins coordonnateurs disent: "On ne doit pas transmettre nos idées par d'autres personnes." Pour moi le but c'est de me dire: "La personne âgée qui est là, il faut qu'on la prenne en charge un peu mieux et je vais prendre les moyens à ma disposition pour y arriver." Si je sais que ça ne passera pas en direct ça ne sert à rien, il faut que je passe par quelqu'un d'autre. On y arrive donc c'est très bien et puis on ne vexe personne. Les moyens de communication avec les généralistes c'est par mail, par communication directe, par le relai de l'infirmière, par la psychologue, par le directeur quelquefois si c'est un problème plus grave. Tous les acteurs peuvent communiquer et peuvent servir à communiquer. En fonction du degré de gravité ou de l'importance du truc, dans ce cas c'est le directeur qui va intervenir. Si l'infirmière me dit: "Ca fait 3 fois que je lui dis mais...", je prends mon téléphone et j'appelle. Pour le problème du médecin qui ne veut pas se déplacer pour une situation aigue, au bout de 2 fois c'est le directeur. Habituellement il n'y a pas besoin, ils se déplacent. Une fois j'ai dû appeler un médecin qui ne voulait pas se déplacer et l'infirmière l'avait appelé 2 fois. La personne avait 39.7° à 94 ans, pas bien. L'infirmière appelle 2 fois et la secrétaire fait barrage en disant: "Il n'a pas le temps de passer aujourd'hui, on verra ça demain." J'ai appelé la troisième fois et je lui ai demandé si il comptait passer aujourd'hui ou pas. "J'ai pas le temps." "Elle n'est pas bien ta patiente." "Qu'est ce qu'elle a?" "C'est pas l'infirmière, c'est toi le médecin donc tu viens ou tu dis à la famille que tu ne veux pas la prendre en charge." Il est venu puisque qu'il savait que autrement ça n'allait pas aller. On n'a pas de charte d'intervention du médecin mais on a un protocole pour les infirmières sur le degré d'urgence des visites. En fonction de ça elles agissent. Il y a un besoin d'appel, il y a une urgence ou une semi-urgence,

faut que vous passiez dans la journée, quelle conduite à tenir me donnez-vous avant que vous arriviez. Là-dessus ça se passe assez bien. Pour 95% des médecins il n'y a pas de souci. Il faut que les protocoles soient assez bien définis et établis surtout pour ne pas appeler le médecin pour rien. On appelle parce qu'on a une situation qui s'est dégradée. On réfléchit avant d'appeler. Si l'infirmière appelle, c'est qu'elle a des éléments, elle a déjà fait son près bilan.

Oui, il y a des rencontres formalisées dans les 3 établissements mais pas toujours régulièrement. Au niveau du personnel, il n'y a pas de souci pour les créer. Au niveau des médecins généralistes, il y en a une annuelle comme c'est obligatoire. Le pourcentage de participation va de 0% à 90% dans d'autres. Ici 90% parce qu'en fait 95 % des résidents sont pris en charge par mes associés donc c'est plus facile. J'ai d'autres réunions informelles avec les médecins par le biais de la formation médicale continue. Quand on a lancé le projet du Clic, on a fait une formation spéciale sur le Clic pour voir quel était l'intérêt du Clic pour les médecins. Ça a permis au Clic de démarrer tout de suite. Quand vous avez une situation médico-sociale difficile, que vous savez qu'en donnant un numéro de téléphone ça va être réglé, c'est quand même beaucoup plus rapide que de faire soit même. Pour le programme informatique c'est pareil. Dans le cadre de la FMC -on avait l'avantage jusqu'à maintenant que tous les établissements aient le même logiciel- on a formé les médecins sur le logiciel PSI. Ça a permis que certains s'y mettent. Ça va peut être explosé parce que les directeurs changent et veulent changer de logiciel. Je coterai l'intérêt de ces réunions à 2,5.

Le dossier médical est toujours tenu partout. Les médecins laissent des traces partout, que ce soit sur informatique ou sur papier. C'est vrai que sur papier ça pose un problème lors des hospitalisations parce qu'il n'y a pas de traces. On essaie d'aller de plus en plus vers l'informatique. Ici, 90% font sur dossier informatique. Dans les autres maisons, le dossier papier est rempli systématiquement. Les protocoles ne sont pas faits forcément en collaboration avec les généralistes par contre c'est soumis aux médecins. Par exemple, les protocoles de suivi d'insuline ont été faits lors de soirées de formation sur le diabète. On a repris les protocoles d'insuline et on les applique dans les Ehpad. Quand un médecin a un patient sous insuline, l'infirmière demande au médecin si on applique bien le protocole, quels sont les objectifs. Il n'y a pas de souci par rapport à ça. Le ressenti de la relation médecin généraliste - médecin coordonnateur est bonne. Le fait d'être non prescripteur n'est pas un souci parce que je ne suis pas coordonnateur exclusif. Le fait de ne pas être prescripteur n'est pas gênant dans la mesure où on a un dialogue avec les gens et on arrive à faire passer les messages et que le médecin va suivre les conseils. Le souci c'est plus pour les médecins qui ne font que de la coordination et qui ont besoin de faire du soin. Je pense que coordonnateur à 100% ça peut se faire mais c'est un autre métier."

"Tout conflit arrive à se résoudre. J'ai de la chance parce que dans les 3 établissements j'ai toujours eu des directeurs ouverts. J'ai très peu de conflits avec les directeurs. J'en ai quelques uns avec le nouveau directeur ici parce qu'il n'est pas à la hauteur, c'est particulier. Il peut y avoir des conflits avec les directeurs. Il y a un établissement où je ne suis pas allé travailler parce qu'avant même d'être dans l'établissement j'étais en conflit avec le directeur. Ça ne servait à rien d'y aller. Le gros souci des médecins coordonnateurs à temps complet c'est en fait que: quand on est médecin et qu'on a un conflit, on s'en va et on ne va pas au conflit. J'ai eu un conflit avec le directeur ici, je lui ai dit: "Attention je ne suis pas d'accord avec vous, si vous me faites pas confiance vous me licenciez mais si vous me licenciez je vous envoie aux prudhommes." Le problème s'est résolu très vite. La plupart du temps, un médecin qui est en conflit avec son directeur donne sa démission. A partir du moment où le médecin se sent seul pas soutenu (je préside une association de médecins coordonnateurs) il va démissionner. On n'a pas envie de travailler dans une ambiance qui est délétère. On n'est pas administratif dans l'âme. Si on est en conflit c'est qu'on est dans l'administratif à 200% ; c'est-à-dire que tout

papier doit être rédigé et signé, visé et contrôlé. C'est interminable. Le gros souci c'est quand il y a un conflit qui porte sur un résident et que la Ddass s'en mêle. La Ddass est très administrative et on n'est pas formés pour ça. Les conflits dans les établissements sont souvent des conflits de prise en charge et de relations avec les familles. C'est surtout ça. Il faut que la famille qui met son parent ait une relation de confiance avec l'équipe. La secrétaire administrative dans ses relations avant l'entrée sait très bien comment ça va se passer. A partir du moment où on sent qu'il y a un conflit possible, il faut mettre en place les outils pour pouvoir le gérer. Quand j'ai un souci comme ça, on nomme un référent familial. C'est assez amusant parce que des fois ils n'arrivent pas à en trouver un. Le conflit est non seulement possible avec les autres mais aussi interne à la famille. Quand ils rentrent en maison de retraite ils reportent leurs conflits sur la maison de retraite. En faisant ça on arrive à ce qu'ils se réunissent. On arrive à ce qu'il y ait un responsable dans la famille. Ce responsable dans la famille prend tous les coups. Ça résout les choses. On a eu un conflit avec une famille qui était dans un désarroi parce que la grand-mère faisait une maladie de Charcot et qu'elle avait été diagnostiquée Alzheimer. En fait la famille était dans un mal énorme parce qu'ils avaient été voir sur internet et avaient vu la maladie de Charcot, mais des enfants. "C'est héréditaire on va tous l'avoir." Ils contrôlaient tout dans la maison pour que la grand-mère soit toujours mieux et la grand-mère se dégradait. J'ai fait un conseil de famille. J'ai réuni un soir les 8 enfants ici dans la salle de réunion, une bonne ambiance et en fait on a discuté. On a parlé de la maladie et en fait ça leur a permis de dédramatiser les choses et de mieux appréhender la fin de vie de leur mère en bonne entente avec toute l'équipe. A partir du moment où on sent une situation en difficulté il faut les rencontrer pour dédramatiser les choses. On a des fois des conflits entre soignants et famille, pareil. On s'arrange pour que cette personne et cette autre personne ne se rencontrent pas dans les soins. On arrive à dédramatiser les choses. Ça m'est arrivé dans une maison de retraite de virer un pensionnaire parce que la famille était insupportable. Je l'ai viré temporairement parce que la famille avait cassé l'équipe soignante, vraiment cassée. C'était très particulier comme situation. En fait la dame avait 20 ans de moins que son mari, elle ne supportait pas que son mari, qui était son idole, ancien ambassadeur, soit en décrépitude comme ça avec une démence sémantique. Se retrouver à la campagne dans une maison de retraite avec des gens qui sortaient de la campagne ça ne lui allait pas. En plus, à l'époque, elle était la maîtresse du directeur, donc ça n'a pas été simple à gérer. Le directeur a été mis en arrêt maladie pour d'autres raisons. J'en ai profité pour renvoyer le mari en soin de suite pendant 3 semaines, c'est là où on voit l'intérêt du réseau. J'ai eu un décès dans un autre étage. Je l'ai fait revenir dans un autre étage de la maison de retraite et prendre en charge par une autre équipe et repartir sur des bases solides. C'est vrai que j'étais le diable pour la famille; c'était une honte que d'exclure le mari qui n'avait rien à voir avec ça parce qu'avec lui tout allait bien. J'étais très mal vu par la famille mais ça a permis de résoudre les choses. Il vaut mieux que ce soit moi qui soit mal vu alors que je ne suis là qu'une journée par semaine que l'équipe soignante qui est là au quotidien. On a pu reprendre les choses et ça s'est très bien passé avec l'autre équipe. Il faut adapter à chaque fois, pas trop de protocoles. Il faut discuter, prendre des mesures, il faut pouvoir s'appuyer sur d'autres prises en charge. On a eu aussi le souci d'une prise en charge pour quelqu'un. Pareil, on a fait un relai avec le SSR, "la prise en charge c'est comme ça", "mais c'est ce qu'ils font à la maison de retraite", "vous voyez que c'est ce qu'il faut faire" Il faut quelques fois savoir se dire qu'il faut prendre du recul et se faire aider par une autre voie pour reprendre les choses. Surtout il faut anticiper très vite, il ne faut pas attendre que le conflit devienne très grave pour se dire... J'ai dû faire à une époque une formation sur la résolution des conflits. Je n'ai pas eu de formation sur le management mais j'ai ça dans le sang donc ça peut aller. Nos infirmières ont une formation sur le management parce qu'il faut qu'elles gèrent leurs équipes. Comme on est une très grosse maison on est en train (ça va lentement parce que j'ai un directeur qui n'est pas très bien formé sur le management ici ; il ne veut pas se former je crois, ou il ne sait pas le faire) de

diviser la maison en 4 unités totalement autonomes pour qu'on puisse retrouver un caractère familial et une ambiance qui ne soit pas un gros service. On avance petit à petit. Les infirmières ont eu une semaine de formation pour pouvoir encadrer leurs équipes. C'est vrai que ça marche très bien quand elles veulent bien la faire parce que là aussi c'est personnel dépendant. Je crois que c'est surtout d'anticiper. C'est vrai qu'il y a différents niveaux de conflit: est ce que c'est un conflit par rapport à un problème de personnel, est ce que c'est un conflit par rapport à une prise en charge de résident, est ce que c'est un conflit par rapport à la famille. Il faut se positionner à chaque fois. Il faut poser la question, reprendre l'historique de ce qui est arrivé: on est à ce niveau là, qu'est ce qu'il y a eu avant, qu'est ce qui a été fait. Après, il faut se dire quels sont les acteurs que je peux mettre autour de la table pour essayer de voir comment on peut régler le problème. C'est vrai que, à chaque fois, il faut réunir autour de soit les gens nécessaires. On a eu ici un conflit avec une famille; c'est souvent des problèmes de prise en charge. Les conflits c'est avant tout avec les familles. Je me rappelle, au congrès du médecin coordonnateur il y a 2 ans, il y avait une maison de retraite à P. où les gens rentrent dans la maison de retraite en disant: "Mon avocat c'est maître untel." Ici ça ne peut pas exister. Si quelqu'un rentre en disant: "Mon avocat c'est maître untel", elle est en inadéquation avec la prise en charge de la maison qui est basée sur la confiance réciproque. Vu les médias et vu ce qu'on nous balance dans la figure de temps en temps, c'est vrai qu'il y a des familles qui ont des doutes, surtout quand ils ne viennent pas souvent. Qu'est ce qui se passe, qu'est ce qu'on fait vraiment? Il faut vraiment être à l'écoute de ces conflits pour trouver la solution. On a eu un souci avec une famille; le problème c'est que le gendre était président du conseil de la vie sociale. Il profitait de son rôle pour faire mousser un peu tout ça. Le directeur a voulu gérer le conflit en rassemblant une aide-soignante, qui était soit disant responsable du conflit, avec la famille. Je suis intervenu en disant que ça ne peut pas se passer comme ça. C'est la responsable d'unité qui sera face à la famille pour ne pas que l'aide-soignante prenne quelque chose dans la figure toute seule. Après, qu'il y ait un travail fait avec l'équipe OK mais il faut d'abord voir la responsable et non pas telle ou telle personne. Le problème s'est résolu assez facilement. Il faut un directeur à la hauteur et puis c'est tout. En fait, dans les directeurs il y a de tout. Il faut effectivement être chef d'entreprise, manager et savoir se dire: j'ai telle situation humaine à résoudre et prendre les moyens qu'il faut. Un poste de directeur à temps complet est très difficile mais les gens qui sont bien « cortiqués » sont capables d'évoluer. J'ai un directeur extraordinaire qui sait ses faiblesses et qui sait s'entourer dans ses faiblesses. Il avance très vite. Le conflit c'est à partir du moment où on essaie de cacher les choses, de minimiser les choses, de faire trop d'empathie ou de choses comme ça. Il y a un moment où les gens vont dire: "Non il faut que ce soit carré, il faut que ça se pose." Le problème doit être posé et doit être résolu. Il y a des directeurs qui ont une formation en V. La formation en V. est très poussée sur l'empathie donc il faut laisser les gens s'exprimer. C'est bien de laisser les gens s'exprimer mais il faut qu'ils aient une réponse à un moment. Il faut qu'il y ait des limites de fixées. C'est vrai qu'on ne peut pas se permettre dans un établissement de 130 lits de proposer un service à la carte complètement démentiel, on ne peut pas. Il faut poser les choses, il faut être cartésien dans son raisonnement. On peut avoir de l'empathie dire: "On vous comprend, on vous entend mais nous avons des impératifs que vous connaissez depuis l'entrée de votre parent dans la maison qui font qu'effectivement certaines choses on peut les faire d'autres on ne peut pas." Après, les gens choisissent. "Si effectivement on n'est pas capable de prendre en charge comme vous avez envie, vous pouvez effectivement reprendre votre parent, ce n'est pas un problème du tout." Ça résout le problème. On a en ce moment une liste d'attente, comme dans toutes les maisons de retraite, mais qui sont fausses. On a énormément de gens qui font des demandes de précaution mais quand on leur demande si ils veulent rentrer ils ne veulent pas rentrer. C'est ingérable pour une maison de retraite. Il y a 250 personnes sur la liste d'attente donc il faut passer des fois 200 coups de téléphone pour trouver quelqu'un. Ici, on a une liste de 76 dossiers de demande et en fait on sait exactement

les gens d'emblée qui veulent rentrer. Actuellement j'ai 4 personnes sous le coude qui sont prêtes à rentrer demain. La secrétaire a juste 4 coups de fil à passer. La liste est organisée: qui veut rentrer, qui ne veut pas rentrer. Critères en maison de retraite: premier critère c'est le coût journalier, deuxième critère c'est l'esprit familial de la maison de retraite. Oui aussi la proximité mais ils iront quand même sur le secteur le moins cher. C'est le moins cher d'abord puis en effet le caractère familial. Ici, la structure est très grande et ça déroute un peu les gens. Il y a 19 espaces de vie. Il nous manque des salles à manger thérapeutiques dédiées. Il y a des choses qui vont être transformées mais pour le budget ce n'est pas simple. On a un projet de Pasa ici comme tout le monde évidemment. Une unité Alzheimer avec 2 secteurs: un espace de vie de jour et 2 espaces de nuit. Pour ne pas que ce soit 15 lits dans un secteur mais 2 fois 7 lits. L'unité Alzheimer sera rattachée ici au bâtiment. Le gros souci qu'on a dans la maison de retraite dans l'unité Alzheimer c'est que quand la personne ne répond plus au projet de vie on la « rebalance » entre guillemets dans les étages. Pour la famille, c'est très difficile. Le principe que j'ai c'est: on prend en charge un résident et on prend en charge sa famille. Il faut que la famille garde ses mêmes repères tout au long de la personne âgée. Chez un Alzheimer, s'il est en unité Alzheimer, si son état se dégrade, il sera mis dans les lits qui sont à côté de l'unité Alzheimer mais qui garde les mêmes espaces de vie pour que la famille garde la même équipe et les mêmes repères. Il n'y a pas ce sentiment de déchéance entre guillemets. C'est l'image d'unité Alzheimer qu'on va mettre en place dans les 3 structures prochainement. Il y en a un qui est déjà fait, c'est juste une transformation de quelques places, il faut transférer les gens. A G. on est en train d'agrandir la maison de retraite, le permis de construire a été déposé là. On a réussi à faire un truc qui n'est pas mal avec une unité Alzheimer qui est en deux parties: une unité pour les gens plus grabataires et une unité pour ceux qui sont moins dépendants. Les 2 parties sont connectées mais indépendantes. On fait des Pasa partout. On n'a pas trop le budget mais on va aller se battre à l'ARS pour les avoir. Ce n'est pas dans les missions mais en fait si. Comme pour la conception d'une unité Alzheimer, si on ne rencontre pas l'architecte ça ne sert à rien. Il faut en sortir des 12 missions des textes. Il y a des choses que je fais qui n'ont rien à voir avec les 12 missions mais qui font partie de la vie. Mon directeur me dit: "Ce n'est pas dans votre domaine ça." Je lui dis: "Ce n'est pas dans mon domaine mais mon domaine en résulte après donc il faut que je donne mon avis sur ce qui va se faire là." C'est vrai que ça dérange un peu mais bon. L'avis d'une gouvernante n'est pas forcément le meilleur. J'ai l'avantage d'avoir dans les différents établissements des gouvernantes qui écoutent et acceptent. Elles gèrent toute l'hôtellerie, la déco. Il faut partager avec elles pour qu'elles comprennent que ce n'est pas un hôtel. Ça marche bien parce que j'ai l'avantage d'avoir des gouvernantes qui écoutent et comprennent. Pour moi, le rôle du médecin coordonnateur ce n'est pas les 12 missions mais c'est surtout amener le regard médical nécessaire dans un Ehpad pour que la vie se passe bien. La part de soin, c'est une petite part de la vie. Si on prend une moyenne de Gir 3-4, sur 24h d'un résident, les soins c'est au maximum 1h donc il reste 23h à côté. Le souci qu'on a ici avec l'animation c'est que les animatrices ne sont que des animatrices ludiques. Je demande depuis plus d'un an, mais je n'arrive pas à obtenir les sous, à ce que les AMP soient chacune responsables d'une activité tous les jours l'après midi. Effectivement, s'il il y a dans chaque unité des activités mises en place par des AMP, on va pouvoir prendre en charge des gens qui ont vraiment besoin d'animations thérapeutiques. Alors que ceux qui ont besoin d'animations ludiques peuvent se débrouiller tout seul. Ils n'ont pas besoin qu'on les encadre vraiment, ce sont des gens qui sont tout à fait autonomes. C'est aussi ça le souci des maisons de retraite à la campagne, il y a des gens qui rentrent totalement autonomes. C'est parce qu'il se retrouvait dans un hameau, il ne conduisait pas, leur conjoint est décédé, les enfants et les neveux sont loin. Ils ont peur chez eux donc ils viennent en maison de retraite pour trouver une sécurité. En réalité ils n'ont pas besoin de la maison de retraite. Là, on a projet de faire une résidence service qui sera faite au dessus de la maison médicale pluridisciplinaire."

"Ne pas me faire imposer un médecin coordonnateur qui vient une fois par semaine dans la structure, donne ses directives et repart. Mon principe de médecin coordonnateur c'est que: je travaille aussi comme médecin généraliste libéral, il y a toujours des choses à faire évoluer mais toujours est ce que moi en tant que médecin généraliste libéral je pourrai les accepter."

"Il y a des avantages à avoir la double casquette mais aussi des inconvénients. La casquette me permet de me dire: "Je peux entre guillemets imposer ça aux autres généralistes parce que moi je supporterais." Mais je ne suis pas toujours à la même hauteur qu'eux. L'inconvénient d'avoir une double casquette c'est qu'effectivement pour certains généralistes je ne suis que généraliste. Quand vous allez dans une maison de retraite et que le médecin est là que comme médecin coordonnateur, ce que je suis à P. et à G., les médecins ont un regard différent ce qui n'est pas vraiment vrai quand même parce qu'ils me connaissent presque tous comme généraliste. C'est vrai que si j'étais médecin coordonnateur à 30 Km d'ici, personne ne me connaîtrait comme généraliste et je pourrais avoir une fonction de coordonnateur, de conseils d'application des bonnes pratiques qui sera différente de celle que j'ai ici. Il y a du bon et du mauvais dans les 2."

"On me l'a pas présentée. En fait je l'ai créée, c'est un peu ça. En fait j'ai créé comment je voulais fonctionner. Par exemple, je suis invité dans tous les conseils d'administration des maisons de retraite. Ça ne fait pas partie des missions mais en fait dès qu'il y a une situation difficile ils veulent que je sois là pour avoir le regard médical de la décision qui est à prendre. C'est vrai que ce n'est pas toujours évident. Il y a des choses sur lesquelles je ne suis pas d'accord avec le directeur et il faut les faire remonter au conseil d'administration. J'essaie toujours de voir avec le directeur pour faire évoluer les choses avant mais parfois il faut mettre les poings sur la table. C'est un peu gênant mais ça fait partie du boulot. En fait ça ne fait pas partie du boulot mais pour moi oui. C'est aussi une demande du conseil d'administration. Le conseil d'administration c'est aussi mon patron."

