



**FACULTE D'INGENIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTE- ILIS**  
**UNIVERSITE DROIT ET SANTE DE LILLE - LILLE II**  
**UNIVERSITE SCIENCES HUMAINES - LETTRES ET ARTS DE LILLE - LILLE III**  
**CARSAT NORD-PICARDIE - CERFEP**

**MASTER INGENIERIE DE LA SANTE**  
**PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTE**  
**Mémoire de master 2**

**Lien ville-hôpital dans la prise en charge de la  
personne âgée fragile :  
Une indispensable coordination**

**LILLE, SEPTEMBRE 2017 – AOUT 2018**  
**TRAHAY Viviane épouse VOISIN**

**Président du jury : François PUISIEUX**  
**Directeur de mémoire : Daniel DREUIL**  
**Tuteur pédagogique : Daniel DREUIL**  
**Tuteur professionnel : Catherine BESNARD**

**Le 31 AOUT 2018**

## Remerciements

La construction de ce mémoire n'aurait été possible sans l'intervention de certaines personnes. Qu'elles trouvent ici l'expression de mes plus sincères remerciements pour leurs précieux conseils.

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur DREUIL, pour son accompagnement, sa patience et sa disponibilité jusqu' à la dernière minute.

Je remercie toute l'équipe responsable et pédagogique du MASTER, pour son engagement dans cette formation.

Une pensée à toute la promo, pour nos partages, nos travaux, nos moments de doutes ; de très belles rencontres.

Ma profonde gratitude s'adresse :

À tous les professionnels qui ont participé à l'enquête

À tous les patients et familles qui ont accepté de témoigner sur leur expérience de vie et de parcours.

Vos témoignages ont apporté toute la matière à ce mémoire.

Je remercie ;

L'équipe de direction du CHICAM, pour m'avoir permis d'accéder à cette formation. Et particulièrement Mr le Directeur, qui m'a donné l'accès aux données chiffrées du DIM et du service qualité, sans cela, ce travail n'aurait pu être réalisé.

L'équipe d'encadrement supérieur et de proximité, et particulièrement l'équipe cadre du pôle médecine qui m'a soutenue dans ce projet, merci pour votre aide précieuse. Les équipes médicales et paramédicales du pôle médecine pour leur soutien.

Merci aux équipes du CLIC et de la MAIA Centre Orne pour leur accueil et leur disponibilité.

Merci à ma famille, mes amis qui m'ont toujours encouragée et soutenue dans mes projets.

Merci à Loïc, Mathilde, Emma ; pour votre soutien, votre aide et votre bienveillance.

## Sommaire

Tableaux – graphiques- cartes géographiques.....	5
Glossaire.....	6
INTRODUCTION .....	7
1. UNE RECHERCHE EMPIRIQUE.....	10
2. LE CADRE CONCEPTUEL DE NOTRE ETUDE .....	11
2.1 LA FRAGILITE - LA COMPLEXITE .....	11
2.2 LA COORDINATION .....	15
3. PROBLEMATIQUE.....	17
3.1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION .....	18
3.2 CONTEXTE HOSPITALIER.....	19
3.2.1 Les restructurations hospitalières .....	19
3.2.2 Le nombre de passages aux urgences .....	19
3.2.3 La personne âgée aux urgences.....	20
3.2.4 La démographie médicale .....	21
3.3 PHOTOGRAPHIE DU TERRITOIRE .....	22
4. METHODE.....	25
3.1 ETUDE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE .....	25
Le choix du terrain .....	26
Le choix de la population.....	26
3.2 LES OUTILS DE RECHERCHE .....	27
4.2.1 Le questionnaire .....	27
4.2.2 L’entretien semi-directif.....	29
4.2.3 Les signalements d’évènements indésirables « parcours de soins » .....	30
3.3 LE RECUEIL DE DONNEES .....	32
L’exploitation des données.....	32
4. RESULTATS .....	33
4.1 REPARTITION DES REpondants .....	33
4.2 LES PROFESSIONNELS.....	34
4.3 LE RESSENTI DES PROFESSIONNELS .....	37
4.4 LES OUTILS DE COORDINATION .....	40
4.5 LES RUPTURES DE PARCOURS VUS PAR LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS .....	43
4.6 LES BESOINS DES PROFESSIONNELS.....	48
4.7 LA MISE EN OEUVRE .....	49
4.8 LES FICHES D’EVENEMENTS INDESIRABLES .....	52

5	DISCUSSION .....	54
5.1	LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ETUDE .....	54
5.1.1	Les limites de l'étude.....	54
5.1.2	Les points forts de l'étude .....	54
5.2	UNE APPROCHE PARCOURS CENTREE SUR LE PATIENT.....	54
5.2.1	Les points critiques.....	55
5.2.2	Analyse des risques de rupture.....	57
6	CONCLUSION .....	69
	BIBLIOGRAPHIE .....	71
	ANNEXES.....	73

## Tableaux – graphiques- cartes géographiques

N°	Nom du tableau – graphique - carte géographique par ordre d'apparition	Page
1	Schéma de la fragilité	10
2	Les causes de la complexité=modèle de la fragilité	11
3	Pyramide de Kaiser /concept de la fragilité	16
4	Passages aux urgences	18
5	Hospitalisations depuis le service d'urgence	19
6	La sectorisation	22
7	Les ruptures évoquées au cours des entretiens	30
8	Répartition des répondants	32
9	Votre profession	33
10	Connaissez-vous l'ensemble des acteurs œuvrant à la coordination du retour à domicile de la personne âgée ?	34
11	Pouvez-vous en citer ?	35
12	L'articulation actuelle des acteurs vous semble-elle adéquate ?	36
13	Si vous deviez évaluer la coordination Ville Hôpital de notre secteur ?	37
14	Rencontrez-vous des ré hospitalisation fréquentes chez la personne âgée?	37
15	Utilisez-vous des outils de coordination ?	38
16	Si oui, lesquels ?	39
17	De quelles manières alertez-vous les partenaires ? lorsque vous observez une fragilité	40
18	Les causes de ruptures de parcours selon le concept de la complexité	42
19	Les causes de ruptures de parcours : graphique	43
20	Classement des causes	44
21	Quels seraient vos besoins ?	46
22	Type de formation	47
23	Comment envisagez-vous la mise en œuvre ?	48
24	Propositions des enquêtés	49
25	Déclarations événements indésirables parcours patients CHICAM 2017	50
26	Ishikawa /fragilité /causes/ risques	55
27	La coordination dans le parcours de soins	63

## Glossaire

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance

**APA** : Allocation Personne Agée

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CHICAM** : Centre Hospitalier Inter Communal Alençon-Mamers

**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**EMG** : Équipe Mobile de Gériatrie

**HAD** : Hospitalisation A Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmière Diplômée d'État

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aides et de soins dans le champ de l'autonomie

**DAF** : Direction des Affaires Médicales

**DIM** : Direction Informatique Médicale

**DMP** : Dossier Médical Partagé

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour

**IPDMS** : Indicateur de Performance de la Durée Moyenne de Séjour

**REX** : Retour d'EXpérience

**QGR** : Qualité Gestion des Risques

## INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le paysage hospitalier se transforme et se remodèle, les années 90 sont le début d'une grande métamorphose. Plusieurs phénomènes concourent à cette transformation. Les établissements hospitaliers subissent des injonctions et des restructurations drastiques pour pallier à leur problématique financière. Les réformes successives, fermeture de lits, suppression de personnel, déménagement, redimensionnement capacitaires demandent aux acteurs de se remobiliser constamment et parfois dans la précipitation. Mis à mal, ils ont dû s'adapter, se réorganiser, en peu de temps afin de maintenir et d'améliorer la santé de la population. Le monde de la Santé doit composer avec une démographie médicale<sup>1</sup> en baisse et inégalement répartie sur le territoire. En même temps, à l'hôpital, nous observons une augmentation des hospitalisations des personnes âgées avec une prise en charge de plus en plus complexe qui mobilise un grand nombre d'acteurs pour des suivis poly-pathologiques ou des problématiques de devenir ou de retour à domicile. En effet, le nombre de personnes de 60 ans et plus augmente et va continuer de progresser, selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la tendance va s'accélérer au cours des prochaines décennies. Entre 2007 et 2060, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans pourrait augmenter pour atteindre, en 2060, le nombre de 23.6 millions (dont 12 millions pour les plus de 75 ans et 5.5 millions pour les plus de 85 ans). Le vieillissement de la population et son accroissement augmentent l'incidence de la perte d'autonomie, de la dépendance et de la poly-pathologie. Entre 2007 et 2012, le nombre de personnes dépendantes et bénéficiaires de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) a augmenté passant de 34.8 % à 36.3 % des personnes de 85 ans<sup>2</sup>. Le besoin médical s'accroît, en premier lieu dans les services d'urgences, puis dans les services d'hospitalisation. La gestion des patients âgés devient un enjeu médico-économique et social. Sensibilisée au quotidien par les problématiques liées à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, nous avons souhaité approfondir notre recherche sur le sujet. Cette envie a été confortée par une rencontre déterminante avec la pilote de la MAIA Centre Orne. (Méthode

---

<sup>1</sup> atlas\_de\_la\_demographie\_medicale\_2016. Page 59

<sup>2</sup> INSEE. Tableaux de l'économie Française (TEF).- Édition 2015, p.101

d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins dans le champ de l'autonomie).

Notre rencontre nous a permis d'abord d'échanger sur nos problématiques respectives, ensuite, d'élaborer des pistes de travail en commun, enfin de nous rapprocher et d'entamer un partenariat lien ville-hôpital. Lors de nos premiers échanges, nous observons une volonté chez les partenaires de la ville et de l'hôpital à travailler ensemble. Les principales problématiques soulevées par les acteurs de la ville et de l'hôpital étaient : le risque de rupture de soins qui engendre soit une hospitalisation inadéquate, soit une mauvaise orientation, provoquant une perte d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Mais c'est surtout sur le manque de coordination entre les acteurs et la complexité des prises en charges qu'ils ont voulu témoigner. À partir de ces éléments, nous pouvons comprendre que les enjeux sont majeurs pour les professionnels de santé. Dès à présent, tout doit être mis en œuvre pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et retarder au maximum l'entrée dans la dépendance. A travers cette étude, nous tenterons d'expliquer en quoi la coordination est indispensable, nous tenterons d'objectiver le ressenti des professionnels de santé mais également le ressenti des patients et de leur entourage à travers leurs parcours dans le système de soin. Nous avons donc choisi d'établir un diagnostic de territoire afin d'analyser et de comprendre le type de rupture de parcours, chez la personne âgée, ainsi que les types de communication. Nous définirons la fragilité chez la personne âgée et comment la repérer. Dans un premier temps, nous présenterons le contexte lié aux différentes problématiques démographiques, économiques et géographique, ce premier regard permettra de poser les jalons du diagnostic sur le bassin Ornaï, sa population, ses phénomènes démographiques et son système de soin. Effectivement, nous ne pouvons faire fi du contexte local. Ce préambule mettra en perspective la complexité de certaines prises en charge et donnera de la matière à la discussion. Dans un second temps, après la présentation de la méthode, nous présenterons les résultats de l'enquête quantitative et qualitative, à travers des questionnaires et des entretiens semi directifs. Nous avons choisi de nous rapprocher des professionnels de toutes fonctions de la ville et de l'hôpital mais également des patients, des représentants des usagers ou des familles. Cette méthode a permis à l'étude d'être enrichie d'arguments grâce aux expériences de chacun. .



Grâce à cette matière, nous identifierons les freins et les leviers qui pourront être levés ou actionnés pour améliorer le lien et la coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital. Aujourd'hui, il y a une véritable nécessité d'agir et travailler ensemble : nombreux sont ceux qui nous ont parlé « *d'un grand défi* ».

## 1. UNE RECHERCHE EMPIRIQUE

Avant de présenter notre problématique et les différents facteurs associés qui concourent aux difficultés de prise en charge de la personne âgée sur notre territoire, nous définirons trois notions conceptuelles qui seront le fil conducteur de notre étude : La fragilité, la complexité et la coordination.

En préambule, nous avons questionné les acteurs sur leur « définition » de la personne âgée fragile, la complexité d'une prise en charge globale et la coordination. L'objectif était de comprendre ce que cela évoquait pour eux.

Concernant la fragilité, chez les gestionnaires de cas, la fragilité est très bien définie dans son contexte grâce à leur formation reçue et leurs missions professionnelles puisqu'ils travaillent au quotidien sur le repérage de la fragilité grâce à des grilles notamment. Pour les professionnels de l'hôpital, la fragilité est définie comme de la précarité ou une vulnérabilité de la personne. Une kinésithérapeute nous dit « *c'est comme un emballage où est inscrit en grand et en rouge –fragile- à manier avec précaution, risque de casse, chez la personne âgée c'est tout à fait ça, il faut être prudent* ».

A propos de la complexité, les soignants la définissent comme « un sac de nœuds », « un labyrinthe », un cadre nous décrivait une situation d'un patient hospitalisé dans son service comme « *les douze travaux d'Astérix ...mais sans la potion* ». Une situation qui s'est étalée dans le temps, énergivore. Chez un patient isolé, une histoire familiale difficile, sans contact avec ses enfants, sans ressource, hospitalisé pour des troubles cognitifs et dans l'opposition de soins. « *En fait c'est une accumulation de problèmes, où les démarches ont demandé du temps, en recherche de personnes qualifiées, pour l'ensemble de ces problèmes* », « *ça a été un vrai casse-tête chinois pour l'assistante sociale avec qui j'ai travaillé pour faire avancer cette situation* »

Quant à la coordination, les soignants considèrent que dans le terme coordination, on sait « *qui fait quoi, où et comment* », et c'est tout le contraire dans le cadre d'un manque de coordination où les acteurs de santé quelle que soit leur fonction, parlent de « *nébuleuse, de flou artistique* ». Pour la plupart des acteurs, le manque de coordination rend encore plus complexe une situation, parce qu'il faut commencer

par trouver le bon interlocuteur, au bon endroit, au bon moment. Pour les professionnels, la coordination fait écho à une personne en charge de recenser, collecter les informations et les mettre en lien.

## 2. LE CADRE CONCEPTUEL DE NOTRE ETUDE

Nous avons choisi de traiter les deux concepts fragilité et complexité en les juxtaposant. Effectivement, de nombreux acteurs associent la fragilité à la complexité de la prise en charge.

### 2.1 LA FRAGILITE - LA COMPLEXITE

#### La fragilité

Le dictionnaire Larousse définit la fragilité<sup>3</sup> de ce qui est fragile, qui se brise facilement, à caractère précaire et vulnérable. La métaphore de notre kiné n'était pas très éloignée de cette définition. Le Larousse la définit également comme un manque de robustesse de quelqu'un.

Le professeur Y Rolland<sup>4</sup> définit la fragilité comme une réduction physiologique multi-systémique limitant les capacités d'adaptation au stress.