"Je ne le vois surtout pas comme elle se présente. Le médecin coordonnateur plus ça va aller plus il sera un professionnel qui ne fera que ça. Je pense que ça c'est grave parce que les médecins coordonnateurs qui ne font que ça sont frustrés de ne pas pouvoir prescrire. Effectivement, avec les décrets, il pourra prescrire dans le cadre d'épidémie ou d'urgence mais ce n'est pas ça qui va résoudre la situation. Le gros souci c'est qu'on veut que le médecin coordonnateur soit à part, on veut faire sortir les médecins généralistes des maisons de retraite, ça c'est évident. Le gros danger c'est qu'à la campagne on n'aura personne pour les remplacer. Le danger derrière tout ça c'est que pour moi un médecin coordonnateur ce n'est pas du tout un médecin traitant. C'est deux boulots différents. C'est beaucoup plus administratif, c'est une approche complètement différente des choses. Ça peut se « complémentariser ». C'est vrai que moi je suis médecin libéral intervenant dans la maison de retraite où je suis médecin coordonnateur. On peut faire les deux. On peut faire comprendre au personnel qu'on a 2 temps différents, ça se gère très bien. Je pense que le gros souci derrière tout ça c'est qu'à partir du moment où on se dira: "Le médecin coordonnateur aura un  $\frac{3}{4}$  temps au lieu d'un  $\frac{1}{2}$  temps et fera du soin en même temps." Comment on va assurer la continuité des soins à la campagne? ce sera fini. Un établissement comme ici je devrais être à 0,5 comme coordonnateur, on me donnera 0,5 pour soigner les gens entre guillemets donc c'est-à-dire que je serai là 35h par semaine donc qui gère en dehors de ce temps: personne. Puisque les médecins généralistes n'interviendront plus, ils n'interviendront pas en dehors de la permanence des soins. J'ai poussé tous les médecins du secteur à être coordonnateur en maison de retraite. Moi j'ai 3 maisons de retraite mais je peux n'en garder qu'une c'est pas un problème. Ce que je mettrai bien en place: si on se dit qu'effectivement il faut des médecins salariés dans les maisons de retraite -pourquoi pas, ça peut être une évolution- il faut dire aux médecins généralistes d'être tous salariés. Chaque maison de retraite aura un certain nombre

de médecins salariés, 2-3 par maison de retraite, qui interviendront chacun une journée par semaine. Comme ça, tous les médecins généralistes ne seront plus dans le réseau des Ehpad et donc si il y a un souci de permanence des soins ce sont les mêmes qui sont libéraux qui interviennent. On a eu le souci au niveau du SSR d'ici où à l'époque c'était les médecins libéraux généralistes qui intervenaient au SSR jusqu'au jour où un des médecins généralistes a décidé d'être salarié. Il a eu un poste à temps complet et il a viré tous les médecins généralistes. Le seul problème c'est qu'il prenait ses gardes à SGCV. 150km. Les médecins lui ont dit: "Puisqu'on a été exclu de la maison de retraite on n'intervient plus pour les gardes, il est hors de question qu'on intervienne alors qu'on nous a foutu à la porte." Il a fallu 10 ans pour que les généralistes reviennent dans le SSR. Là, on a réussi à avoir une convention qui tient bien la route et qui passe très bien. Il faut se méfier parce que toutes les réformes qui sont en train de venir sont en train de créer un déséquilibre qui va créer une rupture et on ne sait pas ce qu'il y aura derrière. Lors du congrès des médecins coordonnateurs de l'année dernière, on m'avait demandé la relation médecin traitant-médecin coordonnateur. J'avais dit: "Il y a un équilibre qui n'est pas trop mal parce que 70% ont de bonnes relations et qui marchent." Il y a une étude qui a été faite par France Alzheimer pour voir les relations médecins coordonnateurs qui dit très bien qu'elles sont bonnes. Le seul souci c'est qu'il y a le Dr V. qui est persuadé que les relations sont mauvaises. C'est le Dr V. qui décide que c'est mauvais, c'est le Dr V. qui influence sur les décrets pour que le médecin généraliste soit viré. C'est ça le gros problème, il est là. Les hospitaliers veulent virer les généralistes parce qu'ils aimeraient bien que les Ehpad viennent dans le giron hospitalier. Il y a une évolution médicale qui se fait de plus en plus. On a des hôpitaux locaux où les généralistes interviennent et ça se passe très bien, vacataires, salariés. En Ehpad, on veut casser ce qui se passe sans mettre en place une structure identique aux hôpitaux locaux. En fait il faudrait évoluer doucement entre une structure comme aujourd'hui avec les libéraux qui interviennent comme ils veulent entre guillemets n'importe comment et l'hôpital local. Il ne faut pas qu'à cause de ces 5% de brebis galeuses qui effectivement défrayent la chronique, qu'on casse un système qui ne marche pas si mal que ça. Il faut peut être le réformer mais le réformer en douceur. Il ne faut pas se dire: on casse tout et on va reconstruire. Mais on va reconstruire avec qui, avec personne. Actuellement, médecin coordonnateur c'est 1/3 du temps officiel et 1/3 des postes occupés. C'est qu'il y a 1/9 de médecins coordonnateurs par rapport à ce qu'il y a besoin dans le secteur, c'est rien. Il y a 10% de ce qu'il y a besoin. Si on rajoute du temps de soignant, on va se retrouver à 1/18: comment voulez vous qu'on travaille à 1/18e du temps nécessaire? Il faut plus évoluer vers une forfaitisation des interventions et on va aller vers quelque chose qui marche. Ici, si je n'avais pas les médecins généralistes qui interviennent, je n'aurai personne. Pour la réforme, il faut partir du constat que les hôpitaux locaux ça ne marche pas si mal que ça. Il y a sûrement des aberrations dans certains hôpitaux locaux comme dans certains hôpitaux de manière générale. A partir du moment où on a une évolution qui sera plus médicale en Ehpad alors on a une prise en charge qui nécessite peut être que les médecins interviennent de façon plus formalisée. Si on salarie les médecins ça coûte plus cher et quand quelqu'un est en vacances il faut un remplaçant. En fait ça coute très cher sauf si on exploite des gens qui sont en poste hospitalier. On va leur dire: "Vous êtes à l'hôpital de SN. mais vous allez faire une ½ journée à tel endroit et une ½ journée à tel endroit." Ça ne tient qu'un temps. Il y a un travail intéressant à faire là-dessus. Le gros souci c'est le Dr V. Au congrès des coordonnateurs, il y a un coordonnateur qui a dit: "Je ne comprends pas comment un médecin payé 22 euros ne passe que 5min." Certains coordonnateurs qui ne sont qu'hospitaliers ne comprennent pas que c'est du brut et pas du net. Sur les 22 euros il ne reste que 8 euros dans la poche du médecin. Si on fait 8 euros par 4 soit 32 euros, il est moins bien payé que le médecin coordonnateur hospitalier à 45 euros de l'heure. Il n'y a pas que l'argent dans tout ça. Les gens à la campagne rentrent en maison de retraite parce qu'ils gardent leur médecin traitant. Ici, tous les gens qui rentrent en maison de retraite et qui ont un médecin traitant dans

un rayon de 10 Km gardent leur médecin traitant. S'il est au-delà il faut lui demander s'il assure les urgences de son patient. Quand on est à 15Km on ne peut raisonnablement pas. A partir de ce moment là, les gens rentrent en maison de retraite en se disant: "Je garde mon médecin traitant." Si demain on dit: "Le médecin traitant ne suit plus son patient dans la maison de retraite de son village" alors le médecin traitant va le garder le plus longtemps à domicile et les gens vont rentrer que quand ils seront vraiment obligés, juste pour mourir. La maison de retraite elle peut fermer. Il y a un truc aberrant: quand les établissements passent en tarif global, la somme qui est versée par l'établissement au médecin ne fait pas partie de ses revenus conventionnés. C'est-à-dire que les caisses se désengagent de la prise en charge des retraites pour cette somme là. Le gros souci c'est qu'on a le Dr V. qui a un point de vue qu'il veut faire appliquer à tout le monde."

## ENTRETIEN N°7

"Je suis le Dr CM., j'ai 34 ans. J'ai été externe sur R. puis interne de médecine interne sur R. J'ai fait un DESC de gériatrie, je suis gériatre depuis 2007. J'ai eu mon concours de PH, je suis PH depuis juillet 2010. Je suis en gériatrie sur SN. depuis novembre 2006."

"J'étais médecin coordonnateur à la maison de retraite de PSM. depuis juillet 2009. Depuis 2 mois je n'y vais plus car on est en manque de médecins. Globalement j'y suis restée un an. Depuis avril 2010 je suis médecin coordonnateur aux JA. au P. pour une demi-journée par semaine. Avant, le médecin y était pour 4 demi-journées mais comme nous sommes en sous effectif de médecins j'y vais qu'une demi-journée. Je suis en train de partir tout doucement de PSM. La convention tripartite a été signée en 2002. Il y a 67 résidents. Le Gir moyen vient d'être refait, il est à 650. Le Pathos est à 132. L'âge moyen des résidents est de 84 ans. C'est une structure privée. Le premier médecin coordonnateur est entré en 2005. Moi je suis le nième médecin coordonnateur et je suis arrivé en mars 2010. J'ai très peu de rapports avec la direction. Il y a une douzaine de médecins généralistes qui interviennent sur la structure. Le temps alloué à ma fonction est d'une demi-journée mais en fait la convention a été signée pour 4 demi-journées mais c'est loin d'être le cas. Le dossier médical est informatisé avec le logiciel Cedi-acte. Dans la structure il y a un infirmier coordonnateur à temps plein depuis pas très longtemps, 3 Etp IDE, 8 Etp AS, 3 Etp AMP, 3 Etp ASH, un assistant de gérontologie."

" Dans la structure j'ai un bureau que je partage avec la psychologue mais ce n'est pas gênant parce qu'on n'est pas là le même jour. Dans mon bureau j'ai mon poste informatique et le téléphone. A raison d'une demi-journée par semaine c'est très difficile d'avoir des réunions formalisées avec l'équipe. Quand je suis arrivée c'était le Pathos. J'ai fait le Pathos alors que je ne connaissais aucun résident, j'y ai mis un peu de temps. L'infirmier coordonnateur est débordé. Depuis que je suis là il n'y a pas eu de réunion de synthèse. Avant, je sais qu'il y avait des réunions de synthèse. Une réunion avec le directeur était prévue la semaine dernière mais elle a été oubliée par le directeur. Donc je n'ai encore jamais eu de réunion avec le directeur. Dans la maison de retraite tout change le directeur, moi-même et l'infirmier coordonnateur. Il est envisagé qu'on en fasse une en septembre avec les médecins libéraux pour le problème des prescriptions informatisées. Je vais voir les résidents à leur entrée. Je reprends bien les antécédents avec eux pour ceux qui peuvent me les décrire, je fais un examen gériatrique la marche, la nutrition, un MMS pour les patients qui ne sont pas suivis en consultation mémoire et non un examen clinique complet. Après, je les vois uniquement si il y a un problème. Avec le temps qui m'est imparti c'est impossible que je les rencontre davantage. Depuis que j'ai pris mes fonctions je n'ai rencontré aucune famille même à l'entrée. Avec mon statut je connais un peu tout le monde. Quand j'ai un dossier d'admission j'essaie de faire mon enquête, savoir si il est connu de l'hôpital. Je sollicite l'hôpital de jour de gériatrie si j'ai besoin d'un avis, mais de toute façon je passe par le médecin traitant. Pour les plaies je propose au médecin traitant un suivi en hôpital de jour de gériatrie. Je soumetts au médecin traitant une consultation mémoire. Je reste dans mon rôle de conseil auprès des généralistes. Je ne fais rien sans passer par le médecin traitant. Je m'autorise uniquement la prescription d'une albuminémie et d'un régime hyper protéiné. "

"J'ai pour l'instant aucun recul par rapport au projet de soin. Oui je donne mon avis sur les admissions. Logiquement le directeur me montre tous les dossiers mais il y a certaines admissions qui sont faites sans que je voie le dossier. C'est une admission sur dossier, je ne rencontre le patient qu'une fois entré dans la structure. Quand j'ai le dossier entre les mains je prends du temps pour appeler le médecin traitant, savoir si il y a eu des hospitalisations à H., savoir si il y a un diagnostic précis de maladie de la mémoire etc. Je passe du temps au

téléphone mais je ne vois pas le patient ni la famille. Je donne mon avis puis c'est le directeur qui décide. Mon avis n'est pas toujours suivi, c'est le directeur qui décide. Il y a certains patients qui sont entrés et je n'ai pas vu les dossiers. Est-ce que c'était urgent et je ne suis là qu'une demi-journée par semaine, je ne sais pas. Je n'ai jamais rencontré de kiné pour l'instant. Il y a une ergothérapeute avec qui je discute pas mal des dossiers quand il y a des problèmes: escarre, matelas. Je rencontre les infirmières toutes les semaines et elles me parlent volontiers des problèmes qu'elles rencontrent, si il faut que j'aille voir un patient, s'il faut que j'appelle quelqu'un. Il y a une tonne de protocoles qui ont été faits il y a un an et demi: protocole chute, protocole contention, protocole déshydratation, récemment protocole canicule avec des ordonnances toutes faites pour des perfusions sous-cutanées si besoin. C'est très « protocolisé », il y a tout ce qu'il faut. L'évaluation de l'état de dépendance des résidents a été fait il n'y a pas très longtemps par les aides-soignantes, les infirmières et l'ancien médecin coordonnateur. La liste de médicaments est en projet. On travaillerait avec une pharmacie de ville. On doit travailler sur ce projet avec tous les médecins coordonnateurs du coin. On a commencé à travailler dessus avec tous les médecins d'H. On a eu plusieurs réunions où chacun devait apporter pour créer un petit référentiel de médicaments. Pour l'instant les réunions sont arrêtées. Les médecins généralistes ne sont pas conviés. Pour l'application des bonnes pratiques gériatriques il y a des protocoles mais effectivement je prends peu de temps au moment des synthèses. Au moment d'une synthèse sur un résident on pourrait expliquer certaines choses aux soignants, ça pourrait être plus fait mais ça manque cruellement de temps. Le personnel est souvent formé par le GEFEG. C'est le groupe des médecins, kinés de SN. Nous faisons des formations sur les chutes, la maltraitance... différents thèmes gériatriques. Il y a pas mal de soignants des JA. qui s'inscrivent et qui viennent aux formations. Ce sont des formations qui sont orales avec support informatique. Je ne connais pas assez pour dire s'il y a d'autres personnes qui interviennent pour les formations. On est en train de s'informatiser. Il y a un dossier médical type mais qui n'est pas systématiquement rempli par les médecins traitants. Le dossier de soin est informatisé et ça fonctionne bien. Le rapport annuel médical d'activité est fait tous les ans. J'ai fait celui de 2009 alors que j'étais absente parce que je suis arrivée en 2010. Pour l'instant il n'y a pas de convention avec la psychiatrie, c'est en projet, on doit travailler dessus. Les médecins qui interviennent savent très bien qui appeler pour organiser une hospitalisation, les médecins connaissent bien le fonctionnement de la gériatrie sur SN."

"J'ai jamais envoyé de mail aux médecins généralistes. Je leur téléphone ou j'essaie de les voir quand ils viennent dans l'établissement. Quand ils viennent faire leur renouvellement de prescription je les interpelle, je me présente et on discute. S'il y a un problème plus grave je leur téléphone. Au fur et à mesure il y a pas mal de médecins que j'ai appris à connaître. Ils n'hésitent pas à m'interpeller quand ils font leur visite, quand ils hésitent à hospitaliser. Ils demandent des conseils assez facilement. Il devait y avoir une rencontre formalisée avec les médecins généralistes la semaine dernière pour parler des prescriptions informatisées. La réunion a été annulée le directeur ayant oublié de prévenir les médecins. Il y a beaucoup de médecins réfractaires à la prescription informatisée. Le dossier médical est informatisé. Certains médecins traitants le font d'autres ne le font pas. Il y a à peu près 1/3 des médecins qui tiennent le dossier médical informatique. Le reste des médecins vient pour leur visite mais ne laisse pas de traces. Il existe toujours le dossier papier. Les protocoles n'ont pas été faits en collaboration avec les médecins traitants. On va peut être leur solliciter une liste et ils donneront ou pas leur aval. On a déjà du mal à se voir entre médecins coordonnateurs donc si il faut faire une réunion avec tous les médecins généralistes ça devient impossible. C'est vrai que ce ne serait pas mal qu'ils voient la liste avant qu'on la valide. La relation médecin traitant-médecin coordonnateur n'est pas si mal. Hier, un médecin généraliste était embêté par des troubles du comportement. En fait il y a eu des changements de traitement récents,

elle ne s'en sortait pas. Elle m'a appelé directement par téléphone pour avoir un avis. Globalement les relations sont bonnes. Je n'ai jamais eu de problème particulier avec un médecin. Le fait d'être non prescripteur n'est pas dérangeant comme c'est une activité très restreinte d'une demi-journée par semaine. Effectivement, si je faisais de la coordination à temps plein en étant non prescripteur, ça, je ne pourrais pas. Ça ne me dérange pas de donner des conseils aux médecins traitants, après ils suivent ou ils ne suivent pas. Je n'ai pas de frustration particulière."

"Entre médecins il n'y a pas de conflit. Avec le directeur ça ne se passe pas très bien plus parce qu'il ne tient pas compte de mon avis. Quand je dis que ce n'est pas possible d'admettre tel patient parce qu'il est trop dépendant et qu'on n'arrivera pas à le prendre en charge, il n'entend pas. Je n'ai pas encore rencontré de conflit avec les familles. Dans mon ancienne maison de retraite je n'ai jamais eu de conflit avec une famille, ça se passait bien. Aucun souci avec les résidents. Je ne suis pas encore au stade du conflit mais je privilégierai le dialogue. C'est dur parce que ce n'est pas du tout le même métier, c'est beaucoup plus administratif, des chiffres. J'ai mis des heures à faire le Pathos parce que je ne connaissais aucun résident, ça a été validé mais le directeur n'a pas trouvé que le chiffre était bon donc pas un merci. Il a demandé qu'on refasse une évaluation Pathos. Oh non je n'ai pas eu de formation sur la résolution des conflits ni sur le management."

"On ne m'a pas demandé mon avis. Ce n'est pas un choix de faire de la coordination. Je n'avais pas du tout d'attente particulière. C'est assez compliqué parce que j'ai travaillé dans 2 structures. Globalement j'étais plutôt satisfaite. On met du temps à découvrir l'équipe. On n'est pas habitué, à la base j'ai une formation hospitalière. C'est assez compliqué de se retrouver avec des médecins généralistes. C'est un autre rôle. C'est intéressant de voir les dossiers d'admission, de faire sa petite enquête. C'est intéressant de donner ses compétences lors des synthèses: discuter des troubles du comportement, réexpliquer ce qu'est la maladie d'Alzheimer. Les synthèses sont souvent faites autour des patients dont la prise en charge pose problème. C'est souvent les troubles du comportement qui reviennent avec un personnel qui n'est pas toujours formé comme il faudrait. On forme un peu les gens au moment des synthèses, c'est assez intéressant. C'est le manque de temps surtout, je n'arrive pas à faire tout ce que je voudrais."

"Globalement oui, elle correspond à l'idée que j'avais de la coordination. Je ne m'attendais pas à autre chose."

"Je suis gériatre donc je pense que j'ai une certaine connaissance de la personne âgée. Je suis crédible auprès des médecins généralistes. J'apporte pas mal de conseils aux médecins généralistes. Les médecins généralistes me connaissent de part mon activité hospitalière qui est sur le même secteur. C'est plus un avantage d'être PH. Je sais ce que c'est que d'hospitaliser quelqu'un. C'est intéressant de connaître les patients à l'hôpital et dans leur maison de retraite."

"Je vais plutôt être pessimiste. Il va en manquer cruellement. La dernière maison de retraite que j'ai quittée, ça fait plus d'un an qu'ils sont à la recherche d'un médecin coordonnateur. Je ne sais pas si la coordination intéresse beaucoup de médecins. Je ne sais pas comment on peut faire que de la coordination. Il va en manquer beaucoup donc est ce que ça va perdurer? Beaucoup de gens disent qu'ils vont recruter un médecin qui aura la casquette de coordonnateur et qui fera aussi du soin. Une sorte de mini service. Je me rends compte qu'il en manque beaucoup. Ici, comme il y a une convention avec l'hôpital d'un temps de coordination de 4 demi-journées, avec le manque de médecin, la gériatrie m'a demandé de venir faire une demi-journée de coordination dans l'établissement. En plus, quand je suis arrivé c'était la grosse crise parce qu'il y avait le Pathos à faire. Une demi-journée ça ne sert à

rien. Trois demi-journées ça peut être pas mal. Je suis hyper frustrée, j'ai envie de faire plein de choses mais je n'ai pas le temps. Là j'arrive, tout le monde me donne ses problèmes: faut faire ça. Je ne peux pas gérer les choses à distance."

## ENTRETIEN N°8

"Je suis le Dr G., je suis né en 49, j'ai 61 ans. Je suis installé depuis 1976 sur N. en médecine générale dans un cabinet tout à côté seul. J'ai travaillé assez rapidement en maison de retraite il y a de ça 20 ans. Depuis qu'il y a ces possibilités de médecin coordonnateur j'ai été médecin coordonnateur dans une autre maison. Je suis médecin coordonnateur ici depuis près de 4 ans. Je ne suis plus médecin coordonnateur dans l'autre maison. Je suis à la fois médecin coordonnateur ici et j'ai de la patientèle ici."

"J'ai suivi la formation de MG-Form. Je l'ai faite très tardivement puisque je l'ai terminée l'année dernière. Vu mon âge je n'ai pas eu envie de me lancer dans des concours. Je suis resté avec cette formation."

"La convention tripartite va être resignée en février 2011, comme c'est tous les 5 ans ça fait qu'elle a été signée la première fois en 2006. Le premier médecin coordonnateur dans la structure c'est moi puisque la maison date de 2006. Pendant un certain temps il n'y a pas eu de médecin coordonnateur et je suis entré en août 2006. C'est une structure privée à but non lucratif. Il y a 88 résidents. L'âge moyen des résidents est de 83 ans. Le Gmp est de 555. Nous n'avons pas encore de Pathos validé. Il y a 38 médecins généralistes qui interviennent dans la structure. Le temps alloué à ma fonction de médecin coordonnateur est de 6h par semaine soit 0,17 Etp. Le dossier médical est papier et informatique. Il y a à la fois des transmissions qui se font sur papier à cause des médecins généralistes qui ne veulent pas rentrer sur l'informatique. Moi j'ai institué quelque chose qui me semble être original: à priori la quasi totalité des ordonnances sont sur informatique. Quand le médecin vient pour faire sa visite, on lui sort la dernière ordonnance sur informatique, il lui appartient de corriger, de rayer, de rajouter et signer. Ensuite, c'est l'infirmière qui va rectifier au niveau de l'informatique, ce qui fait qu'on a un document beaucoup plus propre. Il n'est pas possible avec 38 médecins qu'ils se mettent à faire ça d'autant plus que sur les 38 il y en a 29 qui n'ont qu'un seul patient dans la maison. Vous voyez ce que ça peut donner. C'est le moyen que j'ai mis en place et qui apparemment à l'air de satisfaire les médecins. Le logiciel est Epsi log. On est en plein changement. En théorie il y a une infirmière coordinatrice mais ce n'est pas encore complètement installé. Jusqu'à présent il n'y en avait pas. On est en train d'en installer une mais ce n'est pas encore fait totalement. C'est nécessaire d'avoir une infirmière coordinatrice. Actuellement on a 3 infirmières en sachant qu'il y a en réalité 2 Etp. On a une psychologue à 0,20 Etp, 13,10 Etp d'aides-soignantes et AMP, 2 Etp d'aides de vie, 0,45 Etp d'ergothérapeute, 0,45 Etp de psychomotricienne."

"J'ai mon bureau pour moi tout seul, j'ai un poste informatique et un téléphone. J'ai été très bien installé, d'une certaine façon. Du point de vu matériel j'ai ce que je veux, il n'y a pas de problème. Il y a des synthèses formalisées avec l'équipe soignante. Je rencontre très régulièrement les infirmières lors des transmissions et pour une grande réunion une fois par mois. Je rencontre les aides-soignantes une fois par mois autour d'un thème. Ca va se modifier et on va sûrement passer à une fois par semaine, le mardi après-midi avec toute l'équipe. J'ai essayé d'aborder des thèmes de gériatrie. On fait une grand'messe annuelle avec l'ensemble du personnel, c'était obligatoire. On se retrouvait un soir et on gérait les problèmes d'ordre généraux par exemple le phénomène des fugues, des chutes, la grippe H1N1. Oui j'avais des réunions formalisées avec le directeur. On se rencontrait régulièrement, il ne se passait pas une semaine sans que l'on se rencontre. On se voyait au moins une fois par semaine. J'ai le quart des résidents qui est dans ma patientèle, ça simplifie tout de suite les choses. Pour ce qui est des autres, il y a une certaine faille. Je les vois systématiquement à l'admission. Après, je les rencontre dans les couloirs, je leur dis "bonjour" mais je ne rentre pas dans les chambres.

Avec le temps qui m'est imparti je n'ai pas le temps. Je regarde indirectement par informatique. Je vérifie un certain nombre de choses, je vois les dossiers médicaux de façon à ce qu'il n'y ait pas trop de problème. Mais directement les rapports que j'ai avec les résidents: je traverse la salle de restauration une fois par semaine, je dis "bonjour" mais ça ne va pas plus loin. Quand il y a des problèmes bien sûr que j'interviens. Ca m'arrive d'être le médecin de secours quand il y a des urgences. Là, en période de vacances, j'ai des confrères avec qui j'ai de bonnes relations: ce matin j'ai vu un patient d'un confrère parce que son remplaçant ne pouvait pas se déplacer. Ca m'arrive de temps en temps, comme ça, je suis connu dans la maison. Je rencontre la famille à l'entrée avec leur parent. J'ai des rencontres avec les familles à leur demande, je rencontre une quinzaine de familles sur l'année. Les gens ont la possibilité de me rencontrer à leur demande. J'ai eu 12 rencontres en 2009 et 19 visites d'admission. En fait c'est toujours les mêmes familles que je rencontre. Il y a pas mal de rencontres mais c'est toujours à peu près les mêmes. J'ai de très bons rapports avec l'hôpital B. mais ce n'est pas formalisé. Ca fait partie des choses que l'on veut mettre en place et que l'on veut formaliser. On a essayé d'avoir des relations avec le CHU mais ça ne s'est pas très bien passé. On n'a pas de réseau formalisé."

"L'élaboration du projet de soin n'est fait que très partiellement. Ca n'a pas été très bien fait. Le projet de soin est quelque chose qui est à revoir. Il est à revoir tous les ans mais ce n'est pas un travail bien fait actuellement. Je vois d'abord le dossier puis le patient. Il y a un dossier qui est vu dès que les personnes ont rempli leur dossier. Je donne un rapport plus ou moins favorable. Avant chaque admission je vois la personne. Oui je fais la coordination des professionnels de santé au travers des réunions de synthèse, la grand'messe. Oui je fais la prévention des risques mais on peut faire mieux. On est en train de nous en rajouter sans arrêt. Oui partiellement; oui on fait la prévention des risques. On fait l'évaluation de l'état de dépendance des résidents au travers du Gir. Le Gir c'est quelque chose que je surveille, quelque chose sur lequel j'interviens, je regarde, j'en discute. Ce n'est pas moi qui fais le Gir-âge mais je signe le Gir-âge donc je suis obligé de vérifier un certain nombre de choses. Il est fait par un couple infirmière-aide soignante. Il est revu tous les mois. Oui en théorie; c'est ce qu'on essaie de faire, de transmettre. C'est un mot que j'ai souvent à la bouche. Ca va plus être avec les aides-soignantes et les infirmières, c'est beaucoup plus difficile avec les médecins généralistes. Non il n'y a pas de liste de médicaments. Ca sera fait quand ce sera obligatoire, quand on va renégocier la convention tripartite. Oui je fais la formation des professionnels de santé. C'est quelque chose que je partage avec la directrice, on en parle ensemble. Il y a à la fois des formations internes sur l'alcoolisme, la maladie d'Alzheimer beaucoup .... Il y a actuellement une formation externe sur la maladie d'Alzheimer. J'interviens en étroite collaboration avec la directrice. Quand ce sont des formations externes ça peut être 3 fois par an et quand c'est en interne ça fait partie des rencontres soit environ tous les 2 mois. Le support est variable, ça peut être oral, il y a de l'informatique. Actuellement la formation Alzheimer est faite par une intervenante extérieure, relativement bien faite, très interactive, sur informatique. Le dossier de soin est bien fait et ça fonctionne bien. Un dossier type c'est la fiche du résident avec les grandes lignes, les transmissions médicales, les ordonnances, les résultats d'exams, les courriers divers, les hospitalisations, les auxiliaires médicaux, le dossier d'inscription et sur le dessus la feuille de transmission infirmière-médecin libéral sur laquelle figure la question de l'infirmière et la réponse du médecin traitant. Oui je fais le rapport médical annuel d'activité. Pour le moment ce n'est pas un truc qui a bien fonctionné. La mise en œuvre des réseaux gérontologiques est à revoir."

"Ma relation avec les généralistes est bonne. C'est-à-dire que quand je rencontre les confrères ça se passe bien. Mon bureau est toujours ouvert et comme les médecins passent souvent par là, je les rencontre et on discute ne serait-ce que 2-3 minutes. Quand il y a des problèmes de quelque nature que ce soit je leur téléphone. Je n'ai pas de problème avec les médecins

généralistes. Sur les 38 j'ai eu une fois un problème. J'ai même de très bonnes relations et je suis soutenu dans les difficultés que j'ai rencontrées dans la maison. J'ai été soutenu par les médecins généralistes. Je n'ai absolument pas à me plaindre d'eux. Ceci étant, étant médecin généraliste, je comprends leur activité, je suis conciliant, je ne leur casse pas les pieds. Les moyens de communication utilisés avec les généralistes c'est d'abord la feuille de transmission sur le dossier, par le biais des infirmières j'interviens. Sinon quand ils viennent, par téléphone. Pour le moment nous n'avons pas encore fait la fameuse réunion annuelle avec les médecins. Il n'y a pas de réunion formalisée avec les généralistes. Je suis tout à fait pour mais je me rends compte qu'en pratique ça ne marche pas très bien sur N. Moins il y a de médecins plus c'est facile. Le médecin qui n'a qu'un seul patient ne va pas se déplacer pour la réunion. On se retrouverait que 3-4 à la réunion. Ce n'est vraiment pas évident d'organiser ce type de réunion. Je ne veux pas dire que ce ne soit pas à faire. Moi, j'aimerais leur refaire un courrier ainsi que quand il rentre dans la maison pour la première fois, en leur indiquant un petit peu la place qu'on leur donne et en leur indiquant un petit peu les efforts qu'on va leur demander mais aussi les efforts qu'on fait pour eux. J'insiste beaucoup pour leur simplifier le travail en matière de stationnement, en matière de remboursement d'honoraires c'est des détails mais c'est important, en matière d'ordonnances, en matière de disponibilité des infirmières quand ils passent. Dès qu'ils rentrent pour aller chercher leur dossier il y a en gros sur le mur le poste de l'infirmière et ils peuvent la contacter à tout moment. Il y a tout un tas de petits détails comme ça que je tiens à faire remarquer mais en contre partie je leur demande de tenir un dossier ce qu'ils tiennent à peu près avec au moins les antécédents, les pathologies actives et les grandes choses. Les protocoles, très honnêtement, n'ont pas été faits en collaboration avec eux. Ils sont faits en collaboration avec les infirmières. C'est-à-dire que, la plupart du temps, – il y a une dizaine de protocoles de faits- soit les infirmières soit moi sommes à l'initiative. Je ponde quelque chose et je renvoie directement aux infirmières qui me disent qu'est ce qu'elles en pensent. On corrige et à un moment on l'adopte, on le signe et on essaie de le faire passer aux médecins. Pour la surveillance des INR, je voudrais faire passer ça au niveau des médecins pour qu'on n'ait pas à leur téléphoner systématiquement quand on a un INR normal. Ça empoisonne tout le monde et vu tous les INR qu'il y a dans la maison. Je voudrais faire signer les protocoles par les médecins. Ça se met en place. C'est un bien pour tout le monde. C'est donnant-donnant. On gagne du temps des 2 côtés. J'ai un bon ressenti sur la relation médecin généraliste-médecin coordonnateur. Pour le moment ce n'est pas un souci de ne pas être prescripteur pour certains résidents."

"Il y a des conflits. Ah certainement pas, je n'ai pas eu de formation sur la gestion des conflits avant de prendre mon poste. Je n'ai pas eu de formation sur le management non plus."

"Alors moi mes attentes c'était simple: je travaillais dans un cabinet seul, je trouvais ça un peu lourd, j'avais envie de travailler avec d'autres et surtout en équipe multidisciplinaire. Je suis quelqu'un de communication. Je voyais autant d'intérêt à parler avec une directrice qu'à parler avec les infirmières, les aides-soignantes, l'homme d'entretien. Ca c'est le côté que je voyais de positif. Même pour ma « patientèle », je trouvais bien que d'autres portent non pas des jugements mais des critiques sur ma manière de fonctionner, ce qui est un moyen de m'auto-évaluer. C'est une auto-évaluation par le biais des infirmières qui me disent: "Ah vous faites comme ça, pourquoi comme ça." On est alors obligé de justifier et je trouve ça très positif. J'ai été très prudent parce que je suis très prudent dans le travail d'équipe. Je suis rentré complètement là dedans. J'ai d'excellents rapports avec les infirmières, ça s'est toujours très bien passé. Quand j'étais en conflit, j'ai eu un soutien, on s'est tenu la main dans la main. Je tutoie les infirmières et elles me vouvoient. Ce sont les seules personnes que je tutoie dans la maison. Ca se passe bien. Avec la re-signature de la convention tripartite et le fait d'être obligé -en théorie si je veux bien faire mon travail- à une augmentation de temps de présence,

ce qui veut dire à 0,50, je ne sais pas ce que je ferais. Là je suis un peu en questionnement, je regarde, j'écoute. J'ai 61 ans il faut que je me sente bien. Je suis un peu mitigé actuellement."

"Oui globalement mon activité correspond à l'idée que j'en avais."

"Pour moi je trouve ça très positif parce que ça me donne une obligation de rentrer dans les chambres et d'aller en profondeur dans le système de fonctionnement. Ça m'oblige à mieux comprendre les médecins libéraux donc à essayer de savoir comment on peut concilier les obligations liées aux tutelles et à comprendre les obligations des médecins dans l'exercice de leur profession. Ça, je trouve très positif donc j'essaie de négocier, de faire du mieux et ce, parce que je comprends très bien les 2 côtés."

"Si vous me demandez comment elle va évoluer et bien c'est très clair. Mon souhait à moi de toutes les façons je pense que d'ici peu, et ça viendra assez vite, il n'y aura plus de médecins coordonnateurs libéraux à l'extérieur. Il y aura un médecin coordonnateur par structure qui jouera aussi le rôle de médecin traitant. Je vois ça clair comme de l'eau de roche. Je comprends très bien et ça simplifiera beaucoup de choses. C'est l'avenir si j'ose dire des maisons. Mais on enlèvera une certaine ouverture qui était intéressante de par la multiplicité qu'il y avait des médecins, mais je crois que 38 dans une maison c'est beaucoup trop. Moi, ce que j'aimerais, c'est qu'on soit plusieurs médecins: un médecin coordonnateur et 2-3 médecins qui soient salariés. Il faut diminuer le nombre de médecins de façon très adroite et de façon déontologique. J'ai un peu peur de ce côté médecin coordonnateur qui soit seul dans la maison avec à la fois sont activité de coordination et à la fois son activité de soin. Mais je crois qu'on y va. Ce qu'on voit aussi c'est une certaine critique de tout ce qui nous est imposé par les tutelles. Ce qu'on nous impose au nom de la bientraitance, au nom du respect des bonnes pratiques gériatriques, à mon avis, c'est inapplicable et ça restera inapplicable. C'est bien de mettre des gardes fous, c'est bien d'avoir des buts à atteindre mais attention à ne pas le faire trop vite et attention à ce que le personnel suive de la direction au dernier ouvrier. On a une pression qui est très forte. Je parle surtout au niveau des directions qui n'ont pas un rôle évident du tout mais aussi des médecins coordonnateurs qui ne sont pas loin du grill sans arrêt. Vu tout ce qu'on nous demande, on pourra trouver sans arrêt des choses à nous reprocher, à revoir et à refaire. Je travaille beaucoup avec les autres médecins coordonnateurs. Au cours de ma formation j'en ai rencontré beaucoup. Je fais partie du regroupement des médecins coordonnateurs. J'ai assisté à la rencontre annuelle. Je participe à toutes ces rencontres et c'est très positif d'avoir des contacts avec les autres médecins coordonnateurs. Moi j'aime bien savoir ce qui se passe dans la profession et je dirais même que j'aurais un souhait: c'est qu'on mutualise un certain nombre de choses, qu'on mutualise nos idées, qu'on se passe des idées sur les protocoles, qu'on se passe des idées sur le rapport annuel d'activité... Ça serait tout à fait riche. Moi, j'étais rentré en pétard lors de ma formation parce que le jour où on a parlé de la liste des médicaments -je m'étais dit que peut être on aurait élaboré une liste, certes peut être un peu large- le monsieur nous a dit que: "Non, pas du tout c'est à vous de la définir." Je trouvais ça un peu décevant qu'on ne puisse pas entre médecins coordonnateurs faire une trame pour la liste des médicaments, faire un dossier d'admission unique. Un dossier d'admission unique ça évite au médecin généraliste de remplir tout un tas de dossier d'admission. Il faudra y venir, au dossier d'admission unique qui peut être critiquable mais je crois qu'on ne peut pas faire autrement."

## ENTRETIEN N°9

"Je suis le Dr R., je suis née en 1961. Je me suis installée en tant que médecin généraliste pendant quelques années en campagne. Ensuite, j'ai fait la capacité d'allergo-immunologie puis j'ai fait une formation de médecin du travail. J'ai exercé pendant environ 10 ans la médecine du travail. Ensuite, j'ai eu envie d'essayer la gériatrie donc j'ai passé la capacité de gériatrie. J'ai été embauchée au CCAS (centre communal d'action sociale) en cours de capacité."

"J'ai eu ma capacité de gériatrie cette année."

"Il y a 6 Ehpad. Quand j'ai été embauché, il y avait 4 Ehpad et 2 foyer-logements en cours d'évolution vers l'Ehpad. Elles ont toutes 80 lits sauf 1 des foyer-logements qui en a 64. On a un cantou de 10 places, un accueil de jour depuis 2 ans de 12 places et un autre accueil de jour qui est en train d'ouvrir, également de 12 places. Il y a 2 résidences qui ont un projet de réimplantation sur la ville de N. et là on étudie pour qu'il y ait une unité d'hébergement spécifique. En tous les cas, de façon certaine, il y aura une unité d'hébergement pour personnes handicapées vieillissantes sur une. Ce sont des structures publiques. J'ai pris ma fonction en avril 2008 d'abord à mi-temps. Je travaillais en médecine du travail le matin et l'après-midi en Ehpad. Je suis à plein temps depuis novembre 2009. Je ne pourrais pas vous dire la date du premier médecin coordonnateur. Avant moi il y a eu 6 mois sans aucun médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur qui était avant moi n'avait même pas un mi-temps. Il est resté pendant plusieurs années mais je ne peux pas vous donner de chiffre exact. Du fait de son peu de temps de travail, il travaillait que sur les dossiers d'admission. Le personnel a une culture un peu particulière: il associe le médecin coordonnateur à uniquement les dossiers d'admission. On va re-signer la convention l'année prochaine donc première signature en 2006. L'âge moyen des résidents est entre 80 et 82 ans selon la résidence. Les foyers-logements ont une moyenne d'âge plus jeune. Pour les résidences qui n'ont pas de contrainte de sécurité, on évolue entre 480 et 520 de Gmp. On a un ancien foyer-logement où la commission de sécurité ne nous autorise pas à aller au-delà de 300 de Gmp. C'est assez incompatible avec l'activité d'Ehpad. Ce sera la première résidence où le projet de construction sera mis en route. On n'est pas encore au Pathos, on y sera à la prochaine convention. Moi, je serais formée le 30 septembre. On a le logiciel soins actuel qui va permettre de faire le Pathos assez facilement. Sur la totalité des structures, il y a plus de 70 médecins généralistes qui interviennent. En moyenne 35 médecins généralistes par structure en sachant qu'il y en a qui sont communs à plusieurs résidences. Mon temps pour la fonction est maintenant un plein temps. Pour le dossier médical, je garde dans les dossiers de façon manuscrite certains comptes-rendus et ça, ça fait partie du dossier médical. Je fais des synthèses sur le dessus du dossier de soins qui sert de compte-rendu. Le dossier médical est un peu sous les 2 formes. Le logiciel utilisé est NET-soins. Pour une résidence classique, il y a 2 infirmières titulaires dont une n'est pas à temps plein, environ 10 aides-soignantes, environ le même nombre d'agent d'hébergement, un cuisinier et 2 aides cuisiniers, une lingère, un agent technique, une directrice, une assistante de direction, une animatrice, une responsable hébergement, une psychologue. Une psychologue se répartit sur 2 résidences et 2 accueils de jour. Une autre psychologue se répartit sur les 4 autres résidences. Il n'y a pas d'infirmière coordinatrice pour chaque structure. On va évoluer vers ça parce qu'on s'aperçoit qu'il y a de gros problèmes, en particulier sur la qualité de distribution des médicaments. On aimerait bien qu'il y ait une infirmière responsable. Depuis que je suis à plein temps, j'ai un bureau au CCAS que je partage avec la directrice des soins. Il y a aussi le personnel du CCAS. En fait, il y a le CCAS qui chapote. Normalement, un directeur d'établissement a décision sur tout dans

son établissement mais en fait, dans la fonction publique, il est chapoté par le CCAS. Il y a le directeur de la DEMS (direction des établissements médico-sociaux). La directrice adjointe fait office également de directrice des soins. C'est une ancienne cadre hospitalière de B. J'ai mon poste informatique. J'ai un portable. Du point de vue matériel ça va mais se répartir sur 6 résidences c'est assez dur et c'est ma voiture. Les réunions avec l'équipe soignante c'est une sorte de difficulté parce que depuis que je suis arrivée j'essaie de faire avancer le projet de vie et on n'y arrive pas. Depuis l'arrivée de NET-soins qui propose de remplir un item "projet de vie" assez simplement et de façon quand même complète, on a bien avancé sur les résidences qui ont eu l'installation de NET-soins. Avant, on avait une réticence argumentée par le manque de temps. J'ai de tout, tout dépend de la volonté du directeur sur son équipe de soins. Si j'ai un bon directeur, nos demandes de synthèse, parce qu'elles sont souvent associées avec les psychologues, sont entendues et il organise le temps du personnel et ça se fait. Quand l'organisation est plus opaque, quand il y a des prises de pouvoir bizarre, ça ne se fait pas. Il y a donc des résidences où je n'ai pas de réunion avec les infirmières. Quand je souhaite voir un directeur, je demande à le voir et je le rencontre. Ce n'est pas forcément formalisé. Pour les résidents, je les rencontre uniquement quand il y a des problèmes. Mon temps est vite pris par les visites d'admission, l'examen des dossiers. Je fais un pré-examen des dossiers manuscrits, je mets si je ne retiens pas ce dossier. En règle générale, 99% des dossiers sont retenus parce que je n'ai pas le droit de stigmatiser une pathologie par rapport à une autre. Ce qui me fait tout de suite arrêter un dossier, c'est lorsque la prise en charge technique est manifestement trop importante. Tous les dossiers qui ont un avis favorable sur dossier sont mis sur la liste d'attente. Au moment d'un décès ou d'un départ pour une autre raison, la résidence contacte normalement selon: une règle de chronologie, priorité aux passerelles du CCAS puisque le CCAS veut que l'on donne une priorité aux gens qui demandent à rentrer et qui viennent du foyer-logement ou d'autres structures du CCAS. Globalement le CCAS donne une priorité aux personnes socialement démunies de la ville de N. Après, chaque résidence se met une priorité de quartier parce qu'elles aiment bien que les personnes restent dans leur quartier. Après, c'est en fonction des contraintes de la famille: ça peut être les enfants qui habitent le quartier et à ce moment là on le fait rentrer. La date d'inscription c'est complètement fictif parce que si on fait comme ça la secrétaire va y passer une journée entière à rappeler tout le monde. Là, on va peut être mettre en place un système où on va demander aux familles tous les ans de dire si elles maintiennent leur demande. Ça permettra d'aller plus vite dans la recherche par priorité de date d'inscription. Actuellement, on essaie de faire au mieux et selon les règles inscrites dans la convention. Il s'avère que c'est souvent les dossiers les plus récemment arrivés qui répondent "oui". Les autres sont soit décédés, soit pris ailleurs. Je les reçois, je fais une visite d'admission. C'est toujours très long une visite d'admission d'abord parce qu'il faut repérer ce qui a été omis consciemment ou inconsciemment dans le dossier, ce qui arrive de plus en plus souvent. Je fais toujours 2 étapes: une toute seule avec la personne même si elle est considérée comme complètement démente et une avec la famille. Même si elle est démente moi ça me permet de voir comment il se laisse manipuler. Je manipule les épaules etc. J'ai constaté que quand je faisais ce genre de test, la famille disait: "Vous allez lui faire mal" et on en restait là. Je fais ça toute seule, j'essaie que l'infirmière soit là mais c'est pareil: manque de temps. La plupart du temps je suis toute seule. Je les rencontre à domicile ou ils viennent sur une journée. En général, on préfère qu'ils viennent parce qu'en même temps on fait visiter l'appartement et on organise la venue des meubles. Quand ce n'est pas possible parce qu'ils sont trop dépendants, je vais au domicile ou dans les structures. Oui, dans la deuxième étape j'aime bien recevoir les familles. Pour les personnes démentes, j'aime bien savoir ce qu'ils ont mis en place parce qu'en fait je m'aperçois que c'est la meilleure façon de voir l'impact de la démence sur la vie quotidienne. Souvent ils nous disent que tout se passe bien: "Tout se passe bien, vous verrez il n'y aura aucun soucis." En fait on s'aperçoit qu'ils font venir un étudiant la nuit donc ça veut dire qu'il y avait des problèmes la nuit, ils font venir un kiné, une infirmière

le matin et le soir, ils font venir une aide ménagère matin, midi et soir. On s'aperçoit qu'il y a tout le temps quelqu'un. Les enfants qui font les courses etc. Et on nous dit qu'il n'y a aucun problème. Une fois que le résident est entré, je rencontre les familles quand il y a un problème. Parce que, encore une fois, les admissions me prennent tellement de temps, je ne suis pas suffisamment souvent aux réunions de transmission quand elles existent parce qu'il y a des résidences où elles n'existent pas. Je ne suis pas suffisamment pour moi auprès des équipes avec 6 résidences et donc ça se résume à: il y a un problème, on en parle. Il n'y a pas possibilité de prévenir les problèmes. Je travaille principalement avec Respavie, l'Had, l'hôpital. Voilà, c'est essentiellement ça en priorité."