En gériatrie, la fragilité est un syndrome clinique qui se définit comme ;

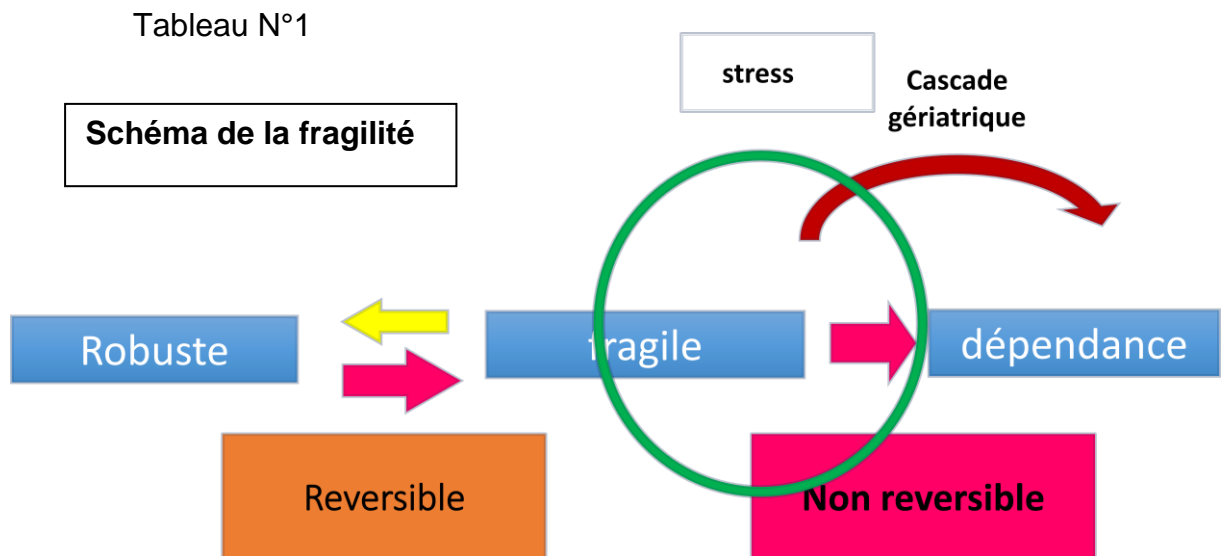
- Diminution des capacités à « faire face »
- Diminution des capacités d'adaptation et d'anticipation au stress ou au changement d'environnement
- Diminution des réserves fonctionnelles

Si l'on associe la définition du Larousse et du gériatologue, La fragilité prend une dimension beaucoup plus large parce que sont intégrées toutes les notions physiologiques, psychologique, environnementales de la personne. Une personne âgée robuste a toutes les chances de récupérer son état antérieur (réversible) si tous les rouages du système de soins sont actionnés, compétents et réactifs. Pour

---

<sup>4</sup>[http://medecine.ups-tlse.fr/du\\_diu/2016/2/ONCO\\_GERIATRIE\\_Octobre\\_2013.pdf](http://medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2016/2/ONCO_GERIATRIE_Octobre_2013.pdf)

une personne déjà fragilisée, elle a un risque majeur de devenir dépendante. C'est ce qu'on appelle la cascade gériatrique, c'est-à-dire une association de phénomènes qui concourent à une perte d'autonomie sur les gestes de la vie quotidienne qui seront irréversibles et en majorité occasionnés par notre système de soins.



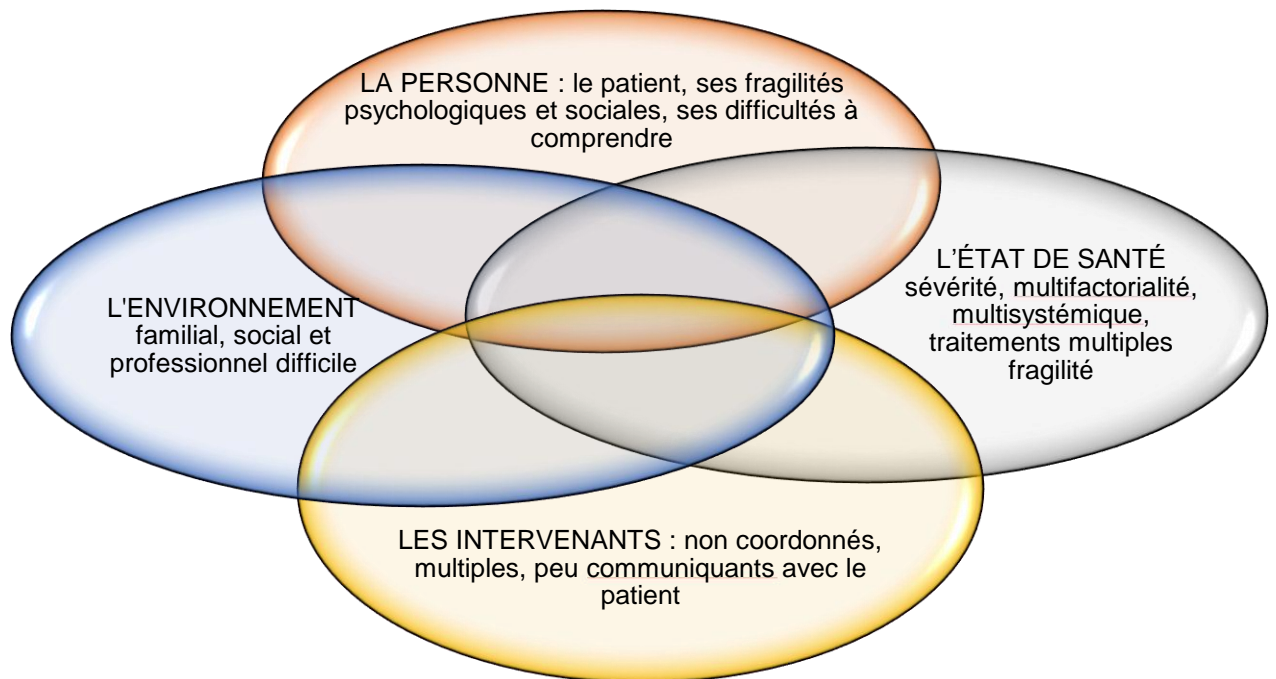
### La complexité

Le dictionnaire Larousse définit la complexité<sup>5</sup> comme quelque chose qui se compose d'éléments différents, combinés d'une manière qui n'est pas immédiatement saisissable. Selon la DGOS<sup>6</sup>, les situations complexes sont « des situations appelant une diversité d'intervenants...il s'agit essentiellement de patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou de problèmes de dépendance surajoutés ».

<sup>5</sup> Dictionnaire le petit Larousse 2003, page 241

<sup>6</sup> DGOS, Guide méthodologique « améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé »

Tableau N°2



Lorsqu'on associe les deux concepts, nous observons que, plus nous nous rapprochons du centre du schéma, plus la situation est complexe, en lien avec de nombreux facteurs qui s'entrechoquent entre eux. Ces situations demanderont un nombre d'acteurs et d'actions appropriés pour chacune des causes, donc une véritable coordination.

### **Fragilité, complexité et maladie chronique**

Selon, L'OMS<sup>7</sup> Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. La maladie chronique est une maladie dont on est porteur toute sa vie, Selon la note méthodologique et de synthèse documentaire HAS de

<sup>7</sup> [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/fr/)

mars 2015, La poly-pathologie chez les personnes âgées est source d'une grande complexité<sup>8</sup>

La poly pathologie est plus complexe chez les personnes âgées que chez les jeunes pour plusieurs raisons :

- inhérentes à la personne âgée : diminution de la réserve fonctionnelle d'organe et risque de décompensation en rapport avec l'avancée en âge, la maladie, et des facteurs intercurrents (cf. schéma 1+2+3 de JP Bouchon)<sup>9</sup>, avec un risque de décompensations organiques et fonctionnelles en cascade.

- inhérentes à la prise en charge de la personne âgée. Le soin à la personne âgée ne se limite pas à la gestion de problèmes somatiques ; la prise en compte dans une approche globale des domaines fonctionnels, psychologiques et sociaux qui sont intriqués et interdépendants est nécessaire. La poly-pathologie doit être considérée dans le contexte de la personne. La prise en charge d'une poly-pathologie ne se résume pas à l'addition de mono pathologies. La présentation clinique des pathologies est différente. Le nombre de maladies concomitantes est plus élevé. La poly médication, souvent nécessaire, est plus importante, le risque iatrogène aussi.

Ce qui complexifie la prise en charge chez la personne âgée, c'est le nombre d'intervenants qui est plus élevé, avec un risque de fragmentation des soins, et la nécessité d'assurer la continuité des soins et leur coordination. Dans notre bassin, certains spécialistes exercent dans notre périmètre, mais pour d'autres, les patients doivent se rendre au MANS (50 kms) ou à CAEN (100 kms). Tout dépend également avec quel spécialiste les médecins traitants ont l'habitude de travailler.

---

<sup>8</sup>[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note\\_methodologique\\_polyopathie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf)

<sup>9</sup><http://free.geriatrics.overblog.com/2015/11/bouchon-un-concept-simple-et-genial.html> annexe 1

## 2.2 LA COORDINATION

La coordination est définie dans le Larousse<sup>10</sup> comme une action de coordonner, une harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité. Coordonner, c'est agencer des éléments en vue d'obtenir un ensemble cohérent, un résultat déterminé. « *Coordonner des mouvements, des efforts* ». Dans sa note de synthèse 2014, les auteurs dénombrent plus d'une quarantaine de définition. À partir de l'ensemble des définitions, ils ont pu convenir d'une définition commune ; « *L'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins.* »<sup>11</sup>. Dans son document, synthèse et outils<sup>12</sup> : pratique de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap, l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Service Sociaux et médico-sociaux), définit « la coordination a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements, notamment entre les trois secteurs d'activité sanitaire, social et médico-social. L'Article L 312-7<sup>13</sup> du code de l'action sociale et des familles définit également la coordination comme la finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prise en charge et des accompagnements. A travers ces multiples définitions, les notions comme la pluridisciplinarité, la continuité, l'échange, la mobilisation des acteurs, les ressources sont évoquées et se recentrent autour du patient. Des dispositifs de coordination ont commencé à se mettre en place :

- la circulaire<sup>14</sup>224-du-18-mai-2001, avec les CLIC (Centre Locaux d'information et de coordination. C'est un lieu d'accueil, d'information et d'accompagnement dans les démarches administratives pour les

---

<sup>10</sup> Dictionnaire le petit Larousse 2003, page 260

<sup>11</sup>[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_appui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf)

<sup>12</sup>[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination\\_synthese\\_et\\_outils.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination_synthese_et_outils.pdf)

<sup>13</sup><https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTIO00006797417&dateTexte=&categorieLien=cid>

<sup>14</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-23/a0231488.htm>

personnes âgées. Ils assurent également un volet de coordination et incitent les professionnels autour de la personne âgée en difficulté à travailler ensemble.

- Les MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie créée en 2008 issues plan Alzheimer 2008-2012. La coordination des interventions auprès de personnes âgées en perte d'autonomie favorise le maintien à domicile aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.
- Le PRADO (Programme de Retour à Domicile) Ce service a été initié par l'Assurance Maladie en 2010, l'objectif étant d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et de fluidifier le parcours hôpital-ville.

Sous les différents aspects réglementaires, structurels, politiques et humains, nous pouvons observer une volonté forte d'améliorer le parcours et l'accompagnement de la personne âgée. Ces initiatives demandent une forte coopération et un engagement des acteurs. Le travail doit être collectif pour une situation complexe et à chaque fois singulière.

Pour conclure ce chapitre conceptuel, et à partir de tous ces éléments, nous pouvons traduire la coordination dans la prise en charge des personnes âgées, de la situation la plus simple à la situation la plus complexe, avec le schéma de la pyramide de Kaiser<sup>15</sup>, en intégrant le schéma de la fragilité.

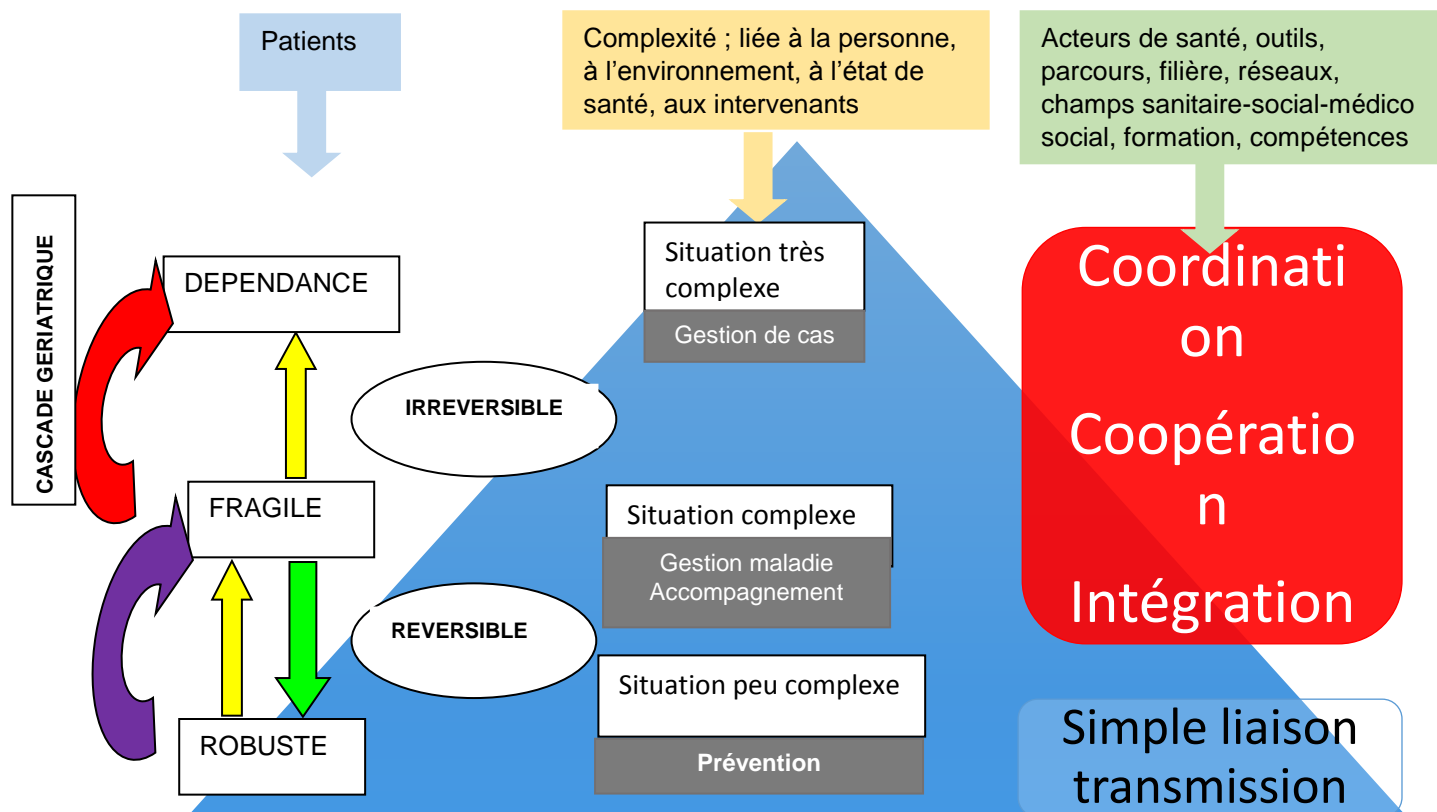
---

<sup>15</sup> Cours coordination des trajectoires de santé, Master 2. novembre 2017



Tableau N°3

## Pyramide de Kaiser /concept de la fragilité



### 3. PROBLEMATIQUE

En introduction, nous avons évoqué la transformation du paysage hospitalier. Plusieurs évènements concomitants peuvent expliquer la difficulté de prendre en charge la personne âgée, comme le vieillissement de la population, l'accroissement du nombre de passage aux urgences ou encore la démographie médicale. Tous ces évènements complexifient notre système de soins, chacun y va de son réseau. Certains professionnels parlent de « méandres du système » qu'il faut défier pour aboutir dans ses démarches et déplorent le manque de coordination entre la ville et l'hôpital. La prise en charge devient alors complexe lorsqu'il y a une accumulation de facteurs à prendre en compte comme les poly pathologies, la ou les maladies chroniques, et les ressources de la personne, sociales, économiques ou psychologiques.

Nous avons choisi de mener cette recherche parce que confrontée dans notre exercice professionnel à de nombreux dysfonctionnements dans la prise en charge

de sujet âgé, dans notre institution et sur notre territoire. Nous voulons comprendre où sont les points critiques et pourquoi une accumulation de problème génère une crise. Peut-on les anticiper ? Comment ? Peut-on gagner du temps ?

En fin de chapitre, nous serons dans la mesure de poser notre question de recherche.

### 3.1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le vieillissement est l'ensemble des phénomènes physiologiques inévitables et irréversibles qui accompagnent l'avancée en âge.

Dans l'Orne, plusieurs facteurs mettent en exergue un vieillissement de la population plus accentué que dans les autres départements Normands ou métropolitains. Dans leurs recherches, Laurent Brunet et Nabil Monchit décrivent les scénarios et les tendances à l'horizon 2050<sup>16</sup>.

1. Faible croissance de la population. En effet, La population de l'Orne croîtrait de 0.1% par an à l'horizon 2050. Alors que tous les autres départements Normands connaîtraient une croissance beaucoup plus favorable, se rapprochant des tendances du territoire français. Seul, l'Orne verrait sa population décroître à l'instar de treize autres départements français, principalement dans les régions du Grand Est et Centre.
2. L'arrivée des baby-boomers combinée avec l'allongement de l'espérance de vie qui s'établirait de 85.4 ans pour les hommes et 89.1 ans pour les femmes soit un gain respectif de 8 et 6 ans par rapport à aujourd'hui.
3. Enfin, la baisse de la natalité serait un facteur du vieillissement de la population principalement dans l'Orne et la Manche, soit une baisse de natalité qui fléchirait de - 17%)

Le nombre des personnes âgées de + de 85 ans représenterait plus de 7 % de la population contre 3 % en 2013.

---

<sup>16</sup> Insee-Analyse-Normandie-juin 2017.pdf, N°33

## 3.2 CONTEXTE HOSPITALIER

### 3.2.1 Les restructurations hospitalières

Le CHIC (Centre Hospitalier Inter Communal Alençon-Mamers), en grande difficulté financière n'a pas échappé aux restructurations. Il a subi d'importantes transformations, fermetures de lits, transformations de spécialités, déménagements et regroupements de spécialités, suppressions de postes, optimisation de la gestion des ressources humaines avec la suppression de RTT (Récupération de Temps de Travail), ou de la demi-heure de repas. Un travail de réflexion sur la diminution de la DMS (Durée Moyenne de Séjour) et l'optimisation de l'IP-DMS (Indice de Performance de la DMS) est mené avec un suivi du DIM et de la DAF (Direction des Affaires Financières) dans chaque pôle. Les réorganisations, les suppressions de lits et les déménagements ont eu une incidence sur le parcours patient des personnes âgées. En effet, la recherche de la diminution de la DMS est peu compatible avec la gestion du devenir ou la gestion de certaines situations complexes. À cela se rajoute le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter et des demandes d'hospitalisation croissantes alors que la dimension capacitaire du CHIC a été réduite.

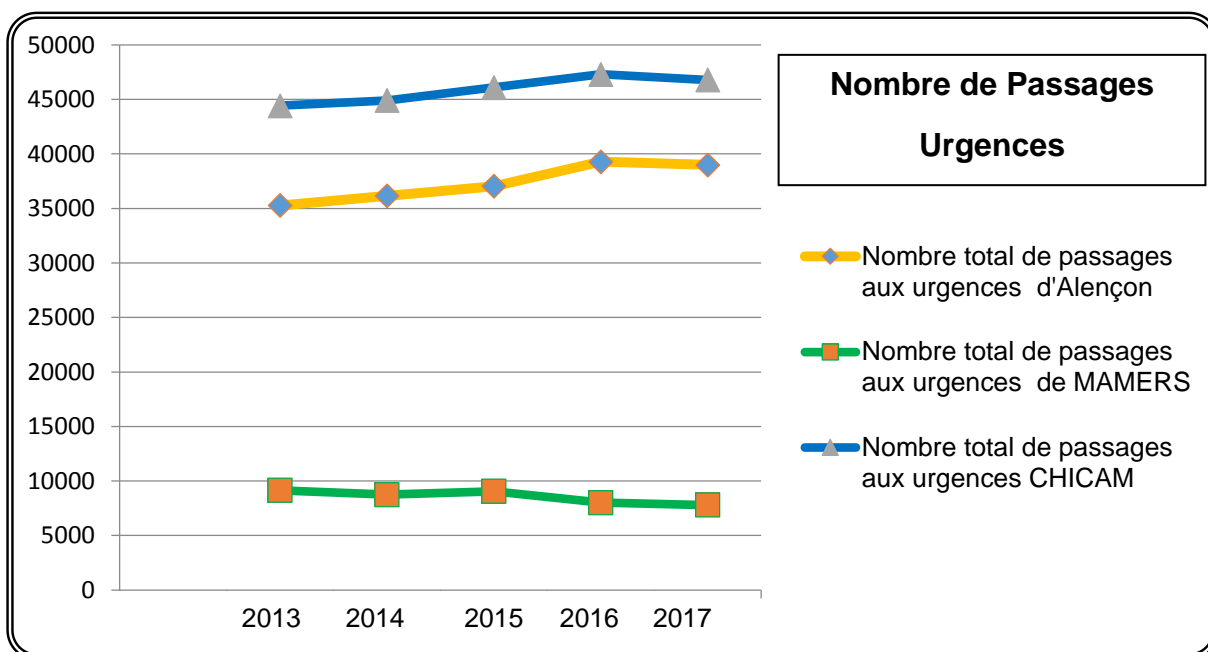
### 3.2.2 Le nombre de passages aux urgences

Nous pouvons constater une augmentation constante des passages aux urgences. Le service des urgences du site d'Alençon est passé de 35277 à 38993 passages en cinq ans soit un différentiel de 3716 passages supplémentaires soit 9.52 % sur 5 ans.

Si l'on compare les données du rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales<sup>17</sup> ; en 2014, le nombre de passages aux urgences progressait de 4% sur une année. A Alençon, la même année, la progression était de 2.4 % sur un an. Et en 2016 il atteignait 5.7 %, Alençon rejoignait la moyenne nationale.

<sup>17</sup> [http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html)

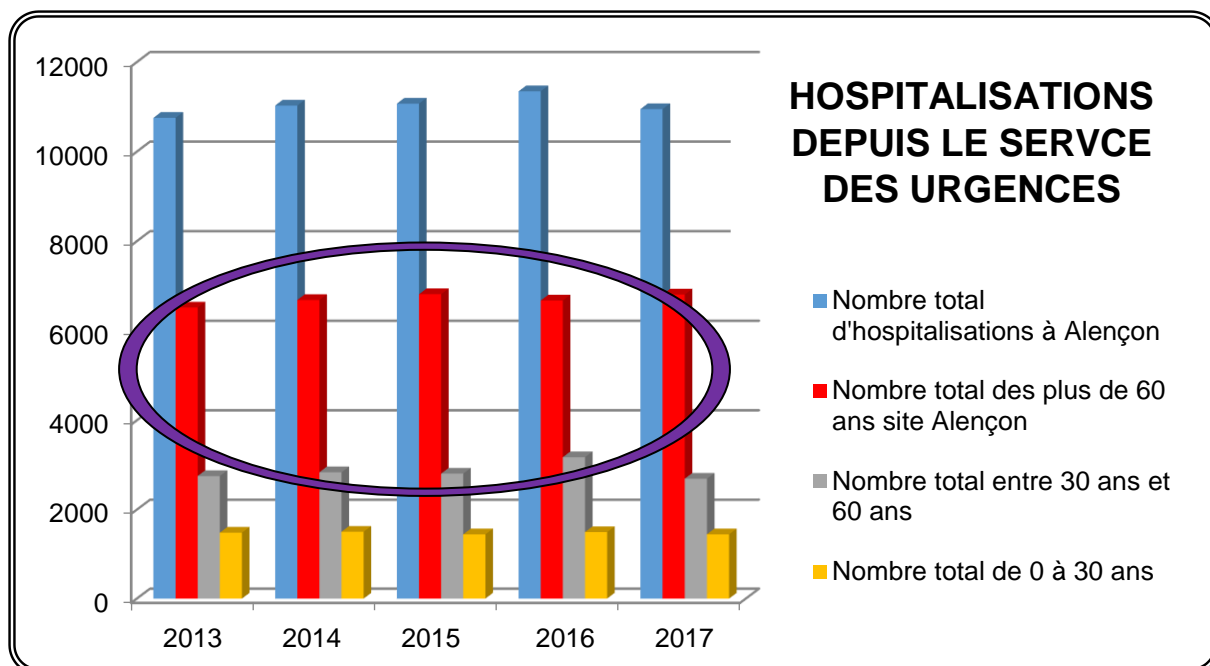
Tableau N°4



### 3.2.3 La personne âgée aux urgences

Si nous recentrons notre recherche sur le nombre d'hospitalisation suite à un passage aux urgences par tranche d'âge, nous remarquons que la tranche d'âge des + de 60 ans est plus importante pour atteindre 62 % des hospitalisations. Il n'existe pas de filière spécifique sur le parcours des personnes âgées. Nous retrouvons des dysfonctionnements déclarés en évènements indésirables sur des hospitalisations non adaptées, mal aiguillées ou non pertinentes. Ainsi, par exemple, dans le cadre de la procédure de gestion des lits du CHIC, des hébergements en chirurgie faute de place en médecine sont possibles et utilisés régulièrement face aux tensions en termes de disponibilité de lits. Mais ces hébergements constituent une étape supplémentaire, une perte de temps et probablement une perte de chance pour le patient. Nous aborderons plus précisément ce point dans le chapitre des signalements des évènements indésirables déclarés. Une procédure de gestion des lits est établie mais elle n'est pas forcément bien respectée ni connue de tous.

Tableau N°5



Concernant le nombre de réadmissions, nous n'avons pas de données précises. Effectivement, le service du DIM a recensé un nombre de réadmissions en hospitalisation complète pour les années 2015, 2016 et 2017 mais sont inclus tous les patients (pas de possibilité de tri en fonction de l'âge).

- Année 2015 : **6 333 séjours** ;
- Année 2016 : **5 931 séjours** ;
- Année 2017 : **6 379 séjours**.

Donc, nous ne pourrons pas exploiter ces données.

### 3.2.4 La démographie médicale

#### Les médecins généralistes

Dans l'Atlas de la démographie médicale en France<sup>18</sup>, au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la densité médicale métropolitaine était de 284.4 médecins pour 100000 habitants. En région Basse Normandie et Haute Normandie elle est de 253. C'est en région Centre que la densité est la plus faible (juste avant la région Normandie) avec une densité médicale qui atteint 232,7 médecins pour 100000 habitants. Si nous observons la démographie médicale à l'échelle des départements, nous remarquons que l'Orne est un département plus sinistré. La Basse-Normandie compte 5468 médecins, répartis comme suit ; Calvados 2222, Manche 1131, et l'Orne 618 médecins. Sur la

<sup>18</sup> atlas\_de\_la\_demographie\_medicale\_2016. Page 59

période 2007/2016, seul le département du Calvados enregistre une hausse des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière (+7,3%<sup>19</sup>).

Sur la même période, le département de l'Orne comptabilise la plus forte baisse des effectifs, à Alençon, nous comptons 6.8 médecins généralistes pour 10 000 habitants, ce qui rapporté à 100000 habitant, représente 68 médecins généralistes, en baisse de 16.4% entre 2007et 2016.<sup>20</sup>

### **Les spécialistes**

Selon les données de l'Atlas de la démographie médicale en France-janvier 2016, dans l'Orne, la densité médicale par spécialiste est la plus faible, nos partenaires privilégiés en terme de spécificités médicales sont principalement les établissements des villes de CAEN et le MANS. Quelques spécialités manquent de spécialistes. Le service de pneumologie a connu une période très critique qui s'est prolongée plus d'une année suite à un départ à la retraite du chef de service et deux autres départs qui ont suivi. Le nombre de lits a été réduit de moitié, et la couverture médicale a été compensée exclusivement avec des médecins intérimaires qui changeaient très régulièrement. Les patients en consultations rencontraient des médecins différents à chaque visite. Le CHIC manque également de neurologues, de néphrologue, de médecins généralistes en médecine polyvalente. Le service des urgences a connu le même problème. La couverture médicale est essentiellement pourvue avec de l'intérim. Le personnel doit s'adapter à chaque changement, expliquer les fonctionnements et les habitudes de services.

Aujourd'hui, les acteurs de la ville ne reconnaissent plus ce nouveau paysage, quelle spécialité a déménagée, quel praticien est parti, ou arrivé, le nombre de lit d'accueil...

### **3.3 PHOTOGRAPHIE DU TERRITOIRE**

L'Orne est un département situé en Normandie. La grande Normandie est une région scindée en deux, entre la Haute et la Basse Normandie.

---

<sup>19</sup> Atlas de la démographie médicale en France- conseil national de l'ordre des médecins situation en janvier 2016-page 13

<sup>20</sup> Projet Médico-Soignant Partagé GHT « Orne Perche Saosnois »Page 68

En résulte 5 départements Normands qui sont ainsi rattachés à deux régions administratives françaises. On trouve les départements de l'Eure (27) et de la Seine-Maritime (76) dans la région Haute-Normandie et les départements de l'Orne (61), de la Manche (50) et de Calvados (14) en région Basse-Normandie. Recentrons nous sur le département de l'Orne, il compte 21 cantons et 412 communes « *Le département s'étend sur 6103.4 Km<sup>2</sup> et compte 301421 habitants depuis le dernier recensement de la population. La densité de population est de 49.4 habitants par Km<sup>2</sup> sur le département* »<sup>21</sup>. La première catégorie sociale est celle des retraités qui représente 40,3 % de la population. Nous avons choisi de représenter les limites de territoire de santé sur la carte de l'intercommunalité dans l'Orne (au Janvier 2017). Quelques particularités singularisent notre département puisqu'il est sectorisé sous plusieurs angles :

1. La ville d'Alençon se trouve au centre et au sud du département de l'Orne, à la limite de deux autres départements, la Sarthe et la Mayenne (région Pays de Loire).
2. La Normandie compte 11 GHT, l'Orne est scindé sur 4 GHT, Nord, Sud, Est et Ouest.
3. Le CHIC Alençon Mamers est un établissement Inter Communal étendu sur deux départements, l'Orne pour Alençon reliés à l'ARS de Normandie et la Sarthe pour Mamers relié à l'ARS des Pays de Loire.
4. Le département de l'Orne dénombre trois MAIA : MAIA Centre orne, MAIA du bocage, et MAIA Orne Est. Les MAIA Centre Orne et Orne Est ont un découpage avec deux GHT.
5. Le CHIC Alençon-Mamers travaille avec deux MAIA, la MAIA Centre Orne et la MAIA Nord Sarthe –Perche sarthois.

Le graphique ci-dessous nous montre toutes les limites de territoires avec lesquelles les acteurs doivent composer. Nous verrons dans notre analyse que les secteurs sont parfois un frein, pour l'acceptation d'un patient, dans une structure par exemple. Nous pouvons d'ores et déjà comprendre la difficulté pour les acteurs ou le patient de trouver le bon interlocuteur. Chacun doit s'adapter aux habitudes de chaque

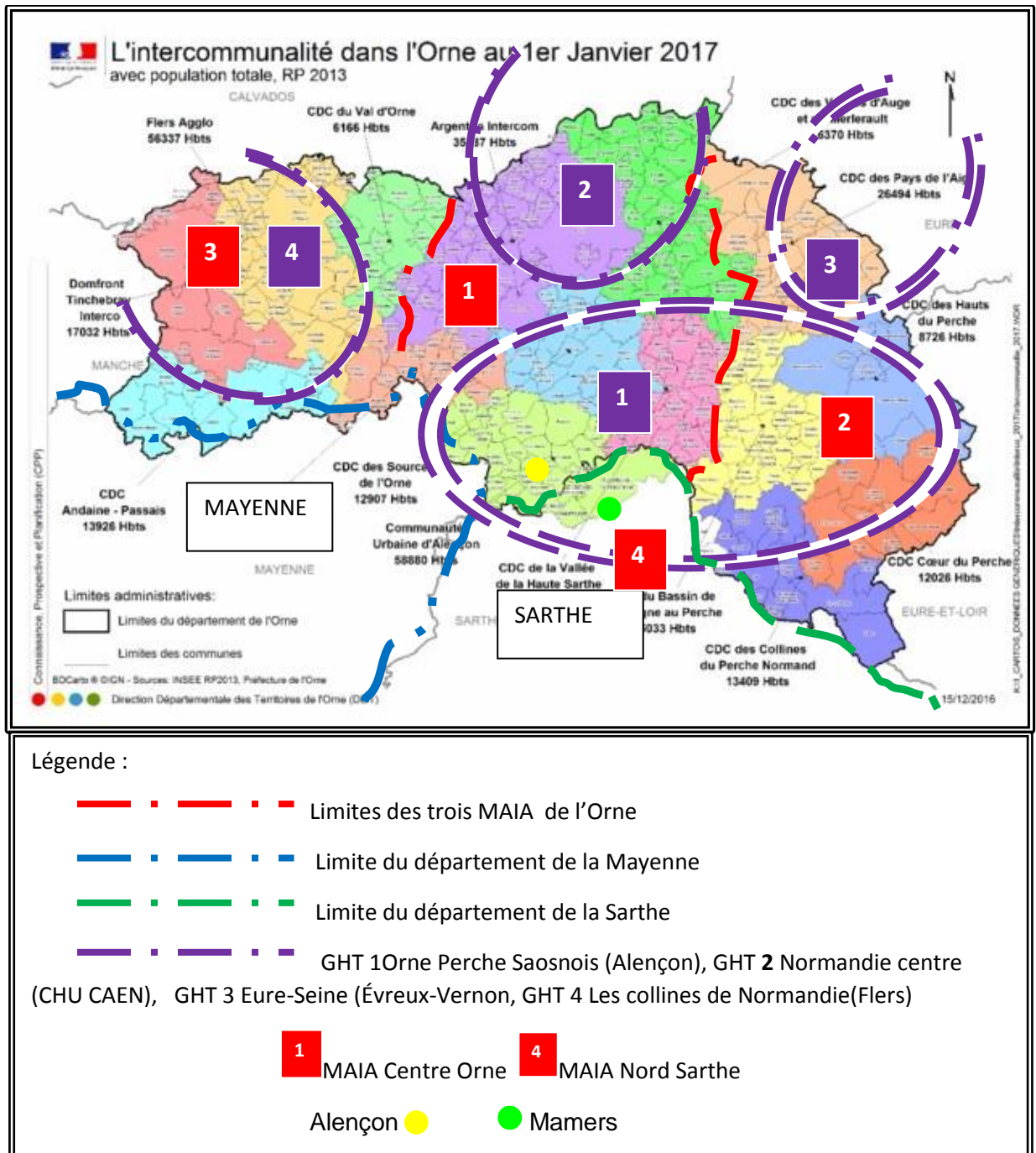
---

<sup>21</sup> <https://www.annuaire-mairie.fr/departement-orne.html>

territoire, fonctionnement, outil, organisation. La non superposition de ces sectorisations constitue en soi un axe de complexité, donc un frein possible.