"L'admission prend beaucoup de temps. Ensuite, je m'attache à faire des protocoles, des procédures. Quand je suis arrivée, j'ai fait les plus urgentes, celles qui me semblaient les plus urgentes: conduite à tenir face à une épidémie d'infection respiratoire, de diarrhée, de gale parce que là c'est la panique à bord tout de suite. Là, je viens de terminer ce que l'on doit distribuer aux agents en cas de BMR. J'ai essayé d'organiser, parce que c'était obligatoire et parce que ça n'avait pas été mis en place, les formations aux gestes d'urgence. Ça y est c'est fait mais tout ça prend beaucoup de temps parce qu'il faut contacter les formateurs, apporter tout un dossier ici sur le prix, sur ce que propose chaque type de formation etc. Le Clin a été très difficile à contacter. J'ai commencé dès 2008 à les contacter Comme ils étaient en pleine restructuration, la formation hygiène j'ai pu l'organiser qu'en 2009. Ce n'est pas toujours évident sur le terrain. Les principales formations je les ai organisées. J'ai été très occupée par le cahier des charges du logiciel soins parce qu'on n'avait pas de logiciel soins quand je suis arrivée. Là, ça a été de multiples réunions avec l'informaticienne. J'ai bien été aidée par le service informatique de la mairie de N. J'ai fait venir des fournisseurs de logiciels, je les ai reçu, j'ai fait le cahier des charges en fonction de ce que j'ai vu. Ensuite, il y a eu toute la procédure d'achat public. On est en train de le mettre en place. C'est vrai qu'avec la directrice des soins on est beaucoup occupées à rentrer toutes les prescriptions, tous les antécédents, s'assurer qu'il n'y a pas de souci dans la mise en place du logiciel auprès des équipes. On organise pour chaque résidence une formation de 3 jours pour les infirmières, directrices et tous les responsables. Les aides-soignantes passent en formation de 2 heures. Moi, dans ma visite d'admission, je fais toujours une fiche synthétique où j'écris: préconisations pour le projet de soins, préconisations pour le projet de vie et préconisations pour l'animation. C'est détaillé mais toutefois on est dépendant du bien vouloir et du choix du médecin traitant donc je mets toujours: selon l'avis du médecin traitant. Si on avait des réunions de synthèse partout, il serait revu mais il n'y en a pas donc (rires). Je fais une réunion annuelle comme c'est obligatoire mais il y a régulièrement eu que 3 médecins qui se sont présentés. On a tout essayé: entre midi et deux. Cette année, on a fait un panachage: on a proposé entre midi et deux et le soir, parce que la première année on m'avait dit que entre midi et deux ce n'était pas facile. Moi, quand j'étais installée, je trouvais ça plus facile. Pour répondre à ces critiques, j'ai fait une tranche horaire le soir mais je n'ai pas eu plus de monde. La première année, j'ai eu plein de kinés. Par contre je trouve que les kinés sont très intéressés à travailler ensemble. Il y a environ 3 médecins généralistes sur 70 qui participent, c'est rien. La dernière fois je leur avais dit: "Venez, il y a beaucoup de choses qui se préparent: la réintégration des médicaments. Cette année nous avons eu la réintégration des pansements, des petits dispositifs médicaux: qu'est ce que vous en avez pensé? A ce propos j'ai fait un protocole pansement, qu'est ce que vous en pensez? Il y a un logiciel soins, on pourrait vous l'expliquer" mais 3. L'évaluation de l'état de dépendance, ça aussi ça pêche un peu. La première année, j'avais bien réussi. Normalement, ça doit être fait par l'équipe et de temps en temps je dois être là pour m'assurer que ça se passe bien, qu'elles ont bien compris et surtout qu'il y a eu une nouvelle grille Aggir. En fait, là aussi, il faut du temps et les directeurs ne s'organisent pas forcément pour ça. Depuis NET-soins, une mauvaise évolution. Il y a même une infirmière

qui a vu qu'on pouvait accéder du domicile à NET-soins. L'infirmière fait son Gir-âge toute seule à domicile. J'ai fait le nécessaire pour que ça stoppe. L'évaluation est faite par l'infirmière quand elle a le temps. Je pense qu'avec le logiciel on va pouvoir instaurer une autre méthode, c'est à dire qu'à chaque transmission où ils parlent d'un résident on peut rapidement revoir l'évaluation Gir et le mettre sur le logiciel. Jusqu'à maintenant, c'était des réunions de 2h30 et encore on n'arrivait pas à tout évaluer. On avait souvent 2 ou 3 aides – soignantes, une infirmière, la lingère, la directrice, des fois moi et on faisait l'évaluation Gir de la résidence et on essayait de tout faire. Avec le logiciel jc pense que petit à petit il va falloir qu'ils prennent l'habitude de faire les évaluations au fur et à mesure. En plus des protocoles dit "urgents", j'ai rappelé toutes les recommandations par rapport aux chutes, par rapport aux contentions. Les recommandations des bonnes pratiques gériatriques c'est essentiellement vis à vis de l'équipe soignante mais très peu vis-à-vis des médecins. Les médecins ont les protocoles à disposition, ils sont libres d'en tenir compte ou pas. Dans l'Ehpad, selon l'organisation actuelle, il y a une grosse part de bon fonctionnement qui dépendra du relationnel entre les infirmières et les médecins traitants. Si elles arrivent à leur dire: "Tenez, notre médecin coordonnateur nous a fait ça récemment, vous avez le temps de le lire? vous en voulez une photocopie?" les choses avanceront. Je n'ai jamais abordé ce problème des INR parce que, pour l'instant, j'ai plutôt remarqué que ça fonctionnait bien. Enfin moi je trouve qu'on en fait trop et le Pr B., à son dernier cours, c'est ce qu'il disait aussi. Je ne vais pas me battre dans la mesure où paraît-il le nouveau médicament va enfin sortir et qu'on aura plus ces contrôles à faire. De toute façon comme on n'est pas au forfait global et comme les médecins généralistes déjà pour ce que je fais ne sont pas vraiment intéressés, je n'étais pas très motivée pour faire un livret thérapeutique. Une fois que la prochaine convention sera signée et qu'on passera au forfait global, je pense que là il n'y aura pas de discussion à avoir, il y aura un livret thérapeutique. A ce moment là, on va le faire. Je suis allée faire avec la responsable de gestion, une analyse de ce qui se faisait à l'hôpital d'A. où ils ont fait un groupe de gestion pharmaceutique pour d'Ehpad de l'hôpital d'A. et plusieurs Ehpad autour d'A. Elle, elle s'impose aux médecins du coin. Elle valide toutes les ordonnances selon le livret thérapeutique donc elle change carrément leurs prescriptions. Elle a une aura hospitalière. Elle est prête à collaborer avec nous. Le CHU de N. nous a déjà dit que "non". On s'intéresse à cette proposition. Moi, elle m'aiderait pour m'imposer face aux médecins généralistes. Je suis allée voir l'Ehpad de L. qui est en groupement de gestion également avec 2 autres Ehpad. C'était pas mal sauf que le livret thérapeutique a été fait avec le médecin coordonnateur et les médecins du coin qui ne sont que 4 ou 5. Le consensus a été assez vite trouvé. Autre solution que nous sommes allé voir vendredi, c'est la solution de la grande maison de retraite de SJ. Ils ont pris médisimo et une pharmacie du centre ville. Or ici, à la direction, ils auraient voulu une pharmacie d'officine du centre ville parce que c'est N. Je pense qu'ils vont être intéressés par cette solution. Lui me disait qu'il n'y avait aucun livret thérapeutique dans tous les Ehpad qu'il faisait, il en fait 6, parce qu'ils n'étaient pas au forfait global et que personne ne considérait que c'était utile. Lui me disait que le livret thérapeutique sera vite fait. Il m'a montré les 150 molécules les plus prescrites dans les 6 Ehpad, ça revient à des médicaments cardiaques, pour la démence, beaucoup de paracétamol. Le paracétamol vient en premier. J'ai interrogé une association nationale de médecins coordonnateurs pour avoir leur méthodologie. Sur le livret thérapeutique ça a été assez étonnant, ils ne se fiaient pas aux recommandations gériatriques. Ils prenaient les prescriptions les plus fréquentes et pas plus de 5 par ordonnance. Je ne sais pas comment ils s'en sortent. C'est vite dépassé; dès qu'on a fait un infarctus avec troubles du rythme on dépasse 5 médicaments. Au niveau de la méthodologie, pour le livret thérapeutique, celle de la pharmacienne de l'hôpital d'A. me plaisait bien parce qu'elle prenait en compte toutes les contraintes de qualité et également de la distribution du médicament. Elle connaît très bien les présentations unitaires, elle fait attention que les présentations unitaires se rangent bien dans les piluliers. Ca à l'air tout bête

mais des fois il y a le sachet qui est à côté parce que ça ne se range pas. Elle fait attention que les posologies soient adaptées aux personnes âgées. Des fois je retrouve des quarts de risperdal au fond des piluliers donc ça n'a pas été donné parce que c'est tout petit. Tout ça, elle a bien anticipé. Elle a déjà sélectionné les médicaments pour que ça corresponde à moins d'erreur à la distribution. Elle fait attention aux recommandations gériatriques. Moi je suivrais plus sa méthodologie. Je réfléchis à leur en parler mais il est hors de question de réunir 70 médecins. Je m'étais demandé si dans les 70 je ne sélectionnerais pas que les gériatres. Je compte m'appuyer sur le logiciel parce qu'avec le logiciel soins je vais pouvoir sortir les molécules les plus fréquemment prescrites. Oui je peux envoyer la liste en demandant leurs avis, critiques. De toute façon c'est une liste indicative. La pharmacienne d'A. tous les mois regarde le taux de prescription hors livret parce qu'il en existe toujours de toute façon. Il y a eu des formations sur les premiers secours. J'ai réussi à faire un topos avec la psychologue sur les hallucinations. Là, j'aimerais bien faire sur les maladies neuro-dégénératives parce que je trouve que le personnel ne connaît pas cette chose. C'est pareil, il faut réunir le personnel. Sinon, on a des conventions avec B. pour les formations et là je crois qu'il y en a une en fin d'année sur la prise en charge des démences où il y a du monde d'inscrit. Ce sont plus des formations extérieures.

Oui, il y a un dossier de soins type; maintenant il est informatisé. Avant il y en avait un ... en fait c'était ma feuille d'admission qui servait de dossier de soins. Je détaillais bien la motivation d'adhésion parce que dans ma visite d'admission je passe du temps à m'assurer que la personne veut bien rentrer. Finalement, tout ce qu'elle me dit au moment de la visite d'admission est très important, je le réutilise souvent plusieurs mois après, voir un an après. Là, par exemple, j'ai une dame qu'arrête pas de dire: "On m'a forcé à rentrer, je ne voulais pas rentrer" dans sa démence alors qu'elle a un comportement avec un beau vernis donc tout le monde pense, y compris le neurologue, qu'on l'a fait rentrer contre son grès hors quand je revois ce qu'elle disait à l'admission: "Je ne supporte plus la solitude chez moi, je veux absolument rentrer." C'est une étape très importante et je vais toujours leur dire. Donc, sur le dossier de soins il y a la motivation à l'admission, il y a les antécédents médicaux et chirurgicaux, j'essaie de récupérer les vaccins, le groupe sanguin. C'est assez difficile. Je demande à ce que l'infirmière à la première visite du médecin traitant pense à demander. Moi, comme je me répartissais sur 6, il faut bien que je m'organise pour qu'il y ait un recueil auprès du médecin. Ça permet le contact avec l'infirmière et moi, je ne vais pas forcément être là le jour où il passera.

Oui, je fais le rapport annuel médical d'activité. Seulement, la méthode pour le faire ne me plaît pas puisque j'envoie une feuille où je demande: "Quel temps moyen avez-vous passé à faire des pansements? Quel temps moyen avez-vous passé à vous occuper de stomie? Combien avez-vous eu d'oxygénothérapie?". Après, c'est à la louche. C'est peut être pas forcément faux mais je pense qu'avec le logiciel soins, l'année prochaine ce sera mieux, ça me satisfera beaucoup plus. Ça sera beaucoup plus rapide surtout que là il faut 3 rappels pour que ça me revienne. Oui il y a des conventions. Convention B. sur laquelle on travaille avec la directrice des soins, convention Had où là je suis obligée de signer, convention Respavie qu'on a fait avec les cadres ici et les directeurs. Les conventions avec les bénévoles c'est plutôt les psychologues qui s'en occupent. Elles m'informent qu'il y a des conventions avec des bénévoles. Convention d'animation non. On a travaillé une convention avec la psychiatrie et surtout avec un foyer-logement qui recevait beaucoup de malades psy. Il y a une réunion de synthèse une fois par an, c'est assez intéressant. Moi, j'ai fait une convention avec SOS médecin puisque je ne suis pas là la nuit, les médecins traitants de N. mettent sur SOS très rapidement le soir et donc en cas d'urgence on a fait une convention avec SOS. C'est sûr que c'est pratique d'être sur N. En théorie, on a fait plusieurs réunions avec le directeur de SOS. Je me demandais s'il fallait une pharmacie d'urgence et selon lui il ne fallait pas qu'on en ait

parce que les médecins arrivent avec tout. Toutefois, je vais lui faire un mail parce qu'on a eu le cas d'un coma hypoglycémique vendredi 13 aout à 18h: répondeur de SOS, impossible de les avoir. Un glucagon aurait été vraiment la bienvenue. J'ai appelé le 15. Le 15 est venu avec une seule infirmière et aucun médicament alors que j'avais dit au téléphone que je suspectais le coma hypoglycémique. La dame a été transférée. Ils l'ont remise d'aplomb et elle est revenue le lendemain. C'est vraiment dommage. De toute façon les conventions il faut toujours revoir dès qu'il y a un problème."

"Le plus souvent c'est très bon. Quand je suis là, c'est "bonjour" et on se tape la discute. J'ai envoyé un courrier pour me présenter mais pas tout de suite en arrivant. Je me suis dit qu'il n'y avait pas d'urgence, je l'ai fait pour la première réunion annuelle. Je leur ai dit: "Et bien voilà, je suis arrivée en même temps qu'une psychologue, on vous propose de venir nous rencontrer au cours de la réunion annuelle." J'ai parfois des problèmes avec eux dont particulièrement un caractériel je suppose, qui m'a envoyé une lettre comme quoi je faisais admettre des gens beaucoup trop lourds en Ehpad avec copie au conseil de l'ordre. Je lui ai répondu avec copie au conseil de l'ordre. Il n'a pas apprécié et ça s'envenime. Il arrive dans les chambres et il crie qu'il en a marre de l'évolution des maisons de retraite. L'intérêt de ces réunions annuelles peut être grand avec tous les projets de loi qui arrivent, l'évolution. Il faut que les médecins libéraux comprennent dans quel contexte législatif on est et je ne vois pas comment ils peuvent être informés. Avec la formation continue ils sont plus ou moins informés mais encore faut-il qu'on y aille. Je sais très bien qu'on n'a pas le temps de lire quand on est installé si on a beaucoup d'activité. Pour moi, l'intérêt pour eux est important pour qu'on travaille correctement ensemble et qu'on se comprenne. Donc 4 sur 5. Sur 35 médecins j'en ai 10 qui me font une très bonne tenue. Les autres passent voir ils laissent même l'ordonnance dans la chambre et on est même pas au courant qu'ils sont passés. Les protocoles sont relus par la directrice des soins qui a un très bon regard du point de vue qualité et qui est habituée aux procédures hospitalières. Globalement, ma relation avec les généralistes est bonne. Après, la lettre au conseil de l'ordre je vous avouerais que ça m'a préoccupée un certain temps. Le fait d'être non prescripteur ça m'est complètement égal parce que je vois le métier comme plutôt un métier de coordination, d'animation d'équipe, d'élaboration de documents. Ce sont des choses qui me plaisent bien."

"Les conflits ça peut être avec tout le monde. La résidence où il n'y a pas de réunion de transmissions, j'ai un directeur qui ne s'impose pas par rapport à son équipe soins et notamment les infirmières. Je n'arrête pas de lui dire qu'il faut qu'il y ait des réunions. Il y a eu des réunions avec le directeur DEMS où on a mis en évidence ça aussi. Rien ne change. Elle veut utiliser le MMS. Elle demande systématiquement au psychologue de faire un MMS à tous les résidents. Si le MMS est inférieur à un chiffre qu'elle s'est fixé, on lui retire la sonnette parce qu'il y a un risque qu'il appuie n'importe comment. Ça fait déjà 3 fois que je vais la voir dans son bureau, 3 fois que je lui explique que c'est inacceptable, elle continue. Je ne vais pas au conflit mais il y a des choses qui sont lourdes. Il y a des infirmières qui ne sont pas organisées donc on fait des remarques, on fait des remarques. A tous les niveaux. Il y a 2 résidences où il y a une dynamique d'équipe qui n'est pas saine, il y a une résidence où on infantilise le résident. Il y a toutes sortes de soucis qui pourraient arriver à des conflits si on était à l'emporte pièce. J'ai le recours des psychologues. En règle générale je m'entends bien avec les directeurs. Sur les 6 il n'y en a qu'un qui me pose un problème. Je peux faire passer des messages par les directeurs qui ont eux un pouvoir hiérarchique. Il faut peut être faire attention à la façon de le dire. Les familles créent beaucoup de problèmes. C'est pour ça que ce qui est dit à l'entrée je note tout. Souvent, au bout d'un an, "Mais il est très sale, mais vous ne faites pas le ménage, mais vous le laissez tout seul et ceci et cela." On rappelle les problèmes qu'il y avait à l'arrivée, on repose les choses doucement à partir de là. Je rencontre les familles quand l'infirmière trouve que ça commence à être difficile. Je n'ai pas eu de

formation sur la résolution des conflits mais j'en ai eu en médecins du travail et je pense que ça m'aide. Je n'ai pas eu de formation sur le management. Le projet de loi sous-entend que je manage ensuite les équipes. En fonction publique, sincèrement, je pense qu'il faudra que ce soit en collaboration avec le directeur parce que les règles de la fonction publique sont quand même très compliquées. Pourtant j'ai été médecin du travail dans la fonction publique mais même après cette période là je pense que je ne suis pas assez compétente sur tous les textes de la fonction publique."

"En fait je me suis investie parce que je connaissais une des directrices qui avait travaillé dans le service de médecine du travail où j'étais qui avait apprécié ma façon de travailler et c'est pour ça qu'elle m'avait interpellée. Je lui avais raconté que quand j'avais été installée, j'avais voulu créer ma maison de retraite mais que j'avais eu des bâtons dans les roues par la Ddass. Elle savait que j'étais intéressée par la gériatrie. Quand elle m'a interpellée, j'ai regardé un peu le décret de médecin coordonnateur et je trouvais que c'était quand même intéressant pour ce que je vous ai dit tout à l'heure: donner des conseils, faire des protocoles, assurer beaucoup de contact."

"Oui mon activité correspond à l'idée que je m'en faisais."

"C'est un avantage d'avoir un rôle de conseiller. Je sens bien qu'auprès de certaines infirmières ne pas être prescripteur... je ne sais pas si ça me déprécie, si c'est le mot. Je pense que ça a un impact négatif auprès des infirmières. Ce qu'elles apprécient c'est ma façon de faire les dossiers d'admission parce qu'elles ont tout. Après, mon rôle s'arrête là concrètement puisque c'est au médecin traitant qu'elles doivent s'adresser. Moi, j'en suis plutôt au bout de 2 ans à avoir un rôle pas de sanctions mais de remarques désagréables; parce que au bout de 2 ans je m'aperçois de celles qui ne sont pas organisées, celles qui n'anticipent rien, celles qui ne remplissent pas les Gir-âge, celles qui ne se mettent pas au logiciel soins. Moi, là-dessus j'ai le droit de faire des remarques mais je n'ai toujours pas de pouvoir hiérarchique donc il faut passer par le directeur. A mon niveau je suis plutôt satisfaite mais je pense que ça ne favorise pas notre aura auprès des équipes, le fait de ne pas être prescripteur."

"Tel que c'était je trouvais ça bien. Encore une fois passer au management ça veut dire que peut être que j'aurais moins de résidents pour le même temps de travail donc peut être que j'y arriverais, peut être que j'avancerais plus vite sur les problèmes que je vous ai cités. Il va falloir une sacrée organisation avec le directeur en tous les cas. Je pense que telle que c'était, c'était pas mal, sous réserve d'avoir suffisamment de temps pour faire les protocoles, les présenter etc. Sur 6 résidences avec un plein temps je n'avais pas encore assez de temps pour présenter mes protocoles. Moi, j'attends de voir s'ils réduisent le nombre de résidents pour le même temps de travail de médecin coordonnateur et que ça me permette de mieux faire ce que je faisais, je suis preneuse. Et cela même en gardant les 35 médecins, c'est très dur mais... Je pense que l'idée de salarier des médecins libéraux qui interviennent est une erreur monumentale sauf que je comprends bien que dans certaines régions de France ils n'ont pas d'autre solution. Il faudrait que ce soit une mesure exceptionnelle. Le fait qu'on ne soit pas libéraux et qu'on s'occupe que de la maison de retraite je trouve que c'est bien par contre. Avoir 5 médecins généralistes salariés prescripteurs ça me paraît compliqué mais ce serait aussi une solution. De toute façon on avait l'idée, dans les années qui viennent, de faire signer aux médecins une convention où ils acceptaient les protocoles, les recommandations de gériatrie. L'association nationale de médecins coordonnateurs que j'ai contacté a essayé de leur faire signer ça, elle a des plaintes au conseil de l'ordre. C'est vrai que ça leur permet d'être sur qu'ils suivent les recommandations, les règles de fonctionnement, qu'ils participent etc. On pensait fortement, lors de la prochaine signature de convention, s'orienter vers ça. Tout le monde va le faire de toute façon. Il restera donc les médecins qui ont envie de s'impliquer et

de travailler de cette façon. Du fait d'avoir passé 10 ans en médecine du travail où on ne prescrit pas, je suis peut être déformée. La gériatrie est une spécialité qui monte, on est porteur d'un message, il faut le voir comme ça. Les généralistes ne viennent pas pour me demander un conseil. J'arrive de temps en temps à avoir une réunion avec l'équipe et le médecin traitant. Je suis là: "Peut être faudrait il penser à un nouveau bilan à B.? J'ai regardé le dossier, il n'y a jamais eu de bilan, on ne sait pas si c'est psychiatrique ou si c'est autre chose, qu'est ce que vous en pensez?" Moi c'est plutôt sous forme de questions que j'avance. Même quand je fais le projet de soin, je mets toujours: voir avec le médecin traitant, mais moi je propose: surveillance tensionnelle une fois par semaine vu son état cardiaque, poids une fois par mois."