Tableau N°6

### La sectorisation





Nous avons concentré notre recherche sur le bassin Ornaïs et plus précisément dans le territoire de la MAIA Centre Orne, et le GHT Orne Perche Saosnois, dans l'objectif que les acteurs se reconnaissent dans le diagnostic.

En conclusion de ce chapitre, nous observons que les différents points du contexte apportent un éclairage sur la difficulté de certaines prises en charge. Nous pouvons observer que la démographie médicale, le manque de spécialiste, le vieillissement de la population, les limites de territoire sont autant d'éléments pouvant être des causes de ruptures dans le parcours de soins. Notre système de soin local est-il organisé pour prendre en charge les personnes âgées, est-il le principal vecteur de l'apparition d'une fragilité ou d'une dépendance au cours d'une hospitalisation ou dans le parcours de soins ?

A partir de notre problématique, nous pouvons poser la question suivante ;

**A partir d'une exploration des principales difficultés rencontrées par les professionnels et les patients dans le parcours de soins, quels sont les leviers pouvant être identifiés ?**

Les objectifs fixés sont en lien avec la problématique et le cadre conceptuel qui ont jusqu'à présent alimenté notre réflexion =

1. Identifier précisément les risques de ruptures de parcours chez la personne âgée
2. Apporter des éléments de réponses qui émergeront de l'enquête

## 4 METHODE

### 3.1 ETUDE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

La démarche de recherche est un moyen d'appréhender des outils, de mettre en perspective les ressentis, les connaissances, les expériences de la population interrogée et de trouver ce qui fait écho aux nôtres, ce qui fait sens pour nous. Puis, sur le terrain, nous confrontons nos idées préconçues, aux ressentis des différents professionnels, patients et famille rencontrés, ce qui nous a permis d'être le plus précis possible dans l'élaboration de notre diagnostic de territoire.

Nous avons choisi d'établir notre diagnostic sur deux études : qualitatives et quantitatives.

La méthode qualitative a été utilisée dans une optique d'exploration afin de recueillir des informations précises sur les ruptures de soins à travers une prise en charge. Comment les professionnels et les patients ou famille ont procédé pour pallier à ces ruptures et quels seraient leurs besoins. La méthode quantitative, quant à elle, a été utilisée pour mesurer et quantifier précisément les types de ruptures et les besoins. Elles ont été menées en parallèle, car il nous semblait que les deux études étaient complémentaires et riches d'informations. Nous compléterons les données avec les fiches d'événement indésirables établies par les professionnels de santé sur l'année 2017, sur le CHICAM, transmises au service qualité de l'établissement.

### **Le choix du terrain**

Il nous paraît naturel d'effectuer notre recherche sur le territoire concerné par le diagnostic. L'enquête se limitera dans le GHT OPS et sur le secteur de la MAIA Centre Orne. Nous avons un médecin hors « limites », parce que d'une part, il travaille beaucoup avec le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), la MAIA et le CHICAM, et d'autre part, il a accepté un entretien

### **Le choix de la population**

Pour les deux enquêtes, qualitative et quantitative, nous avons souhaité interroger une population professionnelle la plus variée possible. Effectivement, le diagnostic se doit d'être le plus exhaustif possible et l'ensemble des acteurs, quel que soit son champ d'action doit se reconnaître à travers cette enquête.

Nous avons également choisi de demander l'avis de patients ou familles ainsi qu'une représentante des usagers. Ainsi, nous avons pu rencontrer, deux patients, une famille (fille), une représentante des usagers. Une troisième patiente a décliné le RDV.

## 3.2 LES OUTILS DE RECHERCHE

Nous avons opté pour trois outils de recherche, le questionnaire, l'entretien semi directif et les signalements d'évènements indésirables déclarés par l'ensemble des professionnels du CHICAM.

### 4.2.1 Le questionnaire<sup>22</sup>

Nous avons choisi de mener une enquête contextualisée en élaborant un questionnaire. Nous voulions cibler le plus grand nombre de professionnels, de la ville et de l'hôpital, mais également tous types de professionnels œuvrant dans les trois champs ; social, médico-social et médical. Nous avons souhaité nous rapprocher de tout personnel qui prend en charge des personnes âgées en institution ou au domicile. Trois champs de réponses étaient obligatoires ; la profession, le lieu de travail (Ville-Hôpital- ou les deux) et la structure de travail.

Le questionnaire est présenté sur trois axes :

- Un premier aborde les difficultés rencontrées dans la gestion du parcours des personnes âgées en invitant le professionnel à citer 4 ruptures de soins selon eux.
- Un deuxième centré sur les acteurs, les outils, et la coordination.
- Et le dernier met l'accent sur les leviers, les axes d'amélioration et les besoins des acteurs.

Le questionnaire a été construit avec des questions fermées et des questions ouvertes. La question fermée nous a apporté les données chiffrées, et a permis de cadrer le sujet. Les questions ouvertes nous ont permis de « récolter » de la matière, et de personnaliser les réponses de nos enquêtés.

#### **Le choix du modèle de questionnaire**

Le choix s'est porté sur le type de questionnaire ; auto administration « web interviewing », avec Google Form

---

<sup>22</sup> Annexe N° 2

Avant d'envoyer les questionnaires aux professionnels, nous avons procédé à des tests avec le concours de deux cadres de santé et du directeur informatique du CHICAM. Cette phase a permis :

- D'évaluer le temps de réponse
- De vérifier l'enchaînement des questions, la redondance et la compréhension

Et d'un point de vue technique,

- De vérifier la réception des questionnaires par mail pour les interviewés mais également la bonne réception automatique sur notre boîte mail.

Ce modèle auto administration « web interviewing » nous a permis :

- De vérifier le nombre de réponse en temps réel
- De faire une relance rapide à 10 jours de la date butoir (nombreux fériés et pont du mois de mai)
- De corriger un dysfonctionnement. En effet, certains répondants ne parvenaient pas à ouvrir le questionnaire (protection des services informatiques des structures). Nous avons donc pu procéder à un envoi via notre mail professionnel et inclure le questionnaire en lien.

Le questionnaire a été présenté avec une introduction, dans laquelle, nous nous sommes présentées. Ensuite, ont été posés le contexte de la démarche et enfin les remerciements pour les enquêtés. Avant l'envoi, le questionnaire a été discuté et validé avec notre directeur de mémoire et tuteur de stage.

### **Le nombre de questionnaire**

Nous avons établi une liste de mails, en ciblant tous les types de professionnels. Pour le CHICAM, nous connaissions les acteurs, il nous était donc aisé de le transmettre. Pour la Ville, nous avons eu l'aimable contribution de la directrice de l'HAD et de l'assistante du CLIC et de la MAIA Centre Orne, qui ont relayé le questionnaire à leur groupe de professionnels respectifs.

120 questionnaires ont pu être distribués via les boîtes mails.

## **Envoi et réception du questionnaire**

Le questionnaire a été lancé le 23 avril 2018 pour une date de fin fixée le 25 mai 2018, nous avons effectué une relance le 15 mai.

### **4.2.2 L'entretien semi-directif**

#### **Choix de l'entretien**

Nous avons choisi la méthode d'entretien de type semi directif. Nous avons cherché à dégager des thèmes et des points d'accroche sur l'objet. L'entretien présente plusieurs avantages. Il permet d'abord l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés, leurs systèmes de valeurs et leurs interprétations. Il permet ensuite l'analyse d'un problème précis : ses données, ses enjeux et ses limites. L'entretien auprès de patient, de la famille et du représentant des usagers apporte différents points de vue et l'analyse du « consommateur de soins » permet de s'interroger sur nos pratiques.

Afin de rester concentrée dans le thème, nous avons élaboré un guide d'entretien<sup>23</sup>, ci-dessous. Pour de nombreux entretiens, il nous fallait éviter des « débordements ». Effectivement, nous avons rencontré des professionnels tellement enjoués de transmettre leur quotidien et leur fibre professionnelle que nous pouvions passer aisément d'un cas à un autre. Pour les patients et famille, l'entretien semi directif a été d'une grande aide et a eu même objectif que pour les professionnels, même si, nous devons le reconnaître, il était plus difficile de recentrer le sujet.

#### **Méthode de l'entretien**

Nous avons interviewé douze personnes sur quatorze prévues, des professionnels différents, de la ville et de l'hôpital, des patients, une représentante des usagers et une famille.

Les patients et quelques professionnels (mandataires, IDE libérale) nous ont été présentés par le biais d'une gestionnaire de cas, ou d'une coordinatrice HAD. Les entretiens se sont déroulés à domicile, sur notre lieu de travail, ou sur les lieux de travail respectifs de chaque professionnel. Pour la famille (fille), elle s'est proposée spontanément lorsqu'elle a su que nous traitons ce type de sujet et a souhaité faire

---

<sup>23</sup> Annexe N° 3

le récit des ruptures de parcours soins de sa maman, « *j'en ai des choses à dire* » nous a-t-elle dit.

Nous avons pris rendez-vous avec chaque personne par téléphone. Une patiente a refusé l'enregistrement mais a accepté la prise de note. Afin d'éviter les dispersions au moment de la prise de rendez-vous, nous avons demandé aux personnes interviewées :

- de se souvenir d'un parcours de soins qui leur a posé problème,
- de nous en faire le récit,
- de nous expliquer les difficultés auxquelles elles ont été confrontées, et quelles stratégies elles ont trouvées pour les résoudre.
- de nous apporter leurs idées pour améliorer le lien ville-hôpital, et de nous faire part de leurs besoins.

Les interviewés professionnels étaient donc prêts au moment du rendez-vous, et avaient choisi une situation « *parmi tant d'autres* » nous précisait ils le plus souvent. Pour les patients, et famille, c'est leur expérience et leur vécu qu'il nous intéressait d'explorer.

Cette méthode d'entretien semi directif, nous a permis de relier les réponses à celles des questionnaires, mais surtout, d'y apporter de la singularité et de la matière sur le vécu tout au long du parcours.

Les entretiens ont duré en moyenne trente minutes. Après les entretiens, nous avons procédé à la retranscription.<sup>24</sup>

#### **4.2.3 Les signalements d'évènements indésirables « parcours de soins »**

Nous avons choisi d'inclure dans notre étude les signalements d'évènements indésirables en lien avec le parcours de soins. En effet, la déclaration fait partie de la démarche qualité d'un établissement et contribue à la résolution de problèmes. La complexité des organisations, la spécialisation et la pluridisciplinarité dans le milieu de la santé demandent aux établissements de soins de travailler sur l'évaluation de risques. L'approche par processus répond à ces problématiques. Ainsi pour l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, « *Le repérage des*

---

<sup>24</sup> Annexe N°4 retranscription entretien

*problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement, est un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et dysfonctionnements »*<sup>25</sup>Au CHICAM, la démarche qualité est bien développée, les événements graves ou à risques font l'objet d'une étude approfondie des causes (REX ; retour d'expérience) en équipe pluridisciplinaire et accompagnée par le service QGR (qualité gestion des risques).

Pour recueillir les événements indésirables liés au parcours de soins, nous avons repris une fiche type de déclaration de l'établissement et nous avons choisi les catégories qui nous semblaient les plus appropriées à notre sujet. Par catégorie, nous avons déterminé des thèmes. Cette phase s'est faite avec l'aide du service qualité et sécurité des soins du CHICAM.

Catégorie	Thème retenue
Accueil/Communication	Accueil inadapté Défaut d'orientation
Information	Défaut d'information, traçabilité
Transport	Ambulance
Sortie	Sortie à l'insu du personnel Sortie retardée
Sécurité	Chute
Soins	Erreur de diagnostic Examen annulé ou retardé Escarre
Informatique	Problème pro logiciel
Circuit du médicament	Erreur d'administration Traitement omis ou retardé

Ce recueil nous permettra d'établir des liens avec les réponses des questionnaires et les entretiens sur les problématiques rencontrées et les besoins des professionnels de santé.

<sup>25</sup>[https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche\\_qualite\\_2006\\_10\\_06\\_10\\_16\\_43\\_41.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf)

### 3.3 LE RECUEIL DE DONNEES

#### L'exploitation des données

##### Pour les questionnaires

Nous avons obtenu 65 réponses, soit plus de la moitié, et un très bon échantillonnage de professionnel sur les trois champs d'exercice. Nous avons obtenu une foison de données. Grâce au modèle de questionnaire web, les réponses ont été :

- soit générées directement en graphique pour les questions fermées
- soit classées dans un tableau pour les questions ouvertes.

##### Pour les entretiens

Nous n'avons donné aucune consigne aux interviewés sur le type de récit. Nous prenions donc un risque de nous retrouver avec le même type de parcours. Mais il nous semblait indispensable de laisser libre choix d'un récit, d'une part, par respect et d'autre part, pour donner à notre recherche une zone de pure découverte de vécu, de ressentis et de singularité.

Le hasard nous a donné une entière satisfaction puisque nous avons pu extraire de ces entretiens une richesse en parcours. Dans le tableau ci-dessous, nous avons classé tous les types de rupture rencontrés de chaque personne interviewée.

<b>Tableau N° 7</b>	Ruptures évoquées au cours des entretiens
Personnes interrogées	
Patient n°1	Financière : attente d'examens ou d'intervention, pas de possibilité d'avancer les frais ou de payer les dépassements d'honoraires. Différentes informations et implication en fonction des personnes.
Patient n°2	Veuvage, parcours addictologie et sa force pour « s'en sortir » et devenir « expert » pour les autres patients
Patient n°3	Entretien annulé : accompagnement conjoint en soins palliatifs
Famille	Fille d'une patiente atteinte d'une sclérose en plaque très dépendante, qui « ne rentrait pas dans les bonnes cases du système », confrontée à des jugements et de décision de droit de vie ou de mort chez une patiente qui voulait vivre
gériatre	Refus conjointe d'un retour à domicile de son mari et non remplacement d'un géronto psychiatre



Urgentiste	Pas de réponse
Généraliste 1	Histoire d'une épouse, aidante de son conjoint très dépendant, qui « ne rentre pas dans les bonnes cases du système ». Refus des aides d'une autre structure car implique des changements de personnes, une perte des repères et habitudes et une perte de la complicité qui étaient instaurés.
Généraliste 2	Départ d'un confrère au cabinet, de traduisant par l'absence de suivi d'un patient, découverte de troubles cognitifs et « rattrapage » d'une errance diagnostic,
Représentante usager	Histoire d'une patiente qui a perdu son autonomie suite à une intervention chirurgicale. Administrativement, une mauvaise gestion de son dossier (perte de droit financièrement)
Cadre de santé	Institutionnalisation d'un patient qui la refusait
Assistante sociale	Perte d'autonomie chez un patient chuteur et complexité PEC
Gestionnaire MAIA	Complexité d'une prise en charge due à des défauts d'informations importantes hôpital-ville.
Mandataire	Rupture de soins due à une collaboration impossible avec MT
Ide libérale	Refus de soins du patient, difficulté de prise en charge suite au décès de l'épouse.

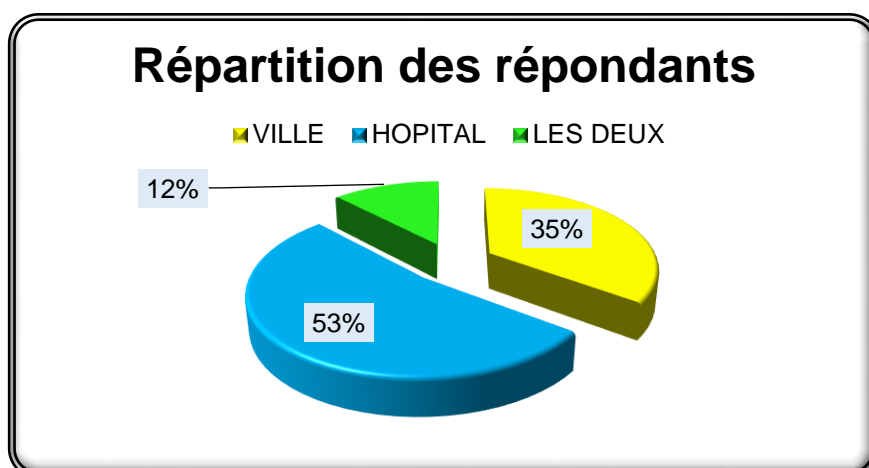
Nous remarquons la singularité des situations, chaque cas est unique. L'entretien en face à face a eu un grand intérêt pour nous emmener plus loin dans les détails d'une situation. Les patients, les aidants, ou les professionnels se souviennent parfaitement de leur expérience et de leur parcours.

## 4. RESULTATS

### 4.1 REPARTITION DES REpondANTS

Nous avons reçu 65 questionnaires. Dans le graphique ci-dessous, nous avons rajouté les neuf personnes interviewées. Nous avons ôté les deux patients et la famille qui sont représentés dans le graphique suivant, ce qui nous donne un total de 74 professionnels sur lesquels repose notre diagnostic. Nous observons une bonne représentation des professionnels de la ville et de l'Hôpital, un bon équilibre s'opère.

Tableau N°8



Les différentes structures où travaillent les répondants ;

Hôpitaux publics	3
Hôpitaux privés	1
SSIAD	2
HAD	1
EHPAD	4
CABINETS LIBERAUX	4
PASS	1
CLIC	1
MAIA	1
PHARMACIE	3
CCAS	1
IFSI	1
CPAM	1
MANDATAIRE	1
TOTAL	25

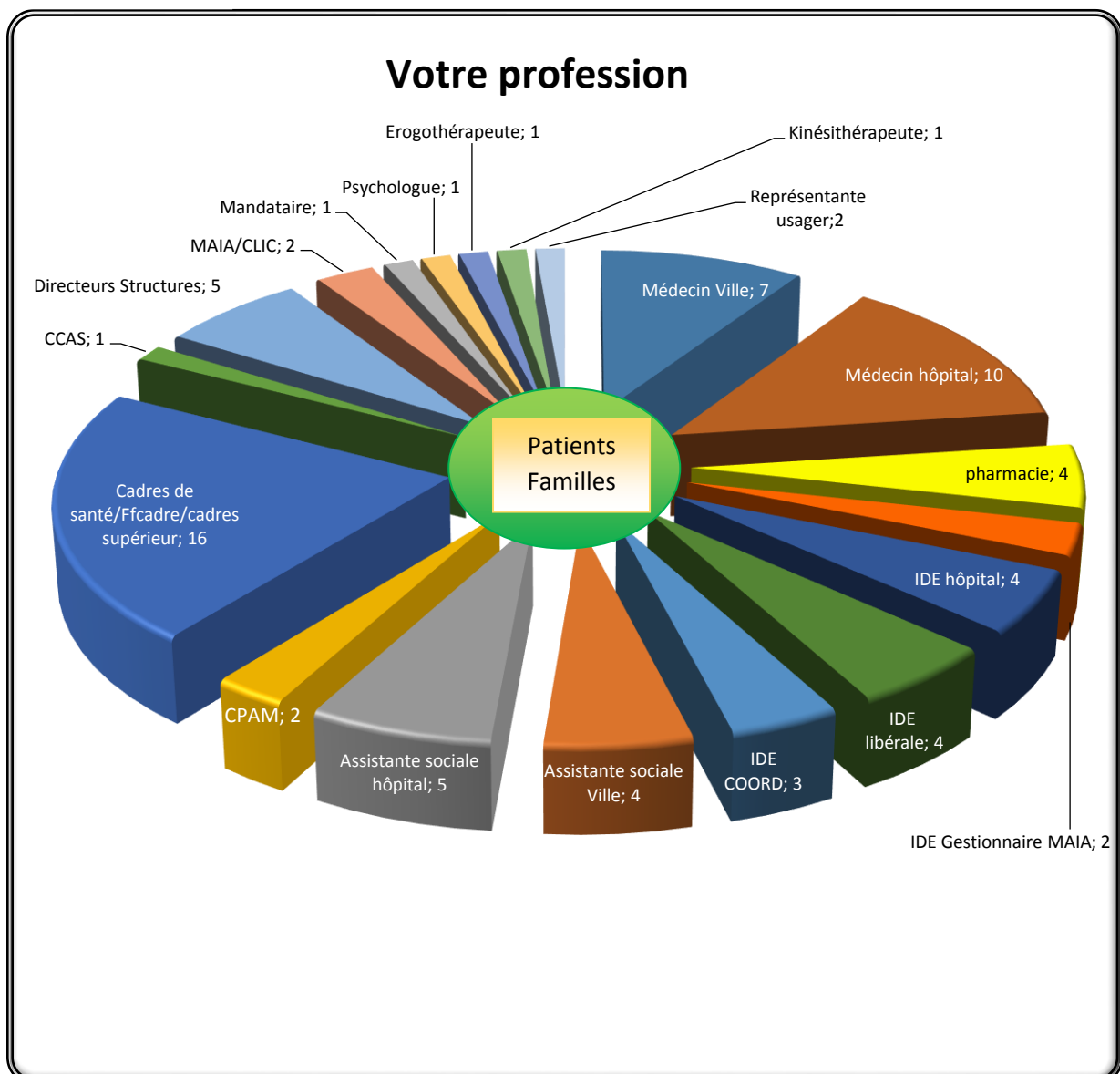
Au total, 25 établissements ou structures différentes ont répondu à notre questionnaire et entretiens, nous obtenons une bonne représentativité des établissements du territoire de notre étude.

## 4.2 LES PROFESSIONNELS

Le tableau ci-dessous représente les différentes catégories professionnelles qui ont répondu aux questionnaires (65) et aux entretiens (9). Ce qui nous donne un total de 74 réponses. Cela nous donne une idée du nombre de personnes qui gravitent autour du sujet âgé et de la complexité d'une prise en charge. Nous sommes satisfaits de l'échantillonnage de professionnels parce qu'il couvre les trois champs d'actions : médical, médico-social et social et répond à l'un de nos objectifs de recherche. Ce graphique donne toute la dimension de la problématique autour de la complexité d'une prise en charge et pour le patient de savoir à qui s'adresser. Par

exemple, sur deux hospitalisations, le patient et la famille rencontrera des infirmières, cadres, médecins différents en fonction de la spécialité pour laquelle il sera admis. Prenons l'exemple de l'assistante sociale. Si l'assistante sociale de secteur est la même, le patient ne rencontrera pas forcément la même à l'hôpital, car l'équipe d'AS se partage les services. Ce qui multiplie le nombre d'acteur pour une prise en charge. Il y a un risque de perte d'information important ou de doublon de démarches.

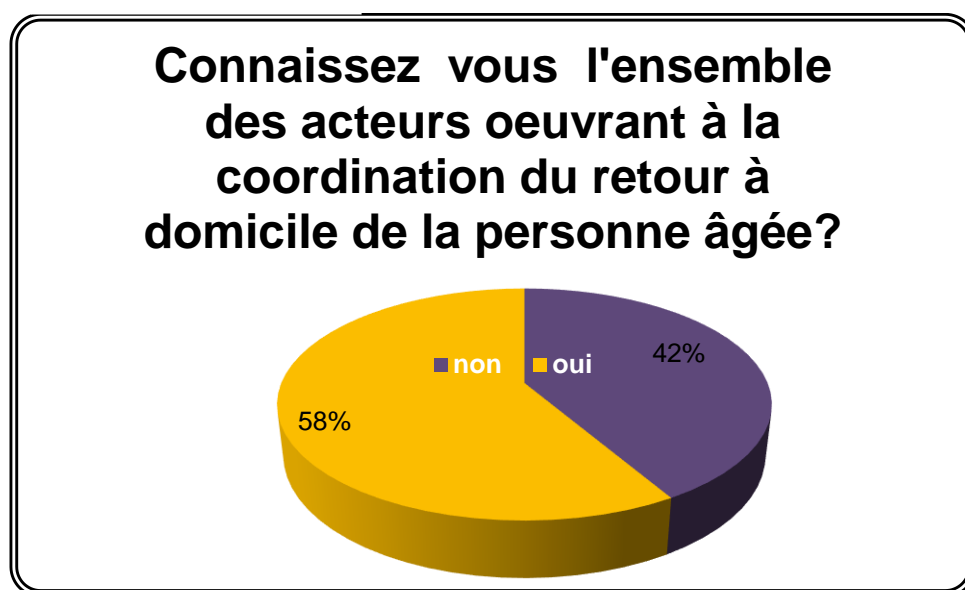
Tableau N°9



Le graphique ci-dessous nous apporte un autre éclairage sur la complexité des prises en charge. Sur notre territoire, 58% des professionnels ne connaissent

pas l'ensemble des acteurs œuvrant à la coordination. C'est-à-dire plus de la moitié des personnes interrogées. Nous observons que si c'est difficile pour les acteurs, cela peut être encore plus compliqué pour les patients. Effectivement, les professionnels finissent par trouver le bon interlocuteur grâce au réseau qu'il a construit. Ces réponses sont corroborées par les patients qui déplorent le manque de connaissance des professionnels et des structures. « *On ne sait pas où s'informer* »

Tableau N°10



Dans le graphique ci-dessous, nous pouvons remarquer que chaque professionnel a mentionné le partenaire avec qui il travaillait le plus dans son réseau. Cette question complète davantage le nombre et le type de professionnel. Il apparaît un nombre élevé d'acteurs. Nous pouvons également faire une classification des professionnels les plus cités. ADMR : 14, IDE : 16, Assistante sociale : 29, MAIA : 24, CLIC : 34, SSIAD : 29, HAD : 15, Conseil départemental : 10, Cadre de santé : 6.



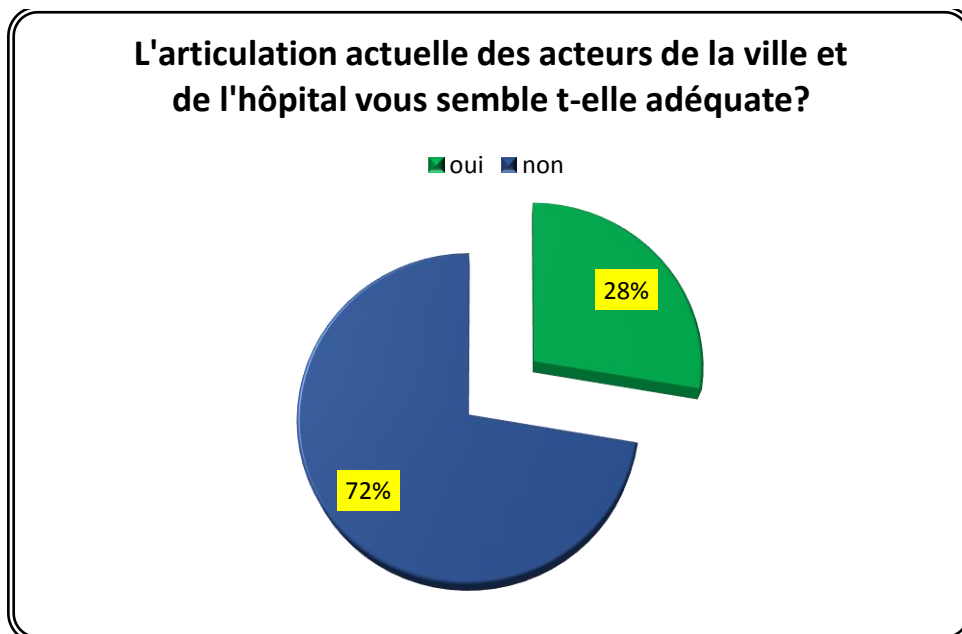
- Le deuxième sur l'évaluation de la coordination dans leur secteur.
- Le troisième si selon eux, le nombre de ré hospitalisation leur semblait important.

Les trois graphiques ci-dessous nous montrent :

- 1) Pour les acteurs, l'articulation des acteurs ne leur semble pas adéquate à 72 %.

Il sera donc utile de comprendre et d'objectiver ce ressenti avec les données quantifiées.

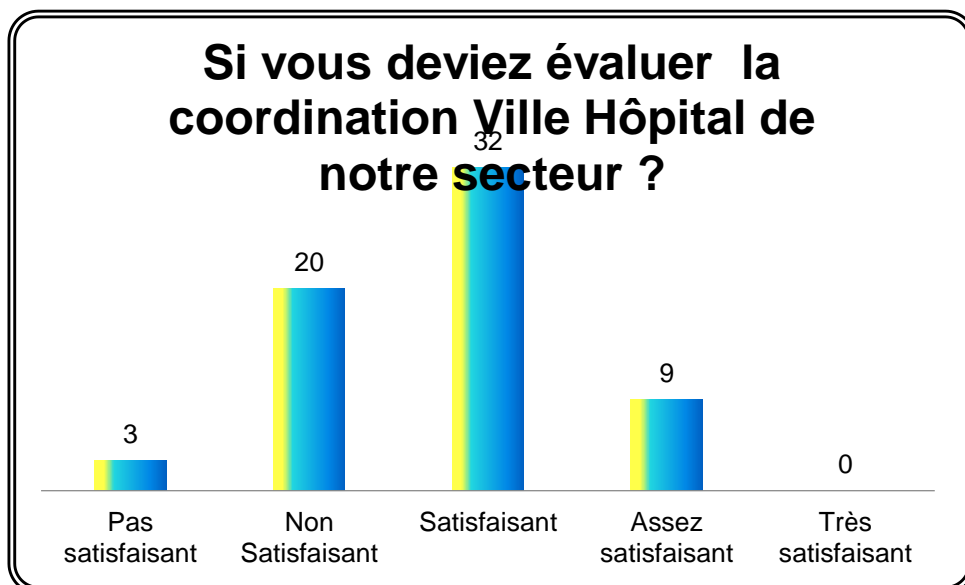
Tableau N°12



- 2) Les acteurs semblent globalement satisfaits de la coordination de notre secteur.

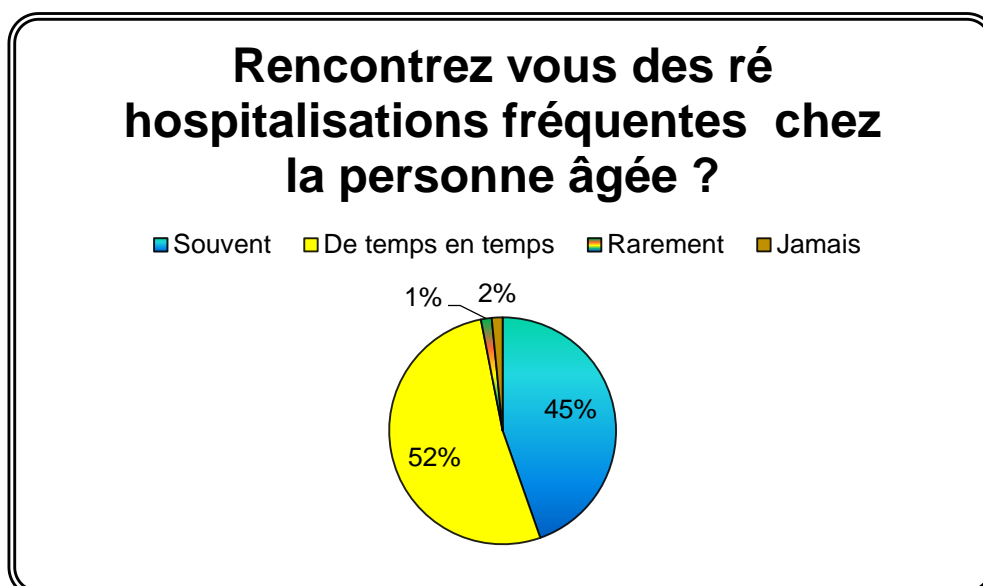
Pour autant, si nous additionnons les « pas satisfaisant » et les « non satisfaisant », nous avons un total de 23 personnes, soit presque un tiers des répondants. Ce qui n'est pas négligeable. Il faudra donc, vérifier cet indicateur *a posteriori*.