## ENTRETIEN N°10

"J'ai 39 ans. Je suis issu de la fac de médecine de N. J'ai fait un internat classique de médecine générale auquel j'ai rajouté un semestre de praticien contractuel en soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Après, j'ai fait des remplacements pendant 2 ans. Ensuite, j'ai travaillé dans un laboratoire de recherche pharmaceutique pendant quelques temps où j'étais médecin investigateur, prestataire de services pour un grand groupe pharmaceutique. Ensuite, j'ai été remplaçant à plein temps pendant presque 2 ans à SOS médecin. Ensuite, je me suis installé en 2003. J'ai passé la capacité de gériatrie en 2004. Je suis dans un cabinet de 11: 6 généralistes, 2 cardiologues, 3 infirmières."

"Je suis coordonnateur dans 2 Ehpad. Un depuis presque 8 ans où il y a 92 lits. C'est un Ehpad à R. sans structure spécifique pour pathologie Alzheimer mais il y a un étage dévolu pratiquement qu'à ça. J'ai été médecin coordonnateur très peu de temps d'une autre structure dont j'ai rapidement démissionné pour des raisons de fonctionnement qui me déplaisaient. Je suis ici à VP. depuis un petit peu moins de 2 ans. Il y a 84 lits avec une structure spécifique qu'on appelle l'O. de quelques lits où les gens sont extrêmement désorientés. Ce sont 2 structures associatives à but non lucratif. A M., il y a 30 médecins généralistes qui interviennent, le Gir est à 540, il n'y a pas encore de Pathos, la convention a été signée en mars 2008, je suis le premier médecin coordonnateur, l'âge moyen des résidents est de 88,7 ans, 0,10 Etp médecin coordonnateur, 0,16 Etp psychologue, 2 Etp infirmière, 0,20 Etp infirmière coordinatrice, 11 Etp AS, 1,80 Etp AMP. Ici, il y a 30 médecins généralistes qui interviennent, le Gir est à 578, le Pathos est à 134, la convention a été signée en juillet 2006, le premier médecin coordonnateur est arrivé en juillet 2006, l'âge moyen des résidents est de 87,4 ans, 0,25 Etp médecin coordonnateur, 2,40 Etp infirmière, 1 Etp infirmière coordinatrice, 11 Etp AS et AMP. Ici, ils ont eu un médecin coordonnateur avant moi en 2005 ou 6 et qui est resté 12 mois. Avant celui là il n'y en avait pas du tout. En plus, ce n'était pas cette structure mais c'était une autre maison de retraite qui était vieillissante avec des chambres à 2 lits. Celle là est construite depuis avril 2009 donc c'est extrêmement récent. Toute l'équipe était dans l'ancienne. A M., il y avait des coordonnateurs. Mon prédécesseur était coordonnateur à M. mais depuis quand. Il avait dû être médecin de cure avant et il est devenu médecin coordonnateur. La signature de la convention tripartite c'est très récent. Ici, il y a eu une convention tripartite de signée et quand on est arrivé ici -c'est technique et une question de management- quelques mois après l'arrivée du nouveau directeur il y a eu une nouvelle convention. Il a voulu passer en budget global donc on a fait une coupe Pathos et le statut a été modifié. Je ne sais pas si on n'a pas re-signé pour le coup une convention. Nos statuts ont changé juste avant qu'on arrive. On est passé en budget global fin 2008, début 2009 en ce sens que c'est nous qui payons les médecins, les kinés comme à l'hôpital. Sauf qu'on n'est pas en global complet parce qu'on ne paye pas les médicaments. Si on avait une pharmacie à usage interne on serait comme un hôpital. Ce qui va peut-être venir mais pour l'instant, non. M. c'est différent. Le dossier médical est sous les 2 formes: papier et informatique."

"Ici j'ai un bureau, un ordinateur, un téléphone. Un bureau avec mon nom qui a accès à toutes les données sur serveur. A M. on a un bureau qui est moins individualisé que là. Il y a un bureau qui est un peu plus tranquille mais je n'ai pas un bureau de médecin coordonnateur. Si on avait fait l'entretien à M. on aurait déjà eu 3 entrées d'infirmières, des patients pour qu'on mette des gouttes. Moi, je travaille en équipe étroite avec les infirmières coordinatrices. Ici c'est Mme R qui a le diplôme d'infirmière coordinatrice et à M. c'est Mme Q. Elles ont des temps dévolus à la coordination et aux soins. Les 2 font les 2. On travaille à 2 et souvent à 3 avec les directeurs. On est vraiment des équipes. On est vraiment un triptyque sinon

j'arrêtera de le faire. Je le fais parce que ça me plaît, je ne le fais pas pour le salaire. C'est-à-dire que si on veut gagner sa vie on en coordonne 10 ou 12 soit on a vraiment envie de faire ça. On a de bonnes relations avec les infirmières, la direction et on a envie d'un travail d'équipe différent de son activité libérale et on le fait. Moi je le fais parce que j'aime beaucoup les infirmières coordinatrices, les directeurs. Le triptyque est très important. A partir du moment où j'aurais une grande distension avec l'un des 2 partenaires je démissionnerais forcément. Je crois que la moyenne c'est 20 mois. Il y a la moitié ou 2/3 des maisons de retraite qui n'ont pas de médecin coordonnateur, c'est énorme. Si je voulais j'irais autre part. J'ai eu plusieurs autres propositions mais ça ne m'intéresse pas parce que ce serait beaucoup trop par rapport à mon activité libérale et deuxièmement je ne connais pas assez bien les équipes donc ça ne m'intéresse pas. La preuve en est c'est qu'on va tous les 5 tous les ans au congrès national des métiers de la gériatrie à P. qui est dévolu aux médecins, aux directeurs, aux infirmières et même aux kinés. On y va même parfois à 7-8 avec le kiné, la psychologue pendant 3-4 jours. On a une vraie formation avec des formations singulières pour les uns et les autres avec des symposiums où parfois on est plusieurs milliers dans la grande salle des congrès de P. Les directeurs s'entendent bien entre eux. Ça me paraît aller de soit. A partir du moment où il n'y a pas ça, ça ne m'intéresserait pas du tout de faire de la coordination. C'est déjà assez compliqué comme ça et puis en plus s'il fallait qu'on gère les problèmes de « conjugopathie » infirmière-médecin, médecin-directeur, directeur-équipe. Non, il n'y a pas de synthèse formalisée moi avec l'équipe soignante. En plus il faut aussi voir que depuis quelques temps on a eu quand même un turn-over d'infirmières qui était extrêmement important notamment ici. A peine j'avais le temps de me souvenir du prénom de l'infirmière qu'elle était déjà partie. La gériatrie c'est un peu un fourre tout et tant sur le plan médical que paramédical. On peut trouver des gens avec vraiment l'appétit gériatrique mais il y a aussi beaucoup de gens qui viennent ici en se disant je vais finir ma carrière en étant tranquille. Ils ne sont pas vraiment là pour porter les projets. Il y en a qui ont bien vu qu'ils faisaient fausse route. Ce n'est pas facile de trouver des infirmières qui aiment la gériatrie. En fait, sur des petites équipes, on est obligé de trouver des gens bien, au moins 2-3. Il y a quand même 4 infirmières, pas que des pleins temps mais 4. A M. j'y suis allée ce matin, il y a beaucoup de choses à faire. J'ai fait venir un SMUR pour un OAP ou une embolie pulmonaire et au bout de 5 min on me montre un patient qui a un coma hypoglycémique. Une seule infirmière c'est ingérable. Il y avait 3 infirmières ce matin et il les fallait. Une qui faisait le glucagon, l'autre qui prenait la saturation et mettait l'oxygène, l'autre qui faisait l'injection de furosémide et qui appelle le docteur. Il y a du travail quand même. Il y a beaucoup plus de plaies qu'avant.

Non, pas de réunion de synthèse. On fait des réunions de synthèse sur des sujets. Quand j'ai fait des protocoles on a une synthèse, quand on a des formations on fait des synthèses. On fait un peu des débriefings. On ne fait pas de grandes réunions de synthèse. Oui, il y a des réunions formalisées avec le directeur. On se réunit quand on a envie de se réunir. Ici, de temps en temps, on mange ensemble avec le directeur et l'infirmière. On va essayer de formaliser tous les mois une réunion-repas. C'est pas mal je trouve parce qu'on a quand même peu de temps les uns et les autres. Un diner de travail c'est pas mal. On évoque plein de choses, des pistes. J'aime bien, je trouve ça sympa. Il y a un côté plus convivial aussi, plus que les réunions. Des réunions on peut en multiplier puis en fait ne rien faire avancer. Là, on travaille non pas à l'instinct mais disons avec la grande liberté et spontanéité que j'ai avec les uns et les autres. "On va parler de coordination, ce serait bien que tu sois là." Mes horaires sont assez élastiques. On est dans une affaire de iatrogénie chez un patient qui pose des colles sur le plan technique. Pour le directeur, il lui faut le support d'un médecin coordonnateur. Il m'a passé un coup de fil pendant une demi-heure à mon cabinet et je suis venue voir le patient mardi matin et je suis venue plus tôt aujourd'hui. Si je venais là tous les 15 jours pendant 3 heures c'est impossible. Toi tu as du mal à joindre certains médecins coordonnateurs donc les

directeurs... à moins qu'ils aient des souterrains. Il y a une telle dynamique à mon sens dans une maison de retraite que ça ne peut être que comme ça. Je ne peux pas venir que 2 jours dans la semaine. C'est tellement bizarre. On fait des formations. Voilà, l'infirmière a dit: "Ce serait bien qu'on parle de ..." et on en parle. On fait 1h vendredi et on en parle. C'est relativement dynamique. C'est vrai que la vie de la maison de retraite c'est une vraie dynamique qui me semble non pratique avec le fait de venir tous les 15 jours. Moi, je ne pourrais pas le faire. Il y a des moments où il y a énormément de travail en médecine générale. En dehors de la coordination, il y a nos patients dans les maisons de retraite. Parfois, quand on vient ici pour un temps de coordination, les gens sont tellement mal qu'il faut aller auprès. Vendredi dernier il y en avait un qui faisait une diverticulite, je ne pouvais pas lui dire: "Non je reviendrai la semaine prochaine parce que là j'avais décidé de faire un protocole." Je crois qu'il y a 27 médecins généralistes qui viennent ici. Il y a des maisons de retraite où il y en a 50. Avec 27 on est déjà pas mal loti. A ce nombre ça ne me paraît pas jouable. C'est l'énorme frein dans la coordination des maisons de retraite. Non il n'y a pas de rencontres formalisées avec les familles. Ça peut aller d'une entrée directe sur dossier parce qu'on connaît bien tout ou on connaît le confrère ou c'est un patient à moi ou un patient d'un de mes associés où tout est bordé et ça rentre nickel. Jusqu'à un dossier qui nous plait mais on a envie de regarder un peu mieux et là l'infirmière va peut être aller dans la structure faire une visite de pré-admission. On ne fait rien de systématique. Dans le systématique il y a des tas de truc qui vont être inutiles. Nous, on ne fait pas de visite systématique des patients. Avec un peu de métier et une sécurisation de la situation ça va. Il y a des moments où on ne nous a pas vendu ce qu'on croyait acheter mais c'est rarissime. Ça pose une colle en terme de temps. Je sais qu'il y a même des directeurs qui vont voir les patients. Ça prend un temps fou. "On a 10 dossiers d'admission, vous allez tous les voir et on verra lequel est le mieux". C'est pas possible. Il y a un facteur temps qui est énorme. Ici, on a mis un dossier commun à toutes les maisons de retraite de R. Il existe le dossier du conseil général. Il y a le projet d'un dossier commun avec les 5 Ehpad de R., il va y en avoir 7 à très court terme. On vient de faire un dossier à VP. qui est un dossier de 2 pages que le médecin généraliste remplit et on a vraiment travaillé sur le dossier si bien que si il est intégralement rempli il y a presque tout. Après ça, peut être un coup de fil au confrère pour un petit détail, l'infirmière qui appelle l'infirmière de l'hôpital. Les grandes problématiques c'est les troubles du comportement, les gens mal évalués. Le reste on s'en sort toujours. En 8 années de coordination, ça m'est déjà arrivé 2 fois d'avoir quelqu'un qui rentre et qui donne des coups de canne à tout le monde et donc qui reparte parce que ça a été mal évalué. C'est pas forcément la faute des uns des autres. Peut être qu'il était d'accord et qu'il n'est plus d'accord, peut être qu'il a mal été évalué sur le plan cognitif, peut être que nous on n'a pas pesé? Maintenant, faire une visite d'admission vu le temps que ça prend et vu la quantité d'admissions qu'on fait, ce n'est pas possible. Si on admettait comme dans le temps moins de 10 personnes par an, ça ne ferait même pas une visite par mois. Pour une structure comme celle-ci, on est amené à 26 décès donc 26 admissions. Ça veut dire 2 visites d'admission par mois, ça veut dire 3 h par mois si on compte 1h30 par visite. Sur les 26 admissions il faut penser qu'il y aura eu une quarantaine de visites parce que tu ne vas pas forcément rendre visite à uniquement ceux que tu admets. On serait rendu à 40 visites donc toutes les semaines on aurait une visite d'admission. Ça veut dire que les 3/4 du temps imparti c'est de l'admission. Si tu as un peu la fibre gériatrique tout de suite ça prend du temps. Il y a quand même 1 démence sur 2 qui n'est pas diagnostiquée chez les patients en maison de retraite. Ça veut dire qu'on voit beaucoup de gens qui ont des troubles cognitifs, ça veut dire qu'il peut y avoir un mélange des genres qui s'opère. On se dit que peut être il faudrait l'évaluer. Comment ça se fait qu'il a ça sur le dossier et que ça n'a pas été vu? etc. On n'est pas soignant nous, on fait de l'évaluation et c'est compliqué. Il y a des gens qui font des MMS lors des visites d'admission. Je ne sais pas si c'est bien la place. Se demander si il y a des troubles cognitifs, savoir si ils ont été évalués, oui. Appeler le médecin

traitant pour savoir si le patient a eu un MMS, Ok. Faire un nouveau MMS et à partir du moment où ton MMS est à 20 ou 18 sur 30 c'est compliqué. Après tu décroches ton téléphone: "Je ne comprends pas ton monsieur je vois qu'il a eu un polype en dysplasie de haut grade il y a 5 ans, il est relativement jeune, comment ça se fait qu'il n'a pas eu de colo?". Ca peut prendre une ampleur. Je crois qu'à un moment donné il faut bien comprendre que le médecin coordonnateur n'est pas totipotent. C'est exactement pareil dans la coupe Pathos. Quand on fait une coupe Pathos il faut bien comprendre que ce n'est pas un contrôle qualité. Ca, ce n'est pas facile pour nous. Si on voit des choses qui sont évidentes, on appelle. Si je ne comprends absolument pas pourquoi la personne a des AVK, j'appelle quand même le médecin traitant. A savoir que ça nous arrive d'arrêter des traitements parce qu'on ne sait pas l'indication. On le vit en ville. Quand on récupère un malade, on a toute la liberté de lui expliquer qu'il va falloir arrêter tel médicament. Mais quand on est médecin coordonnateur il faut y mettre les formes. Je fais la liste des médicaments et j'explique pourquoi il a ça et ça. L'infirmière coordinatrice demande alors au médecin traitant: "Est ce qu'on arrêterait pas le tahor à 97 ans?" Des fois c'est non. On en revient très souvent à la problématique: trop de médecins traitants. On entretient des relations avec Respavie, l'association JALMAV réseau de bénévoles d'accompagnement de fin de vie. C'est principalement ce qu'on utilise. Ici, je sais qu'ils sont sous contrat avec B. La problématique encore une fois c'est qu'on a beau être sous contrat avec untel ou untel, la liberté des médecins traitants va faire qu'ils envoient où ils veulent. On peut très bien dire que l'on veut travailler avec la psycho-gériatrie de B. mais s'il veut envoyer autre part on ne peut rien faire. C'est bien problématique. On en revient souvent à ce problème là. C'est assez démotivant parce qu'en fait on met en place des choses et il n'y a pas grand monde qui les utilise. Ca, c'est super démotivant. Voilà les 2 réseaux avec lesquels on est en lien. On s'apprête à faire venir l'Had pour une patiente qui vient de rentrer à M. et qui a une néoplasie mammaire, un diabète insuliné, des métastases osseuses et pour qui il y a plein de choses à faire. On va en faire l'expérience et voir un peu. Ca va décharger les infirmières. A M., pour avoir un ordre d'idée, on fait venir faire les insulines et toutes les prises de sang par des infirmières privées parce que les infirmières en place n'ont pas le temps de le faire. Il y a un budget dévolu à ça. C'est pour vous montrer qu'il y a de quoi faire."

"Globalement j'essaie de faire mon rapport d'activité avec une ossature. Il y avait un confrère à P. qui m'avait filé son diaporama qu'on a tout le temps d'ailleurs. Il avait fait un diaporama pour le rapport d'activité de médecin coordonnateur. Il avait pris comme fil conducteur les 12 travaux d'Astérix, non les 12 travaux du médecin coordonnateur. Je trouve que c'est pas mal fait donc du coup je fais pareil. J'essaie au mieux de remplir ce que l'on doit faire. Ca me paraît être une bonne chose. Le rapport d'activité est fait tous les ans. On fait ce que l'on peut tous les ans. Je pense qu'il y en a qui ne le font pas. Je pense qu'il y a une maison de retraite sur 2 qui n'a pas de médecin donc je ne sais pas comment ils peuvent faire leur rapport d'activité et je ne sais pas non plus comment ils font les coupes Pathos. Sincèrement je ne sais pas comment ils font. Ici, le projet de soins est élaboré avec l'infirmière coordinatrice. On fait un projet de soins et on essaie de faire un projet de soins individualisé. C'est surtout l'infirmière coordinatrice qui fait parce qu'elle connaît bien les résidents. C'est surtout elle qui s'occupe de ça. Moi, je m'en occupe relativement peu. Un projet de soins personnalisés pour chaque patient. Moi, je ne le revois pas systématiquement. On en tient compte quand même. Un projet de maison de retraite global, dans les 2 maisons de retraite c'est en cours d'élaboration. C'est ce qu'on met dans les rapports de soins. On a tellement peu de temps. Là, je m'intéresse depuis quelques temps à essayer de vulgariser la loi Léonetti. Ca prendrait un trimestre de mon temps ici et pourtant Dieu seul sait que c'est important. Comment on pourrait avoir le temps d'aller vérifier le projet de soins personnalisé. Faudrait aller s'entretenir avec chaque personne si on voulait être au plus près des 12 fonctions. Avoir un vrai rôle à la fois sanitaire, management, relations d'équipe, relations avec les gens, visites d'admission et

de pré-admission parfois etc. Il faudrait ici une personne à  $\frac{3}{4}$  temps sur une maison de retraite, à mon avis. Il y a déjà un problème de nombre de médecins coordonnateurs donc je ne sais pas comment ça se ferait et puis on ne trouvera jamais, payé comme c'est. Ici, un médecin à mi temps, qui viendrait tous les matins, en dehors d'un soin. Ici, je suis employé pour 3h par semaine soit 0,07 Etp. De toute façon, si c'était plus j'arrête. Il faudrait trouver quelqu'un d'autre. Si on veut être un peu vénal, parce qu'il faut aussi voir ça, si on compare tout simplement ce qu'on peut gagner sans problème dans un cabinet médical par rapport au salaire de maison de retraite, la maison de retraite on abandonne tout de suite. Les médecins généralistes s'embêteront jamais à faire ça. Moi, je gagne pour venir ici 3h par semaine -euros. Un généraliste gagne en gros 100 euros de l'heure. En 3h par mois je me fais ça. Si je travaille pour un labo un petit peu privé, ça, c'est à l'heure. Il y a des avantages qualitatifs parce qu'il y a le travail d'équipe et quantitatifs parce que je suis très en cheville avec les directeurs de maison de retraite. Ils ne refusent pas du tout de me payer une formation, les entretiens de B., le TGV. Si je veux aller au congrès, le directeur me dit: "Pas de problème." et il me rembourse le déplacement. C'est pas mal quand même. Sinon c'est les labos. Les labos offrent beaucoup de formations. Il y a un de mes employeurs qui paye ma mutuelle mais c'est très peu. C'est-à-dire qu'il faut avoir la foi pour le faire, à mon sens. Si ils veulent vraiment avoir des gens qui veulent vraiment cogner dedans, tant que les salaires ne sont pas au rendez vous ils n'auront personne. Avec la profusion de tout ce qu'on peut nous demander. Sur un tout petit périmètre comme ici, il y en a une qui n'en a même pas. Il y en a une qui va se créer et je ne sais même pas s'ils en ont un. Où est-ce qu'ils vont les trouver? Moi, j'ai un avis quasi toujours, sauf si je suis en vacances et qu'ils veulent faire rentrer quelqu'un, sur les admissions. J'ai de toute façon un avis sur les dossiers. S'il y a un souci, je vais faire une visite de pré-admission. Soit je sécurise toutes les données dont j'ai besoin par téléphone soit éventuellement l'infirmière va au chevet des hôpitaux. Ca s'est déjà fait mais ce n'est pas systématique. On peut faire des visites de pré-admission mais ce n'est pas très souvent. J'en fais de moins en moins parce que je pense qu'avec l'expérience on est de plus en plus à l'aise. C'est comme un médecin régulateur qui au début envoie souvent les équipes et qui avec le temps envoie de moins en moins d'équipe. Avec le temps il sait par téléphone sans voir les malades ce dont il a besoin et il se trompe moins. Au début je faisais plus de visites de pré-admission parce que j'évaluais moins bien. Maintenant, on a affiné nos critères. Il y a des maisons de retraite qui refusent catégoriquement des malades insulinés, des obèses. Toutes les maisons de retraite ont leurs critères d'exclusion et d'inclusion. Pas de visite systématique on n'aurait pas le temps, ce n'est pas possible. Imagine, quand t'es médecin généraliste, ça m'arrive de faire 10-12 visites mais caler un rendez-vous comme ça c'est impossible. Je le fais mais ce n'est pas facile. Des fois ils attendent un peu mais on essaie de faire au plus juste dans les rendez-vous. J'ai fait une réunion il y a quelques années avec les médecins généralistes intervenant dans l'autre Ehpad: sur 35 il y en a 5 qui sont venus dont 3 parce que ce sont des copains qui ne veulent pas me laisser tout seul donc ça fait 2 sur 35. Inutile de dire que ça m'a démotivé. Deuxième anecdote qui n'est pas pour moi une anecdote. Quand j'ai commencé ici il me semblait intéressant d'avoir l'adresse mail de tous les médecins généralistes intervenant pour leur donner des informations générales sur la maison de retraite etc. Ca a été globalement un grand refus. Moi, je communique beaucoup par infirmière coordinatrice interposée. C'est très compliqué de communiquer avec les médecins généralistes même quand on les connaît. Moi, je vais souvent en maison de retraite et je les vois et dans ce cas on discute ensemble. Moi, j'ai une bonne relation avec eux mais avoir une vraie relation de médecin coordonnateur c'est super difficile. S'il y avait moins de médecins ce serait plus facile. Si ils étaient 4 ou 5 je ferais une réunion trimestrielle ou semestrielle, on passerait 1h, on déjeunerait ensemble. A 27 comment voulez vous faire. Rien que pour une campagne vaccinale ou une vitamine D tu ne t'imagines pas le pataqués que c'est. Pour essayer que tout le monde soit vacciné contre la coqueluche, le tétanos et le pneumo 23 et que tout le monde