Tableau N°13



- 3) 45 % des personnes interrogées rencontrent souvent des ré hospitalisations. Nous avons recours aux réhospitalisations de temps en temps soit à 52 % et souvent 45 % de temps en temps soit la quasi-totalité. Nous ne pouvons pas objectiver ce ressenti car les chiffres annoncés par le DIM représentent tous les âges confondus. Hélas, nous ne pouvons pas mettre en évidence les réadmissions sur la tranche d'âge qui nous intéresse.

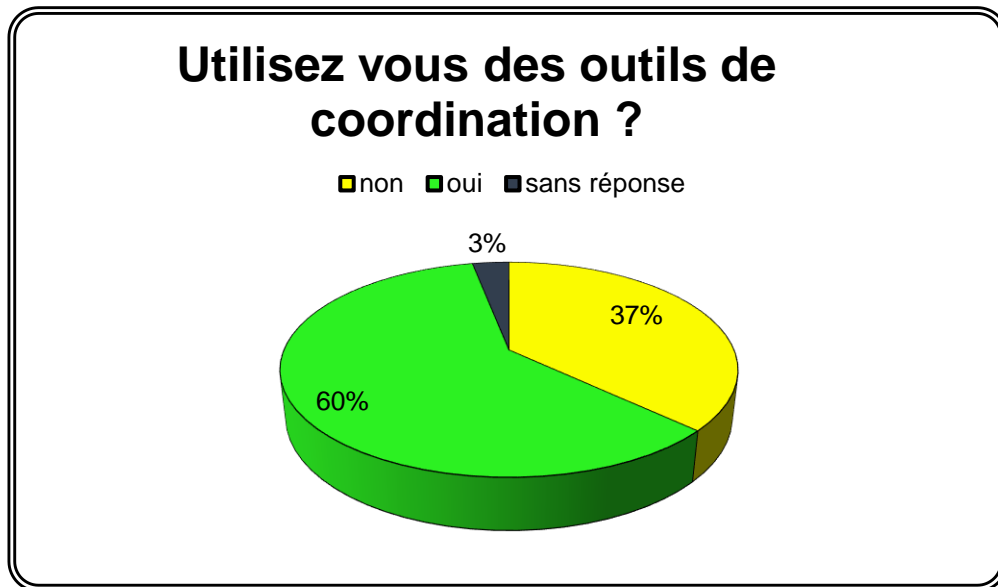
Tableau N°14



## 4.4 LES OUTILS DE COORDINATION

60% des professionnels utilisent des outils de coordination. Nous pouvons conclure que la majorité des acteurs utilisent des outils.

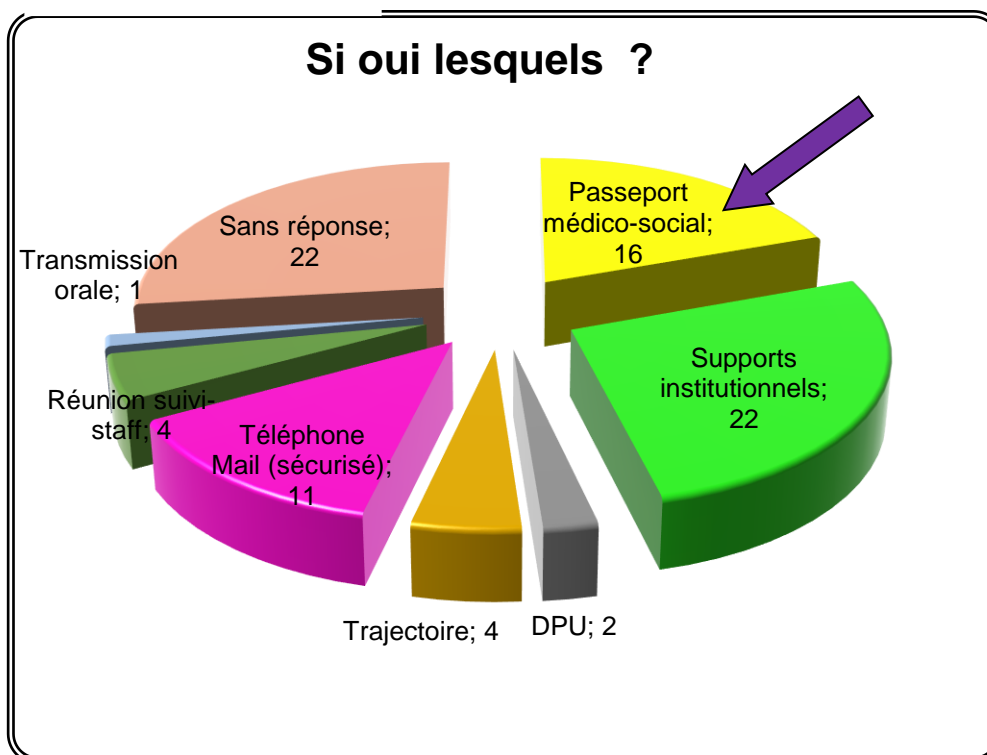
Tableau N°15



De nombreux outils sont à disposition des professionnels. Les 22 répondants « sans réponse » correspondent aux directeurs et responsables de structures qui n'utilisent pas d'outils. Ce que les professionnels mettent en exergue, ce n'est pas le manque d'outil, mais que chaque institution, établissement, structure a ses propres outils. Par exemple, les feuilles de transmissions qui sont différentes à chacun. Il n'y a pas d'harmonisation du document sur le territoire. Un cadre nous précisait qu'il fallait « *s'adapter à chaque établissement* » et qu'un transfert dans un autre établissement du GHT demandait d'imprimer tous les documents puisque nos logiciels DPI ne sont pas les mêmes. D'où recopiage, perte de temps et risque de perte d'information.



Tableau N°16



**Le passeport médico-social** est un outil en place depuis 10 ans<sup>26</sup>. C'est le service social qui en est à l'initiative. Il a pour objectif de centraliser les informations sur un même document. Comme son nom l'indique, ce passeport doit suivre la personne âgée dans son parcours, (hospitalisation/domicile). Les professionnels de santé y trouvent toutes les personnes ressources qui interviennent dans sa prise en charge. Il a été développé sur le territoire du CLIC Centre Orne, et une information avait été faite dans tous les services de l'hôpital.

Pendant mon stage, la pilote MAIA et l'assistante sociale (qui était à l'initiative de cet outil) s'interrogeaient sur la connaissance de cet outil après dix ans. Nous savions qu'en 10 ans les professionnels avaient changés.

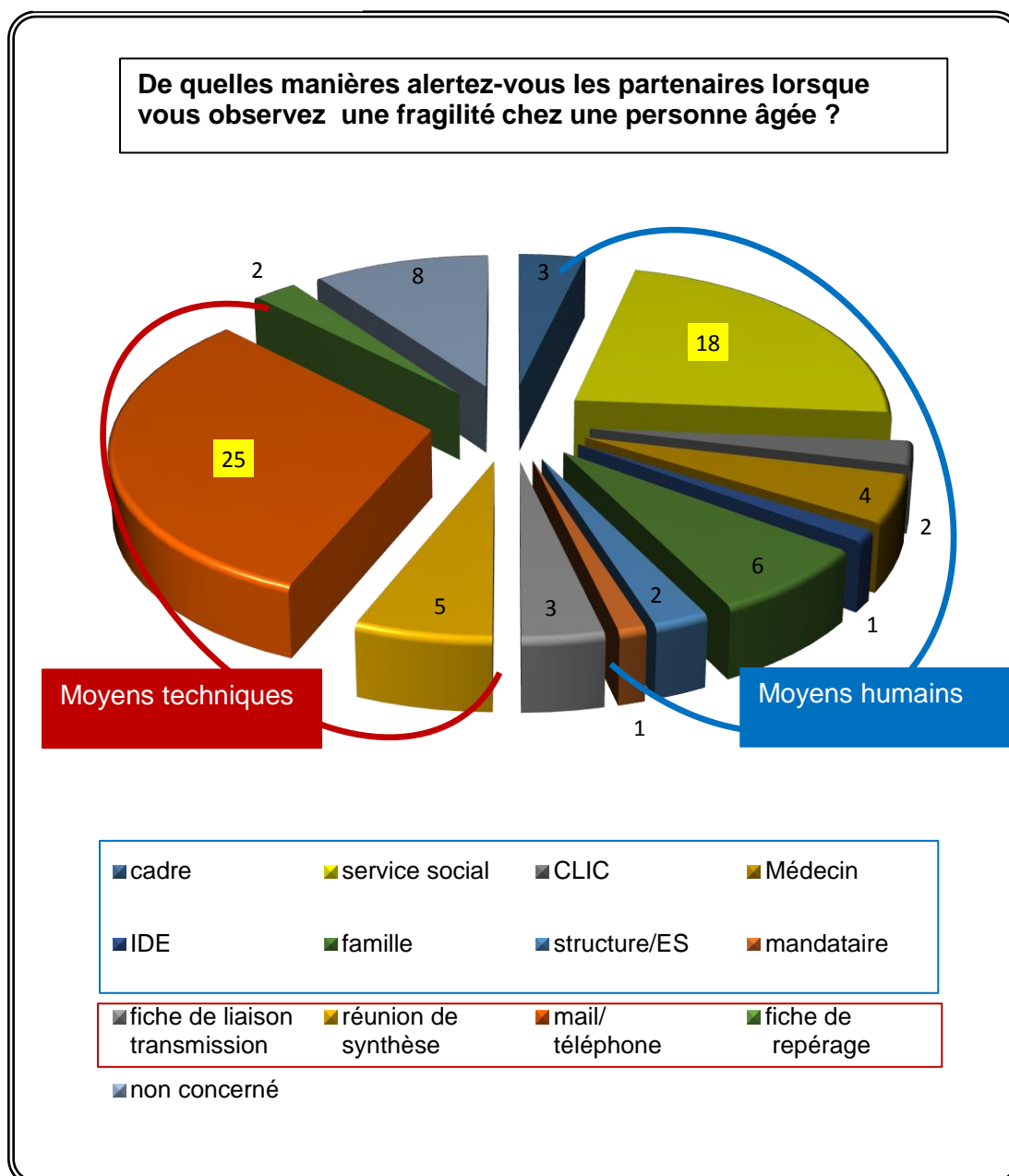
- Départ à la retraite
- Restructuration, fermeture d'unité
- Changement de service
- Départ de l'hôpital...

Nous pouvons constater que 16 personnes ont mentionné l'outil comme un outil de coordination. Nous constatons que c'est principalement les assistantes sociales,

<sup>26</sup> Annexe N° 5

les cadres de santé de l'hôpital et quelques infirmières qui l'utilisent. Cet outil a été révisé en fin d'année 2017. Nous constatons avec cette enquête qu'une communication s'impose pour que cet outil retrouve sa place dans la prise en charge de la personne âgée. Ce sera indiscutablement un outil qu'il faudra intégrer dans le DMP sous forme dématérialisée.

Tableau N°17



Afin de mieux visualiser les différents moyens de communication, nous les avons scindés en deux parties : les moyens techniques et les moyens humains.

Les professionnels font état d'une perte d'énergie à s'adapter à chaque habitude de chacun. Ainsi, un médecin hospitalier devra être appelé sur son téléphone portable personnel, un autre sur son téléphone DECT de l'hôpital. Un médecin de ville déplore « *il faut parfois passer 3 coups de fil avant d'avoir un confrère, sans compter qu'il faut repasser par le standard à chaque fois* », « *l'hôpital n'est pas organisé pour les appels entre confrères* ».

Dans les questionnaires et les entretiens, nous constatons que chacun y va de ses propres moyens. « *Je fais marcher mon réseau* ». Cela montre également qu'il faut parfois user de patience pour obtenir une information, ou pour échanger sur une situation.

#### 4.5 LES RUPTURES DE PARCOURS VUS PAR LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS

La plupart de ces questions, étaient ouvertes, nous avons donc obtenu un très grand nombre d'information.

Afin de ne pas perdre de matière précieuse, nous nous devons d'être pragmatiques, logiques et ordonnées. Nous avons donc opté de nous référer au concept de la complexité dans le modèle de la fragilité. Nous avons reproduit le schéma<sup>27</sup>, (tableau N° 2 page 11) sous forme de tableau. C'est cette méthode qui nous semblait la plus appropriée à notre recherche. En effet, en gestion des risques, la classification par cause permet de structurer et classer les données.

Nous avons comptabilisé et classé chaque réponse des interviewés par thème. Nous les avons classées par ordre décroissant, selon le nombre de fois cité. Dans le comptage, nous avons inclu les données des entretiens puisque nous avions prévu de les croiser.

La forme de questionnaire sous « google form » offre un avantage intéressant puisque les réponses sont classées sous forme de tableau. Le plus difficile a été de répertorier chaque réponse, de trouver les thèmes évoqués par les interviewés et de les classer par causes. Nous avons comptabilisé à chaque fois qu'un mot était noté. C'est tout l'intérêt de la pluralité des répondants qui enrichit le tableau et donne une photographie assez précise de l'ensemble des ruptures vécues. Nous avons pu ainsi

---

<sup>27</sup> Cours mai 2018 Master 2, Mr PUISIEUX, Mr DREUIL

comptabiliser 231 réponses. Si un répondant donnait deux fois la même réponse, une seule était comptée.

Tableau N°18

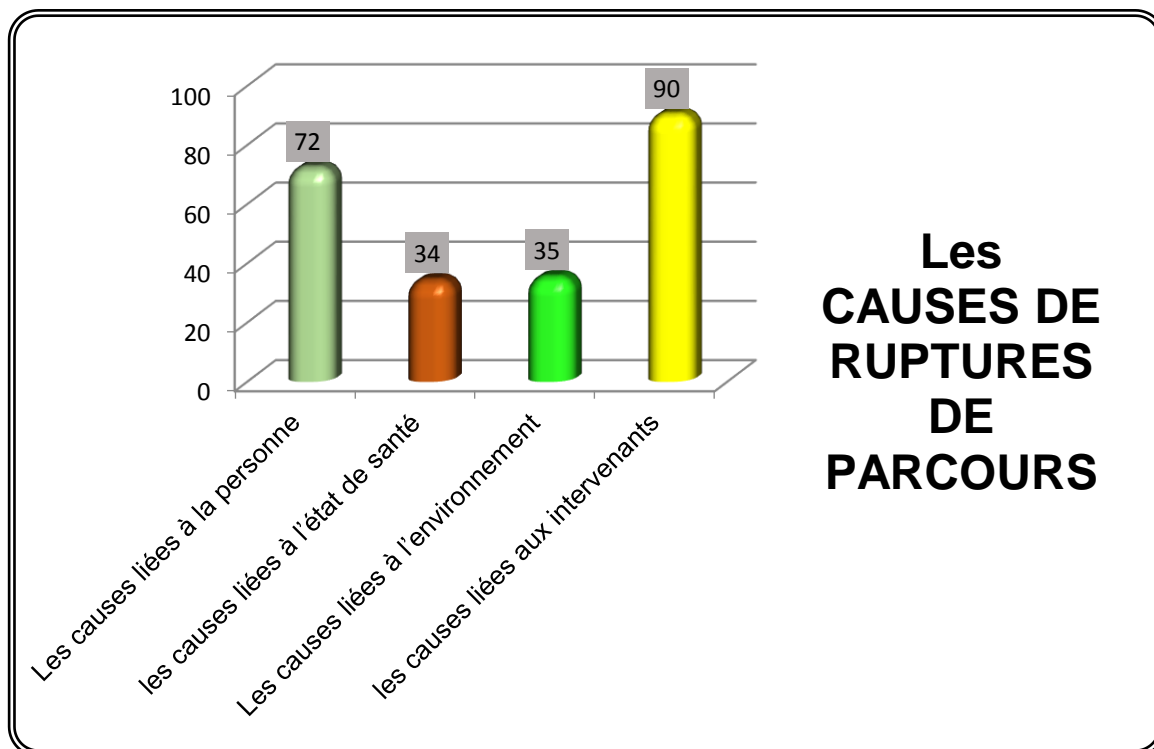
LES CAUSES DE RUPTURE DE PARCOURS SELON LE CONCEPT DE LA COMPLEXITE							
Les causes	Les thèmes dégagés par causes						Total
<b>Les causes liées à la personne</b>	Fragilité De la personne Âgée	Isolement	Refus des aides Dénis Avarice	Mauvaise observance des traitements			
<b>Total</b>	29	24	13	6			72
<b>Les causes liées à l'état de santé</b>	Poly pathologie Maladies chroniques	Troubles cognitifs	Ré hospitalisation Recours aux services d'urgences	Place d'hébergement			
<b>Total</b>	10	11	6	7			34
<b>Les causes liées à l'environnement</b>	Entourage	Maintien à domicile	Ressources économiques	Mobilité transport	Refus des aidants d'un retour à domicile		
<b>Total</b>	13	10	5	4	3		35
<b>Les causes liées aux intervenants</b>	Coordination	Communication	Manque D'acteur	Formation	Manque implication	Temps	
<b>Total</b>	30	28	17	8	5	3	91
							<b>232</b>

Nous pouvons observer que c'est dans les causes liées aux intervenants que les risques de ruptures sont les plus importantes, c'est-à-dire de notre système et de notre propre fonctionnement.

Les causes liées aux personnes sont également des risques ruptures de parcours évoqués par les professionnels et les patients. Ils ont été très nombreux à mentionner la fragilité de la personne âgée mais également l'isolement.

Le graphique ci-dessous met en relief les différentes causes des ruptures de parcours.

Tableau N°19



Dans le tableau ci-dessous, nous avons compilé les réponses des questionnaires et les expériences des personnes interviewées. Les réponses en noir sont les réponses des professionnels dans les questionnaires, les réponses en bleu pouvaient être citées par les répondants aux questionnaires et par les professionnels et les patients/familles dans les entretiens. Nous remarquons que les deux outils de recherche étaient complémentaires parce qu'ils apportent des précisions sur chacun des thèmes. Cette compilation permet à chaque professionnel de se reconnaître dans son exercice.

Tableau N°20

CLASSEMENT DES CAUSES DES RUPTURES DE PARCOURS SELON LE CONCEPT DE LA COMPLEXITE		
LES CAUSES	THEMES	VERBATIM
Les causes liées à la personne	Fragilité De la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vieillesse</li> <li>■ Manque de repérage des signes de fragilité ou démence</li> <li>■ Augmentation de la dépendance</li> <li>■ Mauvaise évaluation de l'autonomie</li> <li>■ Non respect du rythme des PA (décision trop rapide)</li> <li>■ Même parcours que toutes les personnes</li> <li>■ Filière inadaptée - pas de filière spécifique à la personne âgée</li> <li>■ Problématique des patients chuteurs</li> <li>■ Habitude de vie</li> <li>■ Personne très vulnérable</li> <li>■ Dépendance et handicap suite à une intervention et suivi</li> <li>■ chutes</li> </ul>
	Isolement	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Veuvage, pas d'enfant, famille éloignée</li> <li>■ Par choix,</li> <li>■ séparation d'un animal de compagnie</li> </ul>
	Refus des aides Déni Non recours	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ précarité/pauvreté</li> <li>■ par choix</li> <li>■ perte de confiance du système de soins</li> <li>■ par méconnaissance des droits et dispositifs (complexité des démarches administratives)</li> <li>■ ressources/petite retraite</li> <li>■ prix des dépassements d'honoraire</li> <li>■ refus des aides car non adaptées aux habitudes de vie, personnes changent constamment, se réhabituer, réexpliquer (heures de passage)</li> <li>■ Départ à la retraite du MT</li> <li>■ Reste à charge, coût des aides</li> </ul>
	Mauvaise observance des traitements	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ peur des traitements</li> <li>■ non concordance des ordonnances</li> <li>■ sur médication/poly médication</li> <li>■ compréhension /explication des traitements</li> <li>■ déni de la maladie</li> </ul>
Les causes liées à l'état de santé	Poly pathologie Maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ plusieurs pathologies chroniques</li> <li>■ dégradation progressive de l'état de santé</li> </ul>
	Trouble cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ signes invisibles</li> <li>■ temps de repérage de troubles cognitifs</li> </ul>
	Ré admission Recours aux services d'urgences	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ errance de diagnostic/ défaut d'orientation</li> <li>■ démographie médicale</li> <li>■ sorties trop précipitées</li> <li>■ manque d'anticipation</li> </ul>
	Place d'hébergement	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas d'alternative entre domicile et EHPAD</li> <li>■ Manque de place d'hébergement /place non adaptée /manque d'hébergement temporaire, hébergement sécurisé</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Délai d'attente</li> <li>■ Problématique de secteur</li> </ul>
Les causes liées à l'environnement	Entourage	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Défaut d'aidant/veuvage</li> <li>■ qualité du travail fourni par les aides, <i>a priori</i> sur les structures, (engendre des refus d'aides)</li> <li>■ Lassitude/épuiement</li> <li>■ Absence</li> <li>■ Blocage sur projet de vie</li> <li>■ Mésentente dans la famille/conflit</li> <li>■ Refus de reprendre le proche dépendant à domicile</li> </ul>
	Maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incurie</li> <li>■ Manque d'anticipation des devenirs en amont</li> <li>■ Domicile inadapté/insalubre/ isolement</li> </ul>
	Ressources économiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Précarité</li> <li>■ Préserver les économies, ne pas dépenser, pour EHPAD, aides ou soins</li> <li>■ Démarches administratives longues</li> </ul>
	Mobilité Transport	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prix des transports</li> <li>■ Incapacité à conduire</li> <li>■ Isolement</li> </ul>
Les causes liées aux intervenants	Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dialogue difficile entre acteur</li> <li>■ Manque d'écoute</li> <li>■ Absence de transmissions orales ou écrites</li> <li>■ Les fiches de liaison ne suivent pas la PA</li> <li>■ Pas d'information des acteurs de domicile du retour à domicile ou hospitalisation</li> <li>■ Qui appeler ?</li> <li>■ Manque de concertation sur situation complexe - partage d'information</li> <li>■ Difficile de trouver le bon interlocuteur, appels nombreux</li> <li>■ Information erronée</li> <li>■ Ne pas être seul dans les décisions difficiles</li> <li>■ Non-respect de patient qui refuse l'institutionnalisation</li> </ul>
	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Méconnaissance des missions et des rôles de chacun de chacun</li> <li>■ Chaque acteur à ses habitudes ; téléphone pro ou portable perso, mail prof ou perso, fax, télécopieur, ...s'adapter à chacun</li> <li>■ Supports différents pour chaque structure, pertes d'information. Pas de dossier unique</li> <li>■ Manque de réactivité</li> <li>■ Défaut de relai</li> <li>■ Très nombreux acteurs</li> <li>■ Plus de cellule de veille à l'hôpital,</li> <li>■ Manque de lien</li> <li>■ Le patient ne rentre dans « aucune case ou aucun critère car trop complexe ou pas assez »</li> <li>■ Trop de cloisonnement</li> <li>■ Manque de concertation V-H</li> </ul>
	Manque D'acteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Démographie médicale généraliste et spécialiste</li> <li>■ Pas d'équipe mobile de gériatrie</li> <li>■ Départ de la géronto psychiatre qui coordonnait les parcours des PA (surtout situations complexes)</li> <li>■ Recours aux urgences</li> </ul>

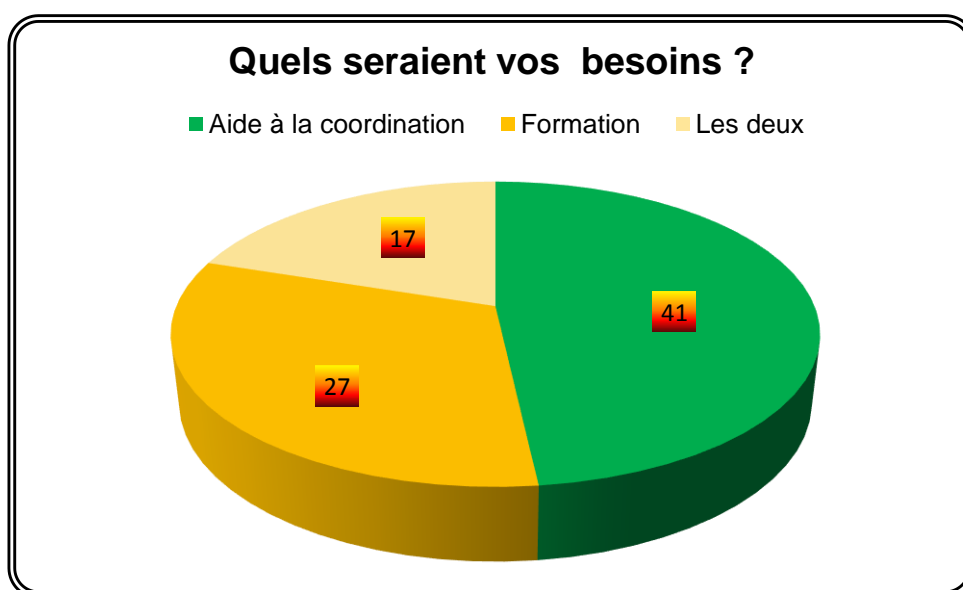
	Formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sur la gérontologie</li> <li>■ Sur les droits des personnes âgées (ressources, aides, soutien...)</li> <li>■ Le rôle des différents acteurs et structures</li> </ul>
	Manque implication	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ épuisement et « ras le bol »</li> <li>■ Refus des acteurs (avis, décisions))</li> <li>■ Désengagement du secteur psychiatrique par rapport aux problématiques psychiatriques</li> <li>■ Désengagement d'acteurs, injoignables ou pas concernés</li> <li>■ Problématique de secteurs (territoire) réponse trajectoire.</li> <li>■ Manque d'écoute</li> <li>■ Sortie trop rapide d'une patiente de chirurgie ambulatoire</li> </ul>
	Temps	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Toujours faire dans la précipitation</li> <li>■ Délai pour RDV</li> <li>■ Délai pour place hébergement/prolongation de l'hospitalisation</li> <li>■ Manque de temps pour analyse approfondie</li> </ul>

La complexité de la prise en charge est une somme de différents thèmes.

#### 4.6 LES BESOINS DES PROFESSIONNELS

Ce graphique nous informe sur les besoins des acteurs pour améliorer leur quotidien dans la prise en charge de la personne âgée. Plus de la moitié des personnes interrog es ont besoin d'aide à la coordination. Il y donc un besoin fort d'être soutenu. Nous observons, dans certaines situations, une lassitude et parfois une solitude dans les démarches malgré un réseau constitué.

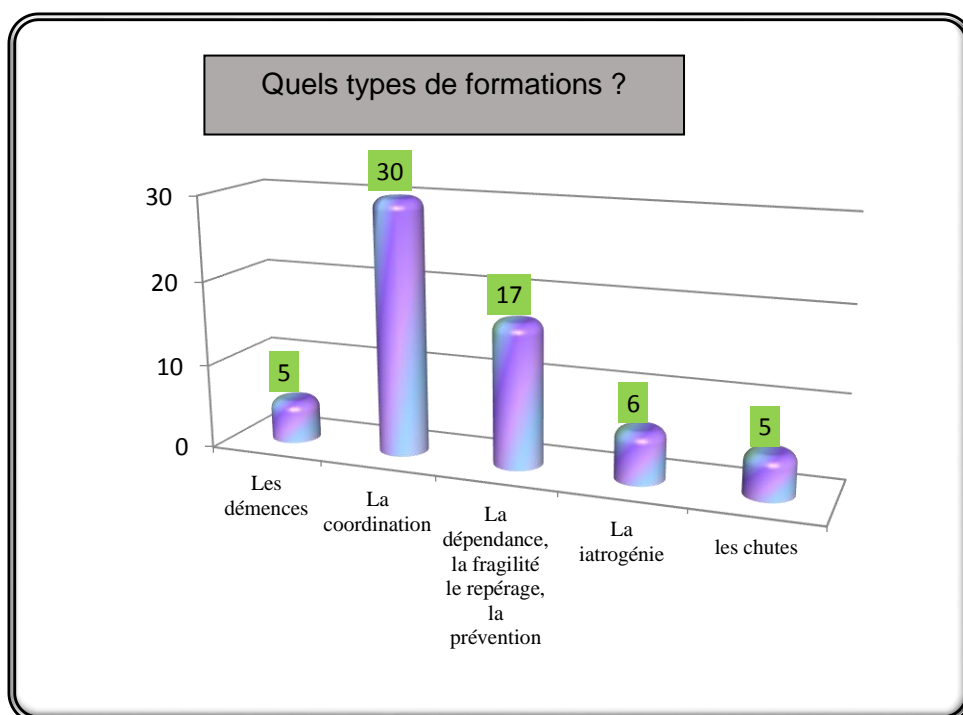
Tableau N 21





Nous pouvons mettre l'accent sur le besoin de formation à la coordination, qui est en lien avec le besoin d'aide à la coordination. Les professionnels sont en recherche de solution. Près de la moitié des personnes interrogées ont besoin d'une formation sur la coordination. 17 personnes d'entre elles ont besoin d'une formation sur la dépendance, la fragilité, le repérage et la prévention. Certainement qu'une meilleure connaissance de ces aspects améliorerait la coordination et permettrait de savoir à qui s'adresser plus facilement.

Tableau N°22



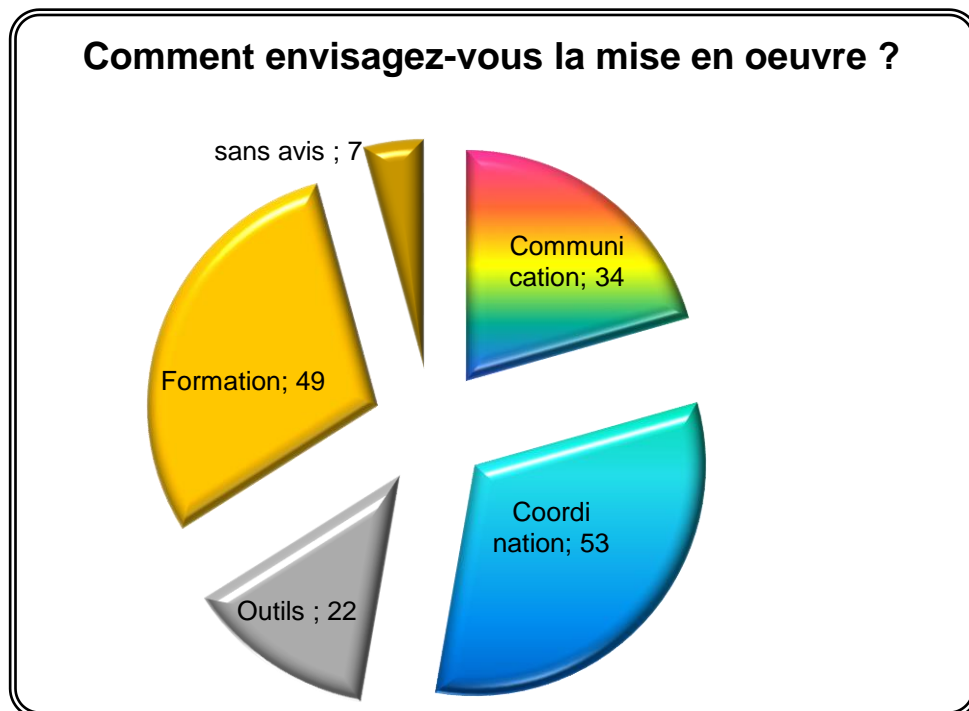
D'autres formations devront être envisagées, comme les démences, la iatrogénie et les chutes.

#### 4.7 LA MISE EN OEUVRE

Cette question était ouverte, notre objectif était le même que pour les ruptures de parcours, c'est-à-dire d'obtenir le plus de réponses possibles du terrain, et mettre des actions d'amélioration adaptées à leur quotidien. 54 personnes voient la mise en œuvre grâce à une meilleure coordination entre les acteurs c'est-à-dire la quasi-

totalité. Les autres professionnels envisagent une amélioration des prises en charge, grâce à de la formation, une meilleure communication et un travail sur les outils qu'ils utilisent. Plusieurs réponses étaient possibles.

Tableau N°23



Comme pour les parcours, nous avons procédé à un rangement des propositions par thèmes. Les acteurs ont su mettre en évidence ce qui fonctionnait et qu'il serait bon de préserver voire de refaire une communication ((sur l'outil existant, par exemple, pour le passeport médico-social). Nous souhaitons partir des besoins acteurs du territoire. Nous pensons qu'il sera utile de reprendre chaque thème, de travailler sur l'existant, de vérifier et d'évaluer ces besoins sur le territoire.