ait sa vitamine D, c'est déjà très compliqué. Ca peut être une lettre qu'on envoie moi et le directeur, moi, l'infirmière, une communication par salle de soin interposée, les voir. C'est même parfois difficile de les voir physiquement. C'est-à-dire qu'on a du mal à les joindre téléphoniquement et physiquement c'est aussi difficile. Il y en a qui font leurs visites à 20h le soir. Dans le pire des cas, on laisse un post-it sur le carnet pour noter les visites parce que l'on sait que là, de toute façon, ils y viendront. C'est très compliqué. Je pense que c'est extrêmement mal adapté pour gérer une maison de retraite que d'avoir autant de généralistes, c'est très mal adapté. On essaie de faire la prévention des risques au mieux en essayant de faire tout le prophylactique qu'on peut: la vaccination, la vitamine D. On essaie de faire des protocoles quand il y a des infections qui peuvent être transmissibles. Il y a une chose que j'ai tirée et sur laquelle je vais travailler la semaine prochaine: prévention des risques infectieux: prévention des infections respiratoires basses, prévention du risque infectieux et épidémie, prévention devant un risque infectieux et l'hygiène des mains, prévention du risque infectieux et l'hygiène des locaux, un Tiac, la gale, la grippe, port de masques, les BMR etc. L'évaluation de l'état de dépendance est faite au moins tous les 3 mois. Les infirmières coordinatrices reprennent les grilles Gir. L'application des bonnes pratiques gériatriques pour les infirmières on y arrive. Pour les aides-soignantes on y arrive parce qu'on communique beaucoup. Avec les infirmières coordinatrices on essaie de diffuser, ça passe bien. Oui, on rappelle 50 fois les choses mais à force de taper sur le clou il y a des choses qui rentrent. Surtout quand on a la chance d'avoir une infirmière qui est assez âgée et qui est ouverte à discuter. C'est vrai qu'on va au congrès national de gériatrie et ça veut dire qu'elles sont ouvertes et qu'elles veulent voir. J'insiste pour qu'il y en ait une qui fasse un diplôme universitaire sur les plaies et la cicatrisation, qui aille au congrès de plaies et cicatrisation annuel puis qui vienne auprès de ses collègues diffuser la bonne parole. Oui, avec les infirmières ça se passe bien. Avec les médecins généralistes c'est compliqué parce que docteur ça vient de doctus qui veut dire je sais tout. Il y a beaucoup de gens qui sont sur ce mode là. Echanger sur la gériatrie c'est compliqué. Il y en a qui comprennent parfaitement, il y a belle lurette qu'ils donnent de la vitamine D à leurs patients, les pneumo 23 sont faits, qui me téléphonent quand ils ont besoin ou quand il y a des troubles du comportement. Il y en a d'autres où c'est vraiment très hermétique parce qu'ils n'ont pas le temps. La part de ceux qui demandent des conseils est petite. La vraie relation qu'on a c'est une relation de bonne confraternité, souvent amicale. Ici, les médecins qui viennent de N. ou d'ailleurs je n'ai pas de relation avec. Il y en a que je n'ai jamais vu physiquement. Des fois je vois Dr untel, je ne vois pas qui c'est. C'est invraisemblable mais c'est comme ça, ça me paraît bizarre. Il y a des gens qui viennent d'assez loin et je ne les ai jamais vus. Pour certains je ne sais même pas s'ils savent que j'existe. Ici ils doivent savoir parce qu'il y a un nom mais à M. ça doit être assez vague. Dans certaines structures, comme ça change toujours on ne sait même pas s'il y en a un. Il faut du temps pour avoir une crédibilité, pour avoir une méthode de travail ne serait ce qu'un lien avec les infirmières. Il faut un moment pour s'approprier, avoir un peu le sens des uns et des autres et puis surtout approcher l'exercice parce que le plus important c'est ça. Le côté technique on l'a tous. Adapter de la lantus si il n'y a pas de docteur, si l'infirmière n'est pas trop bête, elle va sur le net et elle va trouver quelque chose. Cette approche philosophique des grandes notions, surtout ici avec la fin de la vie, la mort, l'arrêt des soins, l'obstination déraisonnable, les directives anticipées, la personne de confiance. Ça sous entend énormément d'approches philosophiques et même parfois religieuses. Ça met un temps fou à broder tout ça. A mon avis c'est le plus important. Tout le reste c'est du technique qu'on trouvera un peu tout fabriqué. La conduite à tenir devant un BMR si tu ne sais pas tu vas sur internet et tu vas le trouver, par contre, la conduite à tenir devant un malade qui a des directives anticipées dont la famille a besoin d'être soutenue, de voir le médecin traitant tous les jours, qui a une maladie incurable, à qui il faut parler, ça, on ne le trouve nulle part. Si tu approfondis toute cette approche, à mon sens, c'est tout ce qui fait la complexité et le grand intérêt de la gériatrie. Il n'y a pas pour

l'instant de liste de médicaments parce que les médecins généralistes s'en foutaient comme de l'an 40. Moi je n'en fais pas et puis on en fera une si on fait une PUI (pharmacie à usage interne). Quel est l'intérêt de faire une liste de médicaments puisque le médecin a la liberté de prescription. Qu'est ce que tu veux que j'aie dire. On a la liberté de faire ou ne pas faire et le malade a le libre choix de son médecin. A partir du moment où on fait ça, on a tout dit. On va passer combien de temps à faire une liste. On va y passer un temps fou et pratiquement personne ne la lira. C'est un petit peu pareil pour les protocoles. Je suis allé ce matin dans une maison de retraite où il y a un protocole urgence avec des paramètres qui sont définis, une ligne directrice. Il y a eu 2 urgences mais les protocoles n'ont pas été utilisés. Je suis arrivé et on n'avait pas pris sa tension. Ils avaient essayé d'appeler sur mon portable, d'appeler SOS mais il fallait faire tout bonnement le 15. Ils sont partis dans tous les sens hors j'ai fait un protocole qu'on a expliqué, qu'on a diffusé mais personne ne l'a utilisé. Si tu veux, ça démotive sec quand tu vois ton travail et que celui-ci n'est pas utilisé. C'est peut être aussi ce qui explique le turn-over des médecins coordonnateurs. Je pense qu'il y a un côté démotivant du travail. Ça va à la vitesse de la gériatrie, ce n'est pas très anormal ça. Je pense qu'il y a d'abord le fait qu'il faut s'entendre avec une grande partie du monde, ce n'est déjà pas simple. Deuxièmement il faut garder la foi par rapport à cette lenteur et cette inertie, trouver de l'intérêt, trouver un sens à son travail. C'est vrai qu'il y a beaucoup de choses qui ne sont pas utilisées. Quand tu mets non à un certain nombre d'items tu démissionnes et tu pars puis tu regardes ailleurs. En tant que médecin généraliste c'est un peu différent parce que nous on intervient dans plein de maisons de retraite. Je dois aller dans une dizaine de maisons de retraite. Au bout de tant d'années et avec des antennes gériatriques peut être un peu plus développées que les autres, on se rend vite compte si ça fonctionne bien ou pas. Ici, par exemple, j'ai fréquenté l'infirmière coordinatrice pendant des années et j'ai vu que c'était une femme super. Quand tu es professionnel de la coordination tu te parachutes un peu, tu as un directeur qui fait les beaux yeux puis au bout du compte ce n'est pas toujours si rose comme il a dit et tu finis par découvrir des choses, des gens qui se sont querellés et tu finis par démissionner. Comme il y a tellement de maisons de retraite qui demandent à droite et à gauche, on démissionne et on va ailleurs et on va encore ailleurs. Certains médecins coordonnateurs sont à leur 10 ou 12e maison de retraite mais là, il faut peut être se poser la question si c'est vraiment l'extérieur qui pose problème. J'ai été 4 ans à M. avec une fille qui était super puis elle est partie à la retraite. Le côté angoissant de la gériatrie c'est que mine de rien les soignants sont âgés. Là, on en a eu une qui sortait de l'IFSI, j'étais content genre 25 ans, motivée sur le vieux mais elle a tenu 1 an puis elle est partie en clinique. Là, on vient de récupérer quelqu'un qui a 56 ans. C'est vrai que pour porter un projet, pour mobiliser de l'énergie. Il y a le côté expérience mais il ne faut pas plus âgé parce que moi je me retrouve la plupart du temps à travailler avec des gens qui pourraient être mes parents. Ça serait sympa si on était tous un peu plus jeunes. On le voit dans les congrès. Dans les congrès de gériatrie il faut voir l'âge des gens qui vont au congrès. Au congrès des médecins coordonnateurs faut voir comment c'est âgé: sur 600 on est 30 de moins de 45 ans. Il y a des médecins coordonnateurs qui ont 75 ans et puis on finit par les confondre avec les résidents. Je fais partie de l'association des gériatres de N., c'est quand même âgé. Il y avait même des gens de 70-80 ans qui venaient aux réunions. A 70 ans, quelle idée il a de la coordination? Une dynamique pareille, des projets, c'est bien clair là-dedans je ne coordonnerai pas de maison de retraite à 70 ans. Je ferai autre chose. Oui il y a des topos tous les ans sur différents thèmes gériatriques et je me fais aider par des labos qui viennent et qui font des diaporamas ; soit juste le délégué, soit à deux. On en fait pas mal, oh non pas une fois par mois. Quand tu dis que tu vas faire une formation, le directeur fait des bons parce que les gens ne viennent pas sur leur temps libre. Il faut dégager ¾ d'heure dans le meilleur des cas. On en fait peut être tous les 2 mois, on en fait 6 par an peut être. Ça peut être aides-soignantes et infirmières, que infirmières. Les thèmes c'est: la maladie d'Alzheimer, la douleur, les AVK, -on fait beaucoup

sur la démence-, les troubles du comportement bien sûr, traitement non médicamenteux des troubles du comportement, les chutes et comment relever les patients.

Oui, il y a un dossier de soins qui est informatisé. Non je ne donne pas mon avis sur les conventions, c'est que le directeur. Tous les réseaux comme Respavie sont déjà mis en œuvre, c'est l'infirmière et le médecin traitant et éventuellement moi qui demandons si c'est nécessaire ou pas de faire intervenir ce réseau. C'est souvent l'infirmière qui me demande."

"La relation elle est correcte. On utilise le téléphone, internet non, relativement souvent physiquement, pas de réunion parce qu'ils ne viennent pas et puis c'est tout. J'ai de bonnes relations. Je n'ai eu aucune mauvaise relation. Ils font la tenue du dossier médical... On arrive à avoir au mieux un petit mot dans l'informatique. On a beaucoup de mal à avoir les dossiers et les comptes-rendus. Ils ramènent de temps en temps les dossiers. On s'en rend compte avec la coupe Pathos parce qu'avec Pathos on a besoin des dossiers. Des fois c'est très bien mais des fois il n'y a rien. Il faut demander 6 fois un compte rendu d'hospitalisation, ils s'en foutent. L'élaboration de protocoles a été fait sans les généralistes, bien sûr. Le ressenti il est bien mais à condition de ne pas être exigeant. Si on avait vraiment des exigences gériatriques, je pense qu'on clasherait. Si on commence à leur dire: "Comment ça se fait que tu ne fais pas ci? Comment ça se fait que tu ne fais pas ça? Comment ça se fait que tu donnes de l'haldol?" Si je devais leur envoyer une lettre à chaque fois qu'ils sortent des recommandations gériatriques alors là je me les serais déjà tous mis à dos. On y va très confraternellement. Moi je n'ai pas de problème par le fait d'être non prescripteur parce que ayant une bonne quantité de malades dans les 2, je prescris. Ca ne me dérange pas plus que ça."

"Non je ne rencontre pas de conflits. Avec personne même pas avec les familles. Non je n'ai pas eu de formation sur la gestion des conflits ni sur le management. Je suis allé à des topos sur le management mais je n'ai pas eu de formation spécifique. J'aimerais bien."

"Je n'avais pas d'attente par rapport à ma fonction parce que je suis venu par hasard. C'est mon prédécesseur qui était coordonnateur et qui m'a amené à la gériatrie parce que avant j'arrivais de remplacement chez SOS médecin. Il vendait sa clientèle, il était médecin coordonnateur, on était plusieurs sur le coup. Ce serait pas mal que j'ai la capacité de gériatrie donc je me suis inscrit à la capacité de gériatrie parce que du coup il pourrait dire ça au directeur. C'est le cas et c'est ce qui m'a fait remporter la clientèle. Je me suis trouvé par hasard à faire de la gériatrie et à aimer ça. C'est vraiment un hasard."

"On ne me l'a pas présenté et je ne m'en faisais pas d'idée. Je vais être franc: j'ai bien mis 3-4 ans à comprendre ce qu'était un médecin coordonnateur. C'est très compliqué et je crois qu'on le comprend progressivement. L'investissement se fait d'autant plus que les relations se font. On fait sa place. La place que j'ai ici n'est pas la même qu'à M. A M. j'ai plus de pouvoir de décision sur les entrées. Les méthodes de travail sont différentes. Pour comprendre la place qu'on a et y intégrer ses 12 travaux, ça prend un temps fou. Quand on s'installe et en même temps on est coordonnateur, avant de comprendre ce que c'est que l'exercice libéral. C'est une espèce en voie d'apparition quand même tout ça. C'est un énorme champ qui s'ouvre à nous. Ce n'est pas facile à comprendre. Si on s'en tient aux textes et aux machins et aux horaires peut être que c'est plus facile. Mais moi comme j'ai une vision un peu plus rock n'roll, j'ai mis du temps à faire ma place, à comprendre comment je faisais, à me sentir plus à l'aise."

"Je ne sais pas quoi répondre à cette question. C'est tellement un tout. C'est tellement inséparable. Je fais partie de ceux qui pensent qu'on ne peut pas être non soignant dans une structure même un peu, ça doit être assez complexe. Etre soignant ça permet d'avoir des liens de soignants avec les infirmières, tisser des liens, voir comment ça fonctionne sur la scène de manière à se dire : voilà. Ce matin par exemple, j'ai vu qu'il y a eu 2 urgences, j'ai vu que ça

avait savonné. Je suis coordonnateur, je garde dans ma tête et à froid dans 1 mois je leur dirai: "Vous vous souvenez comment ça s'est passé, c'était moyen donc remettez moi sur le tapis la petite grille qu'on a faite sur le protocole." Si je n'avais pas été confronté à cette situation, mon protocole dormirait. Le fait d'être installé ici ça me permet de connaître mes confrères. Si je vais coordonner à O. je ne connais personne. S'il y en a 50 qui viennent, il y en a 25 que je ne connais jamais. Il y a la moitié que je n'aurais jamais vue. Ca ne me paraît pas jouable."

"Je la verrai comme je pense c'est peut être vu dans les années qui viennent. Il faudrait très probablement, comme ça se fait dans d'autres pays, que le coordonnateur, c'est-à-dire le manager c'est plus ça la profession, c'est du management. Il faudrait qu'il y ait 3-4 médecins sur la structure et qu'ils aient tous cette capacité là; qu'on soit à la fois manager et soignant. C'est un mini USLD. Cela en est une mais on n'a pas les moyens pour que ça en soit une. Dans Ehpad comme je dis souvent le h ce n'est pas hébergement mais hôpital. 26 décès dont 24 à domicile c'est-à-dire dans la maison de retraite ça veut dire que c'est quand même 24 fin de vie, très probablement peu en mort subite parce qu'en général les malades s'éteignent tranquillement. Ca veut dire que c'est quand même tous les 15 jours quelqu'un qui est accompagné, où il y a du palliatif. Ce n'est pas rien et dans 10 ans ce sera combien? Ce sera 35. On a des infirmières qui sont là de 8h à 20h même maintenant le week-end. A part la perfusion IV on peut faire pratiquement tout. On s'est même posé la question d'acheter du kalinox, c'est pour dire. J'ai connu les Ehpad il y a 10 ans et la coloration change beaucoup. Avant, l'infirmière disait: "Il y aura 3 patients à voir." On les voyait et en 1h c'était fait et tout roulait jusqu'à la semaine d'après. Moi, je viens quasiment tous les jours en maison de retraite pour voir mes malades. Mon renouvellement devient presque secondaire maintenant. On est vachement plus dans l'aigu. On a des dossiers énormes avec beaucoup de co-morbidité, de médicaments, de iatrogénie. Sinon on passe notre temps à hospitaliser mais ils font l'ascenseur sans arrêt. A la louche sur 10 hospitalisations il y en a 70% qui reviennent dans la journée donc il y a quelque chose qui ne va pas dans l'évaluation et ça coûte. Souvent c'est SOS qui décide parce qu'il vient parce qu'il n'y a pas moyen de faire autrement et SOS ne connaît pas trop le patient parce que le dossier est énorme, il y a x co-morbidité, x traitements. Par sécurité et ça se comprend SOS l'envoie. Et à 2h du matin le copain revient. Tout est problématique donc il faut changer. Avec 3 coups de téléphone bien passés c'était mieux, on économisait une hospitalisation. Ca coûte à la société, ça coûte au malade, ça fait des papiers. C'est tout revoir. Il y a des médecins généralistes qui viennent ici pour 1 malade. On les voit 4 fois par an, comment veux tu que l'infirmière ait une habitude de travail avec ce médecin? Elle peut pas en avoir."

## ENTRETIEN N°11

" Je suis le Dr CM., j'ai 33 ans, j'ai fait un internat de médecine générale puis j'ai enchaîné avec un poste en gériatrie sur SN. J'ai fait la capacité de gériatrie."

"J'ai fait plusieurs structures: d'abord aux JA. puis, depuis près de 2 ans et demi maintenant, je suis sur A. et l'EM. Le premier médecin coordonnateur dans la structure je ne sais pas. Ma propre entrée en fonction date de fin 2007. Ce sont des structures privées à but associatif. Il y a en totalité 157 places. Le Gir moyen des structures est de 700. Le Pathos moyen des structures est de 150. Il y a une quarantaine de médecins généralistes qui interviennent dans les 2 structures soit environ 20 par structure. Mon temps alloué à la fonction est de 0,30 Etp pour les 2 structures et ça va passer à 0,60 Etp début novembre. Le dossier médical est papier. Il y a 4,5 Etp d'infirmières sur les 2 structures soit 2 Etp par structure et 0,5 Etp qui se répartit sur les 2 structures. Il y a 2 Etp d'infirmières coordinatrices donc 1 Etp par structure."

"Sur A. j'ai un bureau avec un ordinateur que je partage avec la psychologue. Sur l'EM. je n'ai pas de bureau; il y a juste un local où il y a le bureau de l'infirmière et pour l'instant je le partage avec elle. Oui il y a des rencontres formalisées avec l'équipe soignante mais ça dépend du moment. Il y a des synthèses sur les projets de vie le mardi après-midi tous les 15 jours à peu près. Comme il y a eu une restructuration du personnel, ça a été un petit peu arrêté pour le moment; là on voulait reprendre. Il y a des réunions avec les infirmières sur les protocoles de soins. Il y a des fois des réunions avec les aides-soignantes mais c'est plus ponctuel. Oui il y a des réunions formalisées avec le directeur, des réunions de Codir tous les 2 mois. Je vois toutes les entrées puis quand il y a des problèmes de prise en charge je vais les voir. J'ai des patients qui ont des démences donc quand il faut renouveler les traitements et qu'ils ne peuvent pas aller en consultation mémoire, c'est moi qui fais le bilan mémoire. Avec les familles c'est pareil: je les vois quand il y a un souci de prise en charge, pas systématiquement à l'entrée, quelques fois après le dossier de pré-admission avant l'entrée. Il y a une réunion une fois par an avec les familles. Il y a aussi le conseil de vie sociale où il y a les représentants du personnel, des résidents et des familles. C'est 2 ou 3 fois par an et en général j'y assiste moi aussi. Je travaille en gériatrie, je suis membre du GEFG (groupe d'étude et de formation gérontologique) pour faire des formations auprès des soignants des structures. On a beaucoup de relations avec l'Had notamment pour les fins de vie, avec l'équipe mobile de gériatrie pour essayer de faire des entrées directes. On arrive à le faire de temps en temps mais ce n'est pas complètement au point. On a aussi beaucoup de relations avec la consultation mémoire, avec l'hôpital de jour de gériatrie. Beaucoup de résidents ont un suivi en hôpital de jour de gériatrie. On a peu de relations avec Respavie."

"Oui, on fait l'élaboration et le suivi du projet de soins en collaboration avec les infirmières, le directeur. Surtout que là il y a un projet de restructuration pour 2012 avec l'ouverture d'un nouvel établissement et le projet d'établissement va beaucoup avec le projet de soins. Sinon on fait des protocoles régulièrement. On les fait, on les présente, on les met en place; peut être 4-5 protocoles dans l'année. Je vois tous les dossiers de pré-admission, je donne mon avis qui est en général suivi. Je vois toutes les entrées, systématiquement une fois rentrée. Je ne vois pas forcément la personne en pré-admission sauf si elle est hospitalisée ici, si elle est à domicile et peut se déplacer dans ce cas on essaie de la voir avant l'admission. Quelquefois il y a des entrées qui sont un peu plus en urgence. Si ils sont hospitalisés au C. ou assez loin, à ce moment là j'appelle la structure pour savoir comment ils sont au niveau de l'autonomie et des problèmes médicaux. On ne les voit pas systématiquement avant. Ils ne viennent pas systématiquement une demi-journée dans la structure pour voir. Je travaille beaucoup avec les infirmières, les aides-soignants, les kinés. On voit assez souvent les kinés, ce n'est pas

formalisé mais on discute souvent des prises en charge avec eux. La psychologue on la voit souvent aussi. Elle participe au projet de vie des gens et au projet de soins aussi quand il y a des thèmes qui la concerne. Avec les généralistes il y a une réunion une fois par an. La dernière c'était lors du passage à la dotation globale. Quand ils viennent, si ils ont un souci on en parle. Il y a une quinzaine de médecins sur les 40 qui viennent à ces réunions, ce n'est pas énorme. C'est toujours les mêmes qui sont présents. C'était sur la présentation du tarif global, ça les concernait beaucoup parce que ça change un peu leur façon de travailler. Ceux qui viennent, en général ça les intéresse. La prévention des risques sur la légionelle je ne m'en occupe pas beaucoup. On a fait un protocole sur les accidents d'exposition au sang, sur les épidémies (gastroentérite, grippe). On voit avec l'infirmière pour la vaccination des résidents contre la grippe, en général pratiquement tous les résidents sont vaccinés sauf ceux qui ne veulent pas. Ce qui pose plus souci c'est la vaccination du personnel. La vaccination antigrippale se fait sans passer par le médecin généraliste. On reçoit les feuilles de la sécurité sociale qu'on envoie directement à la pharmacie qui nous fournit les vaccins. C'est le résident qui décide si il fait ou pas. La vaccination du résident globalement c'est quelque chose qui est bien faite mais c'est la vaccination du personnel qui est moins bien malgré les campagnes pour dire que c'est important, il y a encore beaucoup de réticences. L'évaluation de l'état de dépendance des résidents est faite tous les mois par l'infirmière coordinatrice. Moi je fais avec eux quand il y a des validations. Pour l'application des bonnes pratiques gériatriques on essaie de faire des protocoles qui se basent un peu là-dessus et après on les présente aux infirmières et aides-soignants. Chaque nouveau personnel qui est embauché a un livret sur les bonnes pratiques gériatriques au moment de son embauche. Les médecins généralistes ont accès aux protocoles mais c'est rare qu'ils aillent regarder dedans. C'est plus une discussion entre nous, en fait. Souvent, les soignants me font part des soucis de prise en charge et alors je les appelle directement et on voit ensemble ce que l'on peut faire. Il y a certains médecins généralistes qui me demandent mon avis sur telle ou telle situation. Pour l'instant il n'y a pas de liste de médicaments. Là, on est en train de faire une liste de stock tampon, en fait c'est la liste des médicaments d'urgence. Pour l'instant, dans la dotation globale, les médicaments ne sont pas encore compris dedans. Je pense qu'on fera une liste, on déblayera un petit peu le terrain et après on verra avec eux si ils sont d'accord. Ils ont des formations mais je ne sais pas exactement quel organisme fait ces formations mais ça fait partie de la fondation en fait. Ils ont des formations régulièrement tous les ans sur la bientraitance, la maladie d'Alzheimer, la prise en charge de la fin de vie. Ca, c'est géré par la fondation. Moi, je fais des formations en même temps que de présenter un protocole, je fais une formation sur le thème. Quand il y a des choses qui posent soucis on fait des formations. La prochaine fois ce sera sur la dénutrition et sur la présentation du protocole chute. C'est en gros tous les 2 mois.

Oui, il y a un dossier de soins type. C'est l'infirmière coordinatrice et les infirmières qui travaillent dans la structure qui ont créé le dossier de soins type. Il y a un dossier médical qui a été fait par le médecin coordonnateur d'avant et on l'a complété un peu. Il est papier pour l'instant. La fondation veut mettre le même dossier informatisé sur toutes les structures ; donc il y a 2 dossiers informatiques qui sont en cours d'évaluation. Ce sera pour l'été 2011.

Oui, le rapport médical annuel est fait tous les ans. C'est un rapport type donné par la fondation, à remplir tous les ans. La partie médicale par moi et la partie administrative est remplie par le directeur. Oui je donne mon avis sur les conventions. Il y a une convention avec l'hôpital. C'était une convention qui était faite avant mon arrivée, complétée sur les avenants notamment pour le plan bleu pour les pathologies hivernales, le plan sur la canicule. Il y a une convention avec l'Had. Il y a une convention avec la pharmacie mais elle était faite avant que j'arrive, on travaille avec une seule pharmacie. Il est demandé qu'on fasse une convention avec la psychiatrie, on travaille beaucoup avec eux parce qu'on a pas mal de patients qui viennent de chez eux ou qui sont suivis par eux. Pour l'instant je ne crois pas qu'il

y ait de convention écrite. Il y a des conventions avec l'hôpital pour les filières d'hospitalisation, d'entrée directe en gériatrie, notamment pour le plan bleu canicule et plan bleu grand froid-pathologies hivernales. Il n'y a pas de convention avec les soins intensifs. Oui il y a des relations avec le réseau gérontologique."

"Ca dépend des généralistes. Dans l'ensemble ça va, ça se passe plutôt bien. Ils sont souvent avides de conseils quand même. On travaille assez bien en partenariat ensemble. Il y en a quelques uns qui veulent faire comme ils ont décidé, qui ne veulent pas écouter les conseils; mais globalement ça se passe pas trop mal. Avec eux je communique beaucoup par téléphone, des lettres des fois quand c'est pour tous les médecins généralistes. J'envoie une lettre quand il y a des protocoles qui sont faits sur tel ou tel sujet, sur la prescription téléphonique des médicaments, sur les vaccinations contre le tétanos qui n'est pas trop faite. Pour des thèmes comme ça qui concernent un petit peu tout le monde, en général j'envoie une lettre à tous les généralistes. Quand c'est des problèmes ponctuels sur tel ou tel patient je les appelle. Quand je fais une évaluation, je note sur la feuille et à la prochaine visite l'infirmière montre au généraliste. Il y a une réunion par an avec les généralistes. La tenue du dossier médical ils le font un peu parce que, à chaque consultation, l'infirmière sort une fiche de consultation avec le motif de l'appel et en bas il y a une case observation. Normalement, avec la dotation globale, pour être payés ils sont obligés de remplir la fiche; globalement ils remplissent de façon plus ou moins succincte. C'est quand même assez simple parce que c'est papier, c'est plus facile pour ceux qui n'aiment pas l'informatique, savoir comment ça marche. Pour les entrées c'est en général moi qui remplis les antécédents, récupère les courriers etc. Il y en a qui mettent leurs dossiers mais des fois c'est un nouveau généraliste et en fait il n'a rien. C'est moi qui remplis le début. Globalement ils marquent un peu. Ca va, on ne va pas se plaindre de ce côté-là. Les protocoles ne sont pas faits en collaboration avec eux. Globalement la relation est bonne, ça va. Parfois c'est un peu frustrant de ne pas pouvoir prescrire, c'est vrai ce n'est pas notre rôle mais souvent on arrive à ce qu'ils prescrivent en discutant avec eux. Souvent ils prescrivent mais des fois ça prend un peu de temps. Si moi je n'arrive pas à les avoir au téléphone, je mets un mot sur le dossier et du coup c'est l'infirmière qui commente le mot et elle en discute avec le généraliste. Des fois je ne suis pas là pour parler des problèmes et l'infirmière en parle directement avec le généraliste toute seule. Globalement ils acceptent les remarques."

"D'essayer d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans la structure, de développer un peu les bonnes pratiques gériatriques, d'améliorer un peu la relation et les filières entre l'hôpital et l'Ehpad notamment on aimerait bien éviter les hospitalisations par les urgences et essayer de faire plus des hospitalisations directes, peut être aussi d'améliorer la fin de vie dans les Ehpad notamment que ce soit plus encadré sur le plan douleur, qu'ils restent dans l'Ehpad et qu'ils soient moins hospitalisés et qu'il y ait suffisamment de prise en charge médicale au sein de l'Ehpad pour que la fin de vie se passe correctement. On y arrive mieux maintenant avec l'Had, ça permet de bien prendre les gens en charge au sein de la structure."

"Oui mon activité correspond à l'idée que je m'en faisais, c'est-à-dire avec ses difficultés."

"Une légitimité je pense, sur le plan gériatrique. Un travail en équipe avec les médecins coordonnateurs au sein de l'hôpital, lors de ces rencontres ça permet de parler des difficultés, des choses qui sont mises en place, de ne pas être tout seul non plus, de pouvoir faire le lien entre l'hôpital et l'Ehpad c'est plus facile."

"Bonne question. Je pense déjà à la difficulté parce qu'il y a pas mal de structures qui veulent avoir à la fois des médecins traitants salariés-médecin coordonnateur. Je pense que c'est difficile de faire les deux à la fois parce que le temps pris pour traiter les gens va prendre toute la place et faire à côté de la coordination c'est compliqué. Je pense qu'il y a pas mal de

structures qui vont se diriger là-dessus. Après, pour faire vraiment quelque chose il faut du temps. Là, avec 0,30 Etp c'est vraiment pas beaucoup, il faut être sur place et il faut du temps pour mettre en place des protocoles, faire des réunions. Augmenter le temps de médecin coordonnateur je pense que c'est bien, je pense que c'est ce qui se fait en ce moment dans pas mal de structures maintenant. C'est encore juste mais globalement c'est mieux. Dans toutes les structures ça augmente, on est sollicité de partout. On va passer de 0,30 à 0,60 Etp, 0,30 c'était largement insuffisant, 0,60 c'est encore pas beaucoup."

"Des conflits avec certains généralistes... quelques fois ça ne passe pas forcément bien mais ça ne va peut être pas jusqu'au conflit. De temps en temps, il y a des remarques pas forcément très sympathiques. On voit qu'il y en a certains qui n'apprécient pas qu'il y ait un regard extérieur sur ce qu'ils font. Ça ne va pas jusqu'au conflit, ça s'arrête là. Avec l'équipe soignante je ne pense pas. Avec les infirmières ça se passe plutôt bien, avec les infirmières coordinatrices aussi. Avec le directeur maintenant ça se passe bien, ça dépend du directeur ça. Avant ça se passait moins bien parce qu'on n'était pas forcément sur la même longueur d'onde. Là, ça se passe plutôt bien, c'est plus une question de personnalité je crois. Avec les familles, ce n'est pas moi qui rencontre les conflits. Lors des conflits entre la famille et les soignants, moi j'essaie de temporiser un peu les choses et d'expliquer pourquoi ça se passe comme ça. Ce n'est pas moi qui ai le conflit directement. Quand on reçoit les familles qui ne sont pas contentes, il y a des mots qui ne sont pas très faciles à entendre mais ce n'est pas dirigé contre moi c'est plutôt contre la structure. Avec les résidents, il peut y avoir des conflits avec ceux qui n'ont pas forcément envie d'être là, qui ne comprennent pas pourquoi ils sont là, ça peut arriver oui. Je n'appellerais pas ça des conflits mais plutôt des difficultés relationnelles. C'est plus avec les généralistes sans que ce soit de réels conflits, juste qu'ils ne sont pas tout à fait d'accord sur le fait qu'il y ait un médecin coordonnateur dans la structure et qui leur dise comment il faut faire, qu'on leur donne des conseils et qu'on ait un regard sur ce qu'ils font. Non je n'ai pas eu de formation sur la résolution des conflits ni sur le management. Ça à l'air intéressant. C'est beaucoup de discussion mais ça permet de cadrer un peu la discussion et de savoir où on va dans la discussion. C'est vrai que discuter ça peut être stérile parfois, ça apporte pas toujours une résolution la discussion, donc peut être que ça permet de cadrer la discussion pour peut être résoudre le conflit. Oui ça peut être intéressant d'avoir ça dans sa tête avant de commencer l'entretien avec quelqu'un. Oui je pense que ça peut être utilisable. Dans un conflit avec une famille, j'adopterai plus une attitude de compromis; avec le directeur, plutôt collaborateur; avec l'équipe soignante je dirai aussi plutôt collaborateur; avec les tutelles je dirai plus compromis; avec les généralistes, collaborateur."

## ENTRETIEN N°12

"Je suis le Dr JP. Mon parcours professionnel est classique. J'ai fait ma scolarité à N., j'ai fait un Bac sciences-ex et je suis rentré en médecine. A cette époque il n'y avait pas de concours d'entrée c'était un examen. On avait des concours notamment les concours de l'externat et de l'internat. C'était des concours qui n'étaient pas donnés. Le concours de l'externat ça représentait une réussite pour 30% de l'effectif, on était une centaine et il y avait 10% de femmes. Après, il y avait l'internat. J'ai été brillamment collé à mon internat. Il y avait 100 qui avaient rendu une copie et 100 qui étaient déjà externes. C'était déjà une première sélection: externe des hôpitaux. Il y avait 11 places soit 111 places. C'est-à-dire que beaucoup étaient reçus interne au bout du 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> concours. Etant brillamment collé j'ai décidé de passer ma thèse rapidement - à 26 ans j'avais ma thèse - je suis parti à la guerre pendant 18 mois. En revenant j'ai pris un tournevis et j'ai vissé ma plaque ayant fait quelques remplacements pendant mon service militaire. Je me suis installé. Pendant l'armée, pour ne pas perdre de temps, j'ai passé le CES de médecine du travail en me disant que si la médecine générale ne me convient pas ou si ça ne marche pas, je rentre en médecine du travail. J'ai punaisé la ville de N. J'ai vu qu'il y avait un trou ici et comme je trouvais le quartier intéressant j'ai décidé de m'installer à O. J'ai loué un local puis au bout d'un an j'ai vu que ça marchait bien et que ça démarrait bien donc j'ai acheté ce terrain, construit mon cabinet et ma maison à côté de mon cabinet, ce qui était la mode à ce moment là. Il y avait peu de médecine de groupe, quelques uns travaillaient à deux dans un appartement mais beaucoup de médecins étaient seuls chez eux et la femme faisant l'intérim. J'avais une ouvreuse le matin mais c'était ma femme l'après-midi et le soir qui prenait les appels pendant que je faisais mes visites. J'ai fait un cabinet de médecine générale mais je me suis rapidement aperçu que la médecine générale ça confinait un peu donc j'ai passé le CES de médecine du sport. Je trouvais ça intéressant et en plus j'avais une clientèle assez jeune au départ - la clientèle vieillit avec vous- J'étais le médecin du club de karaté et de tennis à O. donc ça faisait un apport pour la clientèle. Après, le Pr R. m'a dit: "Vous devriez faire de l'expertise." Donc j'ai passé mon CES d'expertise médicale et réparation du droit corporel sur 2 ans avec un mémoire assez compliqué avec une trentaine de reçus. J'ai été assermenté donc je faisais des expertises à mon cabinet ou j'allais chez les autres. Ca m'a permis de rentrer à l'EDF en temps que médecin conseil. Je faisais 1 à 2 vacations par semaine le matin. Le Pr R. m'a dit: "Vous savez la gériatrie c'est l'avenir, vous devriez faire ça." Donc j'ai passé mon diplôme de gériatrie sur 2 ans soit la capacité. Comme je dis en plaisantant: "Je suis Bac +13 validé." C'est ce qui m'a fait rentrer le jeudi après-midi comme médecin coordonnateur. Actuellement je suis médecin coordonnateur de 3 structures et toujours médecin conseil à l'EDF et je fais toujours de l'expertise et j'ai un contrat avec médical-Europe. Je vais à domicile voir si vous êtes vraiment malade. Je vais arrêter prochainement, j'ai 70 ans et j'ai commencé en 58 la médecine donc ça fait quelques années."

"Ce sont des structures complètement différentes. La première c'est une association créée par des gens locaux, il y a 92 résidents. Les deux autres sont des Ehpad à but lucratif c'est-à-dire que nous ne sommes pas habilités à l'aide sociale, en fait dans aucune des 3. Ces 2 dernières ont été rachetées par des grands groupes, l'une médica-France et l'autre Résidalia. La signature de la convention tripartite date de l'an 2000 c'est pour ça que j'ai été embauché parce que la signature de la convention tripartite vous oblige à avoir un médecin coordonnateur donc entre 2000 et 2002. La convention a été re-signée au bout de 5 ans avec un contrôle Pathos. Le Pathos n'était pas encore mis en place. Le Pathos moyen des structures c'est 130, ce qui est dans la norme, pour un Gmp autour de 602. L'âge moyen des résidents est de 87 ans et même 88 ans dans une. Dans une résidence il y a 55 places, ça a toujours été une petite structure mais on a fait une demande d'agrandissement et d'un Pasa, ça va être la grande

mode. Donc on va peut être avoir un agrandissement de 12 et un Pasa de 12 soit 24 de plus. On dit qu'une maison de retraite n'est rentable entre guillemets qu'à partir de 65 résidents. Avant c'est toujours un problème de budget. Mon entrée en fonction a été étagée parce que j'étais jeune installé donc j'y suis allé doucement: 2000, 2002 et 2003. Le nombre de médecins généralistes qui interviennent c'est délirant: dans la première c'est 12 médecins et le maximum c'est 44 médecins. C'est-à-dire que grosso modo chaque médecin a 2 résidents. Moi-même dans cette institution j'étais connu de la direction parce que j'avais moi-même 2 patients bien que c'était à la B. et moi je suis ici. C'est des gens que je suivais depuis 30 ans et la femme qui vous dit: "Vous n'allez pas le quitter, il va déjà être complètement perdu"; je disais "oui" donc voilà. Moi j'avais des vacances comme j'étais encore installé. J'avais une vacation par semaine de 3h et demi, ça fait 0,10 Etp de 14h à 17h30. Bien sûr je dépasse mais officiellement c'est 3h et demi. Le dossier médical est les 2: papier et informatique. Informatique c'est avant tout pour les soins et l'ordonnance. On a quand même gardé le papier. Pour le logiciel c'est mon grand regret parce qu'aucune maison n'a pu s'entendre donc ASC2I, Médica et Progor. Pour les médecins généralistes qui, de ma génération ne sont pas des férus de l'informatique, ils connaissent bien leur logiciel et ils arrivent ici ils ont du mal et quand ils changent de maison c'est un autre. Ca pose des problèmes parce qu'il n'y a aucune harmonisation à ce niveau là. Il y a une infirmière coordinatrice mais ça dépend des maisons. Dans la structure de 50 on a 2 infirmières et celle avec Médica on a une infirmière coordinatrice et 4 infirmières. On est bien doté en infirmières. Dans les autres structures c'est que 2 infirmières et il n'y a pas de référente."

"Oui, en fait les textes de loi disent qu'on doit vous donner un bureau. Je viens d'en obtenir un dans une des maisons mais dans les 2 autres je n'ai pas de bureau. Par contre l'infirmière coordinatrice a un bureau. Je le partage avec elle. On s'entend bien donc je travaille dans un coin et elle dans l'autre ou elle me laisse quand je reçois des familles ou quand je reçois un visiteur médical ou autre. C'est évident que bloquer un vrai bureau avec téléphone et ordinateur et tout pour 3h et demi par semaine, je comprends que le directeur ne soit pas chaud. Je ne lui en voulais pas. Je m'entends bien avec les infirmières donc ça se passe bien. Oui il y a des réunions avec l'équipe. On en fait une fois par mois avec tous les chefs de service entre guillemets; c'est-à-dire avec l'animatrice, le directeur, l'infirmière, l'ergothérapeute dans certains établissements, la psychologue. C'est une fois par mois pendant une demi-heure pour parler: comment va le service, ce qui ne va pas, ce qu'on pourrait améliorer. Non il n'y a pas de réunion personnelle médecin coordonnateur et directeur mais c'est des échanges quotidiens parce que quand j'arrive je vais lui dire bonjour et il me dit: "J'ai un truc qui ne va pas... ou qu'est-ce que vous dites de ça..." Quand je pars je vais lui dire au revoir. Ce n'est pas formalisé mais on se parle. Il me dit: "Tenez, venez dans mon bureau j'ai quelque chose à vous dire." Il n'y a aucun souci pour se rencontrer. Il y a l'entrée administrative, le bureau du directeur qui est assez imposant, le bureau de l'infirmière référente puis les infirmières donc tout ça communique par des portes communicantes. On frappe puis on rentre. Mes relations avec les résidents sont très bonnes. Là aussi il n'y a rien de formalisé. On me dit: "Tiens -comme je ne viens qu'une fois par semaine- tiens il y a un entrant, il faut aller la voir." Je prends son dossier médical, je vois un peu ce qu'elle a comme problèmes et je vais lui dire bonjour, je me présente: "Je suis le médecin de la maison, comment allez-vous." On fait connaissance. Un mois après je viens la revoir et je fais ou non un petit bilan cognitif, ce n'est pas obligatoire. C'est-à-dire que si vraiment elle est perdue je ne lui en fait pas, ils s'arrêtent et ça n'a pas une grande valeur et si ils sont très bien ils ne supportent pas bien: "Dites donc vous me prenez pour un fou, qu'est ce que vous me dites." Ils arrêtent et ils bloquent. Je ne fais pas systématiquement. Je fais un MMS, un test de l'horloge, le test des 5 mots de Dubois. Après, l'infirmière peut me dire: "Dis donc on croyait qu'il était bien mais il cachait son jeu ou il y avait un déni, allez donc lui faire des tests." Ca m'arrive

que quelqu'un que j'ai testé et 6 mois après on me dit: "Dis donc vous avez dit qu'il était pas mal mais nous on ne trouve pas donc allez lui refaire un test." Ca se passe un peu à la carte il n'y a rien de systématisé. Chacun travaille comme il veut et comme il peut. Moi c'est comme ça que je travaille. Ce que j'aime bien c'est au moment de la collation vers 16h. Souvent les familles sont là, ils viennent pour la collation -surtout l'été- donc ils sont accompagnés de leur fille ou de leur fils donc je dis un petit mot gentil et je me présente. C'est assez convivial. Et parfois on a des problèmes. Dans ces cas là, le directeur me dit: "Dis donc avec la famille untel ça ne va pas, j'ai pris rendez-vous avec vous pour en parler." Les familles je les rencontre au moment des collations, des fois dans le couloir parce que j'ai un badge: "Ah c'est vous le médecin, je ne savais pas qu'il y en avait un." Mes relations avec le réseau gérontologique sont un peu diaphanes. C'est un peu compliqué parce que quand je veux prendre rendez-vous avec le Dr untel à B., il y a un délai de 3 mois pour les rendez-vous. Au centre mémoire il y a 3 mois parce qu'il est embouteillé parce que tout le monde peut y aller sans passer par le médecin traitant, ce qui est une erreur. A 50 ans parce que vous oubliez vos clés de voiture, vous prenez un rendez-vous, ce qui n'est pas normal. B. ne prend aucune urgence. Quand on a des urgences gériatriques, on adresse aux urgences du CHU. Par contre je connaissais bien le Pr R. et j'avais de très bon rapports avec lui donc ça facilitait. On a créé un groupe. J'étais très impliqué dans la formation médicale continue. J'étais longtemps président d'un groupe de FMC de généralistes. On a créé, il y a maintenant 10 ans, l'association des généralistes gérontologues de l'agglomération nantaise. On est 25 avec des hospitaliers entre autres les Drs qui sont à B. et 3 médecins du conseil général. On a plus des rapports comme ça qu'un véritable réseau. C'est plus par connaissance. On se rend service: "Dis donc j'ai un problème, tu peux pas..."

"Théoriquement je devrais toutes les faire et je les fais plus ou moins. Oui, on fait le suivi du projet de soins avec l'infirmière référente, on discute. Par exemple, il paraît qu'on ne fait pas bien l'évaluation de la douleur donc on va reprendre un petit peu l'évaluation de la douleur. On en discute un petit peu ponctuellement. Elle m'a dit: "Dis donc on est pas bien pour l'évaluation de la douleur, il faut que l'on revoie ça." Donc on en a discuté mais c'est comme ça ponctuellement. L'avis sur les admissions c'est très important. Toutes les semaines j'ai entre 6 et 8 dossiers, on a beaucoup de demandes. Il y a les demandes et ceux qui renouvellent leur demande tous les 6 mois. Moi, je travaille sur dossier médical. Souvent, les médecins traitants remplissent vite la demande -vous savez bien-. Voilà comment ça se passe. Il est 18h30, vous êtes à la fin de votre consultation, ça sonne: "Vous connaissez bien ma maman, oui, on a décidé de la mettre en maison de retraite donc on vous apporte le dossier et il faut le ramener pour demain matin, mais enfin quand même, si vous la connaissez bien donc je vous laisse le dossier et je passerai demain matin le prendre." Ces dossiers ça nous fait... Alors on répond à toute vitesse donc vous mettez Alzheimer mais on ne sait pas si c'est depuis 6 jours, 6 mois ou 6 ans. Alzheimer, FA parce qu'ils ont tous une FA. On a des dossiers qui sont vraiment difficiles à interpréter donc moi comme je suis nantais depuis longtemps, que je connais bien les gens et que je n'ai jamais eu de problèmes déontologiques, je prends mon téléphone et je téléphone au médecin traitant. Je lui dis: "Bah écoute... -et comme les trois quarts je les connais bien- je travaille sur dossier c'est difficile, tu mets Alzheimer alors je voudrais des précisions: est-ce qu'elle fugue, est-ce qu'elle est agressive, est-ce qu'il y a des troubles du comportement?" "Oh bah oui, mais tu sais bien..." J'en profite pour demander: "Est-ce qu'elle est sociable? Est-ce qu'elle est d'accord pour entrer en maison de retraite?" Donc j'affine. A ce moment là, je mets avis favorable ou avis défavorable. Le directeur suit généralement mon avis parce que quand j'ai des grands déprimés et que je dis non et qu'il passe par la fenêtre et qu'il est entré contre mon avis... Généralement il suit. Les admissions c'est sur dossier. Il y a des fois la directrice ou le directeur, ils aiment bien quand même les voir quand c'est possible. Hier j'en ai vu une qui est venue mais ça m'a pris quand même une demi-heure en plus du

travail sur dossier parce qu'elle est venue avec sa fille qui comme par hasard vit en Australie et vient une fois par an voir sa mère. Faut voir comment ça s'articule. On a parlé avec la directrice, l'infirmière coordinatrice et moi-même. On parle, on explore. C'était noté Alzheimer mais elle n'était pas si détériorée que ça, elle répondait pas mal. Quand on peut on fait venir les gens. Quand les patients sont en convalescence, la directrice se déplace pour voir exactement comment est la personne. J'ai quelques problèmes avec la coordination des professionnels de santé entre autres avec les kinés. Les kinés passent, vous prennent par le bras, vous font faire le couloir et voilà: "Au revoir ma petite dame, à demain." Ca prend 5 minutes, ils ne font pas de compte-rendu, ils ne font jamais rien, on ne sait jamais ce qu'ils font. Ils ne font jamais de compte-rendu donc pour le Pathos, quand vous mettez R2 et que dans le dossier il n'y a rien ça pose un souci. Ce sont des électrons libres, c'est ce qui pose un peu souci. Il y a quelques problèmes avec mes confrères. Il y en a un qui se pointe à 7h du matin et un autre à 22h30 le soir. C'est quand même problématique parce qu'il n'y a plus d'infirmière, tout est verrouillé, l'aide soignante est toute seule. Il passe en plus que 3 minutes, laisse la feuille de maladie et voilà. On a quelques problèmes avec quelques médecins. Avec les infirmières et les aides-soignantes il n'y a pas de problème. La prévention des risques on le fait au quotidien. On a fait des formations sur les chutes, sur le maniement des résidents avec l'aide des kinés, sur la prévention des escarres. On fait ces formations avec parfois comme support un laboratoire. L'évaluation de l'état de dépendance des résidents par le Gir-âge est faite par l'infirmière référente. C'est elle qui Gir et quand elle a des problèmes elle m'en parle. Quand il y a des problèmes c'est la cohérence et l'orientation. C'est revu tous les 2-3 mois. C'est fait assez fréquemment. L'application des bonnes pratiques gériatriques, on essaie de faire au mieux, de suivre des protocoles. Bien sûr, on a établi des protocoles en cas de température, d'OAP, de chute. On fait le maximum pour suivre ces protocoles et revoir quand les choses n'ont pas marché. Par exemple, il y en a une qui est tombée un samedi après-midi, elle n'était quand même pas bien, ils ont appelé le 15 et on l'a hospitalisée. Elle est ressortie, elle n'avait pas grand-chose, juste des bleus. Dans la soirée elle a été confuse donc quelqu'un dit: "On va mettre des barrières." Comme elle n'avait pas de certificat pour une contention, elle a dit: "Je n'ai pas de certificat, je ne veux pas d'ennui, je n'en mets pas." Alors 2h après elle a fait une vraie chute et alors là elle s'est cassée. C'est une question de bon sens. Je lui ai dit: "Vous pouvez prendre le risque et le lendemain matin on aurait réévalué ou téléphoné au médecin traitant." Elle a dit: "Il n'y a pas de certificat de contention donc je ne mets pas." On peut tomber dans des aberrations. Il n'y a pas de liste de médicaments, c'est trop compliqué et on ne sait pas que mettre. C'est repoussé à 2011 théoriquement. On ne sait pas si avec la liste ça va aller parce qu'il y a le forfait médicament de 4 euros 30 par résident et par jour. Personne ne sait et on ne veut pas heurter les pharmaciens, l'amour propre des médecins. Nous, on ne sait pas trop quoi mettre dans cette liste. Il y a toujours des trucs pilotes mais c'est tout. Par contre, dans un des établissements, on est pilote pour les frais moyen. Le pharmacien fait la moyenne du prix de nos ordonnances. On est un centre pilote pour 6 mois. Il y a à peu près tous les 2 à 3 mois un topo. Les directeurs ne sont pas très chauds parce que ça prend du temps et en plus il faut le faire en 2 fois à cause des équipes et on ne peut pas arrêter la maison. Les filles ne veulent pas prendre sur leur temps de loisir donc c'est sur le temps de travail. Grosso modo on n'en fait pas l'été et 3 dans l'année soit un par trimestre. Le dossier infirmier est informatisé. C'est quelque chose qui roule bien quand elles font leurs transmissions correctement. Le rapport médical annuel d'activité est fait mais comme personne ne le lit, on le fait de façon assez succincte. Grace à l'informatique on reprend toutes les chutes, les hospitalisations, les décès, les causes d'hospitalisation avec 4 grandes causes. On le fait parce qu'on est obligé de le faire. On n'en met pas des tartines mais on le fait. C'est plus un catalogue. On n'a pas vraiment de convention. Pour le plan canicule on est obligé, on a fait une convention avec l'hôpital B. et c'est tout. Autrement, c'est avec l'hôpital et les urgences. On n'a pas de convention avec l'Had par contre avec Respavie. On a un contrat avec

Respavie, quand on est drôlement ennuyé on communique par téléphone ou on fait venir un médecin ou un infirmier de Respavie."

"Ma relation avec les généralistes est très bonne, pas de problème à part ces 2 ou 3 là. Avec ces 2 ou 3 je ne vais pas me battre, ils sont surchargés, surbookés -c'est le terme à la mode-. Au départ il y avait dans le contrat que le médecin adhère au règlement intérieur de l'établissement mais ça a été supprimé. Alors je n'ai pas de moyen de pression. Théoriquement il y a un décret pour 2011, on va faire un contrat avec les médecins. Moi j'ai demandé au directeur de mettre "aux heures ouvrables" parce qu'il y en a qui ont le chic de venir à 7h30 le matin ou 22h30 le soir ou 12h30. Il faut mobiliser une aide soignante, la faire sortir de table, la faire manger froid, il faut prendre l'ascenseur, la remettre dans sa chambre, le médecin trépigne et ça se passe mal. On va demander ça. J'utilise beaucoup le téléphone et je les vois souvent parce qu'ils passent dans l'après-midi quand je suis là. "Tiens comment vas-tu? Tiens il y a une telle..." Il y a un contact avec tous les médecins. C'est toujours un peu les mêmes parce que je viens toujours le mardi après-midi; sinon par téléphone. Le courrier ou le mail c'est informel donc non. Par exemple, on a reçu une résidente qui arrive de convalescence, vous verriez l'ordonnance qu'elle a, elle est complètement zombie. Elle est figée, elle ne fait que dire oui, je n'ai eu aucun contact avec elle. On a décidé de prendre un médecin traitant, un médecin que je connais bien, un jeune. J'ai pris mon téléphone en disant: "Dis donc on a une ordonnance de 1 mois avec... tu verras tout ce qu'elle a et tu feras un peu le ménage." Il vient vendredi élaguer un peu tout ça. Par contre j'ai eu quelques problèmes avec un médecin et on a décidé de ne plus lui en donner. On l'a mis en encre rouge disant: "Vous lui en donnez plus parce qu'il y a toujours des problèmes avec lui, il est jamais là, il ne peut pas venir, il appelle toujours SOS." On donne dans la liste sauf celui en rouge. C'est l'infirmière référente qui prend les médecins de la route de P., ceux qu'on connaît. Non il n'y a pas de rencontres formalisées avec les généralistes. J'en ai fait une, une fois. On a un cantou de 12 places dans une des maisons et il y avait les familles qui étaient désorientées et qui pleuraient parce qu'on les mettait en cantou. J'avais fait une réunion un soir avec l'accord du directeur et j'avais invité les médecins traitants, j'en avais eu que 3 sur 44. Ils sont venus c'est sympa. Les familles et des infirmières étaient là; les familles des résidents du cantou et les familles qui voulaient des informations. Ca s'est très bien passé. Ca a été qu'une fois. Pas de réunion annuelle avec les généralistes. Vous allez pas leur demander de passer 1h comme ça, ils n'ont pas le temps. Je crois qu'il y en a très peu qui le font. Malheureusement là aussi ça fait parti des difficultés. Il y en a pour qui il n'y a rien à faire, il y en a qui ne veulent pas donner leurs documents: "Tu fais une photocopie, on ne va pas te piquer ton patient." "Ah non, j'aime bien que ça soit à mon cabinet." Il y en a qui n'ont pas le temps, il y en a qui oublient toujours. Donc on est toujours à poser des questions: "Il a vu le neurologue il y a 15 jours, qu'est-ce qu'il a dit, une photocopie?" C'est un problème. Il y a ceux qui ne mettent rien sur le papier ou qui mettent tension 12/9 et c'est tout, rien d'autre, pas un petit mot. On se bat pour ça. Même si c'est papier, comme il faut aller chercher le dossier, écrire le mot, l'infirmière est appelée à ce moment là... Les protocoles n'ont pas été faits en collaboration avec les généralistes, juste avec l'infirmière référente. On a essayé de faire des protocoles qu'on réactualise régulièrement, qu'on a refaits. Le fait d'être non prescripteur pour certains résidents ce n'est pas gênant parce que je me place sur un autre plan. Je leur explique que je suis un médecin spécialiste des troubles de la mémoire et que c'est le médecin traitant qui s'occupe du diabète, de l'hypertension. Ca passe très bien. Au début ils me disaient: "Ah c'est vous qui allez me soigner maintenant." "Non vous gardez votre médecin traitant." "Ah bah je préfère." Ils savent que je ne donne pas de médicaments. Ce n'est pas un problème. Moi j'ai un rôle de médecin coordonnateur non exerçant. Il y a beaucoup de médecins coordonnateurs qui exercent et qui ont leurs propres malades dans la structure. Il y en a qui ont presque un tiers ou presque la moitié des résidents à lui. Moi je n'avais que 2 résidents. On a créé une association de

médecins, j'ai été président pendant 4 ans et on a réuni 60 médecins une fois par an une journée complète. On fait des ateliers de 10-15 médecins, on se présente. Vous auriez vu les médecins coordonnateurs, aucun n'avait le même profil, il y avait de tout. C'est donc difficile d'avoir une unité. C'était très compliqué."

"On dit que le métier de médecin coordonnateur c'est un nouveau métier. Des attentes... Explorer un peu toutes ces maladies neuro-dégénératives, changer un peu d'aspect et voir ce que c'est que la coordination. Aussi parce qu'on s'occupait de l'aspect relationnel avec le personnel et tout, la formation du personnel, une autre vue de la médecine. Voilà ce que j'attendais et puis c'est ce qui s'est passé."

"Oui oui c'est un peu ce que je pensais. Coordonner c'est large, c'est essayer de voir avec le personnel, les familles et tout ça."

"Le fait d'avoir été généraliste presque toute ma vie professionnelle ça permet de ne pas isoler le patient avec sa maladie d'Alzheimer mais il peut avoir d'autres causes, ça peut être une démence mixte car il est hypertendu, il a du cholestérol. C'est un aspect global des pathologies. Moi ça m'a beaucoup aidé. Je restais médecin, derrière une plainte j'avais quand même l'œil du médecin généraliste."

"Je la vois mal parce que le médecin coordonnateur va être obligé de prendre parti dans des fonctions difficiles par exemple la liste des médicaments. Ça va être un peu compliqué quand même parce que sur quels critères la constituer, je risque d'avoir des problèmes avec des médecins qui vont me dire: "Dis donc tu n'as pas voulu mettre de spasfon mais nous on donne que du spasfon, qu'est-ce que c'est que cette histoire." Il doit y avoir des listes qui se baladent déjà. Chaque médecin coordonnateur aura-t-il le droit de faire sa petite liste par rapport au confrère d'à côté. Je crois que c'est ça qui va être compliqué. Avec le budget global, les médecins vont dire: "Dis donc je suis obligé de venir 3 fois par semaine parce qu'elle a son diabète ou son truc, le forfait ça ne va pas." Ça va être un peu plus compliqué. Du point de vue confraternel ça va être un problème. Actuellement on n'a pas de problème, c'est confraternel; plus tard on risque d'avoir des problèmes. Les questions financières jusqu'à présent ne nous concernaient pas."

"Moi personnellement je n'en ai pas vraiment eu mais j'ai des confrères qui ont eu vraiment des conflits. Il y a 2 médecins où j'avais dit: "Tu ne peux pas venir à un autre horaire." Qu'est-ce que je fais: on se fâche, on ne se fâche pas, je l'engueule ou quoi. Moi je me suis dit: je laisse courir; puisqu'il n'y a pas de contrat. Maintenant qu'on va établir un contrat on va fixer des horaires entre 8h-12h et 14h-19h, dans des heures raisonnables. J'ai eu quelques problèmes sur des ordonnances délirantes avec 14 médicaments. J'ai téléphoné en disant: "Tu ne crois pas qu'on pourrait..." "Si j'en enlève un elle ne va pas être bien." C'est un peu des conflits mais c'est des conflits larvés parce que je n'ai pas tout cassé. Oui il y a quelques conflits mais il n'y a pas eu de clash. Avec le directeur il n'y a pas eu de conflit parce qu'on est venu me chercher, à chaque fois je n'ai pas eu à pleurer, on est venu me chercher. J'ai eu quelquefois des conflits avec les familles parce que je ne prenais pas parti pour... J'ai reçu une fille et je lui ai dit: "Madame, si vous estimez qu'on est maltraitant, allez dans une autre maison." Elle venait déjà d'une autre maison. Elle m'a dit: "Docteur, c'est à vous de vous améliorer, c'est trop facile de virer ma mère comme ça, elle restera." Il y a eu des fois des conflits mais on essaie... Par contre j'ai eu des confrères qui ont eu des conflits avec leur patron notamment au niveau du Pathos, comme ça donne la dotation du personnel. J'ai un de mes amis dont le directeur lui a dit de refaire le Pathos parce que le directeur voulait au moins 140-160. Le médecin coordonnateur lui a dit: "Comment voulez-vous... ce n'est pas possible." Alors il a été mis à la porte pour incompatibilité. Je n'ai pas eu de formation sur la résolution des conflits mais j'ai fait des séminaires de communication, c'est très intéressant. Vous savez

qu'en médecine générale on doit faire de la communication. Non je n'ai pas eu de formation sur le management. Ca peut être positif. Moi j'ai plutôt une attitude conciliante. Il faut éviter l'attitude fuyante parce que 8 jours après vous retombez dans les mêmes problèmes. Non je n'ai pas une attitude compétitive. Collaboratrice bah oui il faut essayer de trouver une solution satisfaisante. Avec mon directeur j'aurai une attitude conciliante mais ça dépend du sujet et du conflit. Si je suis dans mon tort, si je n'ai pas fait quelque chose, si je ne suis pas très à l'aise dans ce que j'ai fait, si j'ai fait un manquement ou autre chose alors évidemment. Avec les généralistes ça serait une relation d'égal à égal, de collaborateur, de confrère, d'ami: "Ecoutes je comprends ton problème, ta problématique mais tu sais bien qu'ici on ne peut pas faire tout ce qu'on veut". Notre rôle est difficile par rapport à l'ordonnance du médecin traitant. Pas vraiment par rapport au diagnostic parce qu'il fait le diagnostic mais des ordonnances délirantes. Il y a des médecins traitants qui demandent des conseils mais ce sont plutôt de jeunes médecins parce que vous avez la casquette de spécialiste, plutôt dans le domaine neurologique, démence, agitation. L'agitation c'est toujours un grave problème dans nos institutions. Avec certains médecins avec qui le courant est bien passé: "Toi qui es spécialiste qu'est-ce que tu donnerais, qu'est-ce que tu ferais à ma place." Sur le diabète je les laisse faire. Chacun ses habitudes. J'évite de monter au créneau, il y a des mots qui vous échappent, j'évite ça."

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Insee, thèmes, population, chiffres clés, population par groupe d'âge. Source: Insee, bilan démographique.  
[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02107](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02107)
- 2- Insee, thèmes, population, chiffres clés, projection de population à l'horizon 2050 et structure par âge. Source: Insee, projections de population 2005-2050.  
[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02164](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02164)
- 3- Insee, thèmes, population, chiffres clés, espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile. Source: Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.  
[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02221](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02221)
- 4- Insee, thèmes, population, chiffres clés, espérance de vie à divers âges. Source: Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.  
[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF02240](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02240)
- 5- Insee, définitions et méthodes, espérance de vie en bonne santé/AVBS.  
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/esperance-vie-bonne-sante.htm>
- 6- Insee, thèmes, population, chiffres clés, espérance de vie en bonne santé. Source: Eurostat.  
[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=98&ref\\_id=CMPECF02228](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=CMPECF02228)
- 7- Duée M, Rebillard C. La personne âgée en situation de dépendance: contexte démographique et économique. Actualité et dossier en santé publique 2006; 56:20-24.
- 8- Azema J. La gériatrie, une vieille discipline. Le journal du médecin coordonnateur 2007; 24:14-15.
- 9- Insee, thèmes, santé, études et analyses, aides aux personnes âgées dépendantes: la famille intervient plus que les professionnels. Source: Pascale Breuil-Genier.  
[http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&id=653](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=653)
- 10- Insee, thèmes, santé, chiffres clés, capacité d'accueil des établissements et services pour personnes âgées par région. Source: Drass, Finess.  
[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=CMRCCV06101](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=CMRCCV06101)
- 11- 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. Publiée au journal officiel de la république française du 25 janvier 1997, pages 1280-1284.  
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- 12- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Publié au journal officiel de la république française du 27 avril 1999, pages 6223-6247. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 13- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Publié au journal officiel de la république française du 27 avril 1999, pages 6256-6263. <http://www.legifrance.gouv.fr>

- 14- Levy L. Formation des médecins coordonnateurs. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie 2008; 147:347-349.
- 15- Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles. Publié au journal officiel de la république française du 28 mai 2005.  
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- 16- Décret n° 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Publié au journal officiel de la république française du 13 avril 2007. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 17- Malbec JC, Reingewirtz S, Mercusot C, Buire P, Siri F, Ballaud B, Thibault C, Samoun A, Rigaud AS. Le temps alloué au médecin coordonnateur est-il compatible avec ses missions? Le journal du médecin coordonnateur 2005; 13:14-15.
- 18- Décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale Aggir. Publié au journal officiel de la république française du 23 août 2008.  
<http://legifrance.gouv.fr>
- 19- Vétel JM. Comment bien Aggir en Ehpad. Le journal du médecin coordonnateur 2008; 29:10-12.
- 20- Vétel JM. Pathos: la mise au point. Le journal du médecin coordonnateur 2009; 34:10-11.
- 21- Drees. Enquête sur l'allocation personnalisée d'autonomie. Apa: résultats de l'enquête trimestrielle 2010; 2. [http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/apa\\_2\\_2010\\_2p.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/apa_2_2010_2p.pdf)
- 22- Jeanblanc F. Le médecin coordonnateur en maison de retraite privée: son rôle, ses attentes. La revue du praticien médecine générale 2002; 595:1813-1816.
- 23- Rigaud AS, Reingewirtz S, Malbec JC. Formation du médecin coordonnateur en Ehpad. Rôles du médecin coordonnateur au sein de l'Ehpad.  
[http://www.ehpad.org/formation/document\\_view](http://www.ehpad.org/formation/document_view)
- 24- Drass, service statistique. Statistiques et indicateurs de la santé et du social en Pays de la Loire. [http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/doc\\_stat/portails\\_fichiers/statis09.pdf](http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/doc_stat/portails_fichiers/statis09.pdf)
- 25- Tugores F. La clientèle des Ehpad: situation au 31 décembre 2003. Etudes et résultats, Dress 2006; 485:1-8.
- 26- Lévy L. Formation des médecins coordonnateurs. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie 2008;15:347-349.
- 27- Malbec JC, Reingewirtz S, Mercusot C, Buire P, Siri F, Ballaud B. Le temps alloué au médecin coordonnateur est-il compatible avec ses missions ? Le journal du médecin coordonnateur 2005; 13:14-15.
- 28- VL. La vie quotidienne des médecins coordonnateurs. Le journal du médecin coordonnateur 2010; 35:7-8.

NOM : BIGOT-TEMGOUA

PRENOM : MATHILDE

**Titre de Thèse : Activités des médecins coordonnateurs et relations avec les  
médecins généralistes : entretiens avec 12 médecins  
coordonnateurs de Loire-Atlantique.**

---

## RESUME

Cette étude porte sur l'activité des médecins coordonnateurs et leurs relations avec les médecins généralistes dans la prise en charge des résidents d'Ehpad en Loire-Atlantique à partir de 12 entretiens de médecins coordonnateurs. On constate que le médecin coordonnateur n'arrive pas à faire les 12 missions comme il le veut à cause d'un manque de temps, d'un nombre trop élevé de médecins généralistes, d'une trop faible coopération avec les généralistes. On note que les médecins coordonnateurs décrivent comme bonnes les relations avec les généralistes et sans conflit. Les conflits sont plus avec les familles, la direction et les tutelles. Lors des conflits, le médecin coordonnateur adopte l'attitude de collaborateur. Toutefois, il regrette l'absence de formation sur le management d'une équipe et la résolution des conflits.

---

## MOTS-CLES

- Ehpad
- Médecin coordonnateur
- Médecins généralistes
- Missions
- Relations
- Conflits