Tableau N°24

Selon vous comment peut-on améliorer le lien V-H ?	Comment envisagez-vous la mise en œuvre ? PROPOSITIONS
4 Thèmes	Idées et argumentation des répondants
Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rencontre régulière V-H, STAFF, commission de suivi</li> <li>■ Présentation des acteurs et leur rôle</li> <li>■ Inviter les acteurs des trois champs d'exercice : médical, médico-social et social</li> <li>■ New letter existante GHT –Ville</li> <li>■ Plaquette d'information</li> <li>■ Partage et retour d'expérience</li> <li>■ Respect des délais dans l'envoi des courriers, lettres de liaison et autres documents pour meilleure prise en charge</li> <li>■ Faire des journées ou stage d'immersion pour connaître rôle, fonctionnement et contraintes de chacun</li> <li>■ Mettre en place un comité d'éthique sur le territoire</li> <li>■ Valoriser la télémédecine sur le GHT</li> <li>■ Langage commun</li> </ul>
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Groupe de travail commun V – H</li> <li>■ N° Unique ; OQQQCP</li> <li>■ Mise en place de coordinateur de parcours personnes âgées</li> <li>■ Binôme V-H pour gestion des cas complexes (réfèrent V-H)</li> <li>■ Faire des retours d'expérience sur situations complexes</li> <li>■ Mise en place d'une équipe mobile de gériatrie</li> <li>■ Déterminer les parcours de soins dans notre secteur (filiales)</li> <li>■ Favoriser une meilleure collaboration/coopération entre acteurs</li> <li>■ Parler en filière et parcours d'une PA</li> <li>■ Améliorer les conditions de sorties, (attentif à l'isolement, défaut de l'aidant, ressources...)</li> <li>■ Anticiper les démarches administratives, et financières, d'institutionnalisation...)</li> <li>■ Projet d'éducation thérapeutique, prévention des facteurs de risques sur le territoire</li> <li>■ Recenser les domaines d'expertises en terme d'éducation thérapeutique</li> <li>■ Mutualisation des compétences</li> </ul>
outils	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Communiquer +++ sur le passeport médico-social</li> <li>■ Logigramme d'alerte /patient remarquable</li> <li>■ Fiche évaluation et repérage validées pas l'ARS, HAS</li> <li>■ Poursuivre l'alimentation du DLU dans le DMP</li> <li>■ Uniformisation d'une fiche de transmission de liaison</li> <li>■ Téléphone, plaquette des numéros des acteurs</li> <li>■ Mails sécurisés,</li> <li>■ Élaborer des plans de soins types (chemin clinique) interdisciplinarité) et cohérence de parcours.</li> <li>■ Augmenter le nombre d'hébergement temporaire et spécifique aux troubles cognitifs</li> <li>■ Travailler sur les prescriptions</li> </ul>
Formation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Détails dans le tableau N° 22 page 47</li> </ul>

## 4.8 LES FICHES D'ÉVÈNEMENTS INDESIRABLES

Comme précisé dans la méthode, nous avons choisi les catégories d'évènement en lien avec notre étude. Nous avons comptabilisé le nombre de fiche par thèmes dans le tableau ci-dessous. Le nombre total des FEI lié au parcours patient s'élève à 238 sur l'année 2017. Nous avons pu remarquer que les signalements provenaient de tous les secteurs : MCO, (Médecine Chirurgie, Obstétrique), gériatrie et services transversaux. Nous citons un exemple par thème recueilli, en lien avec les prises en charge de la personne âgée, en lien également avec les causes de rupture de parcours dans le concept de la complexité. Les déclarations sont faites à l'appréciation du déclarant, ainsi nous retrouvons des similitudes dans les erreurs de diagnostic, les défauts d'orientation, les accueils inadaptés et le défaut d'information où les problèmes se rejoignent. Dans la catégorie transports, les trois quart des évènements sont dus à des retards ayant pour conséquences des annulations d'examens, des retards de prises en charge ou de diagnostic. Cette catégorie nous semblait justifiée pour l'étude car 25 kms séparent les deux établissements du CHICAM.

Tableau N°25

Catégorie de l'évènement déclaré	Type d'évènement	Total	Exemple de problèmes déclarés	Risques de ruptures de parcours
Accueil /communication	Défaut orientation	19	Patient adressé directement en SSR par les urgences, pour décompensation diabète sous insuline IV, non stabilisé, s'est aggravé, changement de service adapté	Retard de prise en charge complication
	Accueil inadapté	20	Transfert d'un patient des urgences en médecine pour suspicion endocardite, a du être transféré en urgence en USIC dans la nuit	Aggravation de l'état de santé retard de prise en charge
Information	Défaut d'information et de traçabilité	28	Patiente acceptée sur trajectoire en SSR suite à un AVC. A son arrivée, patiente instable sous-alimentation parentérale et seringue électrique de loxen, non noté dans le dossier. La clinique avait évolué mais dossier non remis à jour et patiente transférée malgré tout	Dégradation de l'état de santé le lendemain, de nouveau transférée en neurologie, perte de chance
Transport	Ambulance	38	Annulation d'une IRM due au retard des ambulanciers	Retard de diagnostic.

<b>Sécurité</b>	Chute	26	Patiente a glissé sur eau gélifiée, plusieurs fracture costales et probable fracture bras droit	Perte autonomie Prolongation hospitalisation
<b>Sortie</b>	Sortie à l'insu du personnel	35	Nombreuses déclaration en gériatrie en lien avec les patients déambulants	Pas de rééducation adaptée, Prolongation DMS
	Sortie retardée	10	pas de place en SSR, temps attente longue après chirurgie séjour prolongé car attente consultation neuropsychologue	
<b>Soins</b>	Examen retardé/annulé	15	En relation avec les retards transports internes du CHIC	Perte de temps dans la prise en charge complications
	Erreur diagnostic	7	Patiente adressée en chirurgie pour hébergement alors que place en médecine (neurologie-cardiologie)	
	Escarre	1	Découverte escarre siège et talon en quelques heures chez une patiente alitée et somnolente	perte d'autonomie
<b>Circuit du médicament</b>	Erreur administration	15	Erreur de dosage Oxynorm	Chute, désorientation.
	Traitement omis ou retardé	7	Réaction cutanée type brulure à l'ablation d'un pansement compressif	Risque infectieux,
<b>Informatique</b>	Problème logiciel	34	Traitement antibiotique sur la prescription mais n'apparaît pas dans le plan de soin, traitement non administré	Aggravation de l'état du patient.

Pour conclure notre chapitre, nous avons observé au travers des résultats des deux enquêtes (questionnaire et entretiens), et des déclarations d'évènements indésirables, que le nombre de risques ruptures de soins pouvaient être très élevé. Nous pouvons affirmer que la complexité de la prise en charge est due à une superposition des causes liées à la personne, à l'environnement, à l'état de santé, et aux intervenants. Les déclarations d'évènements sont un indicateur important sur les risques iatrogéniques liés à l'hospitalisation du patient âgé. Ce sont des risques évitables avec la volonté et le concours de tous.

Pour conclure cette partie résultats, nous pouvons affirmer que c'est la coordination qui est le noyau central dans la réussite d'une prise en charge complexe. Nous tenterons, dans le chapitre de la discussion, d'aborder les points critiques dans une prise en charge, ce qui fait crise. Il y a des causes de ruptures

pour lesquelles nous ne pouvons pas forcément agir, (nombre de médecin, spécialiste) et des causes sur lesquels nous pouvons agir ensemble afin d'apporter du lien entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.

## 5 DISCUSSION

### 5.1 LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ETUDE

#### 5.1.1 Les limites de l'étude

L'étude exploratoire n'a pas apporté de connaissances nouvelles, ou d'éléments nouveaux. Les acteurs du territoire connaissent très bien les problématiques liées aux prises en charge complexes de la personne âgée puisqu'ils y sont confrontés quotidiennement. L'objectif de cette recherche exploratoire, est de rassembler dans un diagnostic l'ensemble des problématiques et des besoins sur un territoire précis afin que chacun se reconnaisse, et d'envisager des pistes d'actions ensemble. Ces pistes permettront d'améliorer le parcours de soins de la personne âgée dans notre système de soin.

#### 5.1.2 Les points forts de l'étude

La première force, c'est une étude qui a mobilisé un grand nombre de personnes sur un sujet. Les enquêtés ont été touchés par la démarche et reconnus dans leur métier respectif, mais aussi, ces enquêtés se sont sentis concernés par cette étude qui parle de leur quotidien.

La seconde force est une volonté que les choses évoluent dans la prise en charge des personnes âgées. Pour cela, l'enquête a été bien accueillie par des acteurs de la ville ou de l'hôpital et des patients.

### 5.2 UNE APPROCHE PARCOURS CENTREE SUR LE PATIENT

*« Si les protocoles de soins, les chemins cliniques, les référentiels de pratique sont utiles notamment pour les soins aigus, l'approche par les parcours de santé relève*

*d'une dynamique différente* »<sup>28</sup>Le diagnostic nous montre de manière évidente que nous devons modifier nos pratiques et changer de paradigme. La complexité d'une situation se traite avec méthode.

### 5.2.1 Les points critiques

Un point critique ou épisode critique d'un parcours est un moment ou une période particulièrement problématique dans le parcours de santé du patient. Il peut consister en :

- Une rupture dans la vie du patient, un évènement de la vie du patient. Mr F patient nous confie *« j'ai accepté l'hospitalisation en addictologie parce que ben je me sentais seul, ma femme est décédée ça m'a foutu un sacré coup parce que on était vraiment très très proche »*.
- Une difficulté majeure dans son parcours de soins, interruption du continuum de soins, relate Me H représentante des usagers *« cette dame avait 83 ans et elle a été opérée d'un hallux valgus et voilà ça c'est très mal passé, elle s'est mise à boiter, elle faisait son jardin, enfin elle était autonome , et puis il y eu un problème de communication car le chirurgien avait mis une cale en ciment et on lui a rien dit , alors elle a eu très mal, et elle a refusé la deuxième intervention parce qu'elle savait pas »*
- Ou les deux comme l'évoque le médecin de famille *« nous avons perdu du temps dans cette prise en charge car il était suivi par mon collègue qui est parti à la retraite et c'est sa femme qui gérait les visites. Mais hélas sa femme est décédée, et c'est elle qui gérait tout, on a mis du temps à comprendre qu'il y avait un syndrome démentiel débutant»*.
- Un manque de spécialiste et un défaut d'information sur une structure de répit pour l'aidant témoigne le médecin gériatre *« Alors c'est un monsieur, il est né en 34, ça fait 83 ans bon, c'est un monsieur de 83*

*ans qui est venu en SSR suite à une fracture du col du fémur qui avait des troubles cognitifs. Donc pour organiser la sortie, sa femme qui commençait à dire que ça devenait un petit peu lourd à domicile, on a rencontré sa femme et sa famille pour leur proposer d'organiser un accueil de jour en structure de jour Alzheimer pour son mari à sa sortie. La famille a accepté le principe [...], 15 jours après heu on a voulu programmer la sortie et à ce moment-là, sa femme a refusé catégoriquement de le reprendre, disant que son état cognitif ne lui permettait pas de le récupérer. Elle n'a jamais voulu essayer de faire un essai, même pas un weekend [...] si madame avait été aidée avant qu'il présente sa fracture, il y aurait peut-être, on aurait peut-être pu mettre des aides soit par le CMP, soit par l'accueil de jour, et que si elle avait été moins heu, fatiguée [...] il souffre énormément de ne pas être chez lui »*

Cette situation, à l'origine de l'institutionnalisation de Monsieur révèle deux problématiques précise le gériatre. La première, le médecin traitant connaissait les structures de répit et, probablement que si madame avait été accompagnée par le CMP, ou un accueil de jour, en amont, elle aurait été moins fatiguée. La deuxième, c'est le départ depuis 4 ans de notre géronto-psy, elle n'a pas été remplacée depuis. Elle avait un rôle régulateur et connaissait bien le réseau.

Lors de nos entretiens, nous avons eu deux situations similaires. Une cadre de santé relatait une institutionnalisation chez un patient qui la refusait. « *Patient qui avait fait un problème neurologique, mais qui avait perdu beaucoup d'autonomie et qui s'est retrouvé en fauteuil roulant alors qu'il vivait à domicile avec son épouse, où il y avait une situation de conjugopathie [...] je trouve que la mise en institution c'est parfois la facilité, que plutôt de travailler ensemble sur le retour à domicile, c'est sûr c'est très compliqué de trouver un logement, de mettre des aides en place pour ces patients, alors que là en plus le patient n'était pas informé [...] quand moi je les ai reçus en entretien et que je leur dit maintenant il faut signer le contrat, signer parce que vous êtes en institution, il m'a répondu : ah non, moi on m'a pas dit que je venais en institution, donc c'est pas normal »*



La cadre, me précisait qu'il a fallu presque un an pour régulariser la situation de ce patient et lui trouver une situation adaptée à son handicap et le sortir de la structure.

L'anticipation du devenir dans la phase aigüe est indispensable, le rouage doit être démarré très vite au début de l'hospitalisation. Cette situation montre une nouvelle fois le manque d'une unité dédiée à la prise en charge de la personne âgée dans la gestion de son parcours.

- Une fille me racontait l'histoire de sa maman et le défaut d'information de structure : *« Eh bien moi mon histoire c'est que mes parents sont âgées, ma mère a eu beaucoup de problèmes de santé l'année dernière puisqu'elle est décédée ...au mois de mai et que mon père était aidant. Ma mère avait une sclérose en plaque euh, avec une perte totale d'autonomie et mon père était aidant. Et, au départ mes parents ne voulaient pas d'aide donc euh. mon père s'occupait de tout, faisait tout pour ma mère et ils habitent à cent km de chez moi. Et un jour, mon père est tombé il a fait une rhabdomyolyse [...] Et c'est l'infirmière libérale en fait qui m'a renseigné sur les structures existantes dans la ville de mes parents : SIAD, HAD. Et heureusement qu'elle était là parce que sans elle, je pouvais pas faire la coordination euh, de, des et faire un, monter un projet pour mes parents en fait euh, dans la ville où ils étaient. [...] Donc, ... ah ben non il n'y a personne. Le CLIC inconnu au bataillon, il est à Vire, donc il est à vingt-cinq kilomètres, ils se déplacent pas [...] je me suis débrouillée [...]*

Nous constatons à travers ces témoignages la singularité, chaque situation est unique, mais la prise en charge n'est pas globale, elle est segmentée.

La typologie des points critiques nous permet de comprendre que nous ne pouvons faire fi du parcours de vie et du parcours de soins de la personne âgée.

### 5.2.2 Analyse des risques de rupture

Nous avons obtenu de très nombreuses données, l'enquête est un brainstorming géant. Elle a le mérite de représenter l'ensemble des acteurs du territoire défini. Mais nous ne pourrions pas traiter l'ensemble des données, nous avons dû procéder à des choix.

Nous avons choisi d'aborder le retour de l'enquête autour de trois piliers.

Le premier, sur le parcours de vie et de santé du patient dans le système de soins.

Le deuxième, sur la coordination parce que c'est le manque de coordination qui a été le plus marqué par les enquêtés, parce que c'est le fil conducteur de notre recherche et enfin, parce que les autres thèmes (les outils, les intervenants, la communication et la formation) gravitent autour de la coordination. Ils seront forcément intégrés dans notre propos.

Le troisième, sur le lien ville hôpital, notre sujet principal.

Nous traiterons les risques de rupture de parcours les plus cités et évoqués à la fois dans les questionnaires et dans les entretiens (en bleu dans le tableau des causes N°20 page 44) et déclaration d'évènement hospitalier du CHICAM. Nous discuterons un risque de rupture de parcours par cause (personne, environnement, intervenant, santé), nous commencerons le propos par le vécu, puis nous identifierons les risques, les freins, et les leviers pour chaque risque. Telles que :

- Cause liée à la personne : refus des aides car non adaptées aux habitudes de vie
- Cause liée à l'état de santé : errance diagnostic défaut d'orientation
- Cause liée à l'environnement : défaut d'aidant veuvage
- Cause liée aux intervenants : absence de transmissions écrites ou orales

Nous avons dû nous résoudre à faire des choix difficiles tant les risques de ruptures sont nombreux. En effet les chutes, les conflits familiaux ou d'acteurs, l'isolement, les problématiques financières, l'incurie, l'institutionnalisation, la place de la personne âgée dans la société, les troubles cognitifs, la place de l'aidant etc...., autant de sujets qui pourraient, à eux seuls, faire l'objet d'une recherche.

Afin de clarifier notre discussion, nous avons choisi un outil utilisé dans la gestion des risques, l'arbre de causes à effets ou Ishikawa<sup>29</sup>. Effectivement, c'est celui qui s'adapte le mieux au tableau des causes de la complexité. La superposition des outils gestion des risques/ fragilité permet de recentrer notre discussion sur le patient

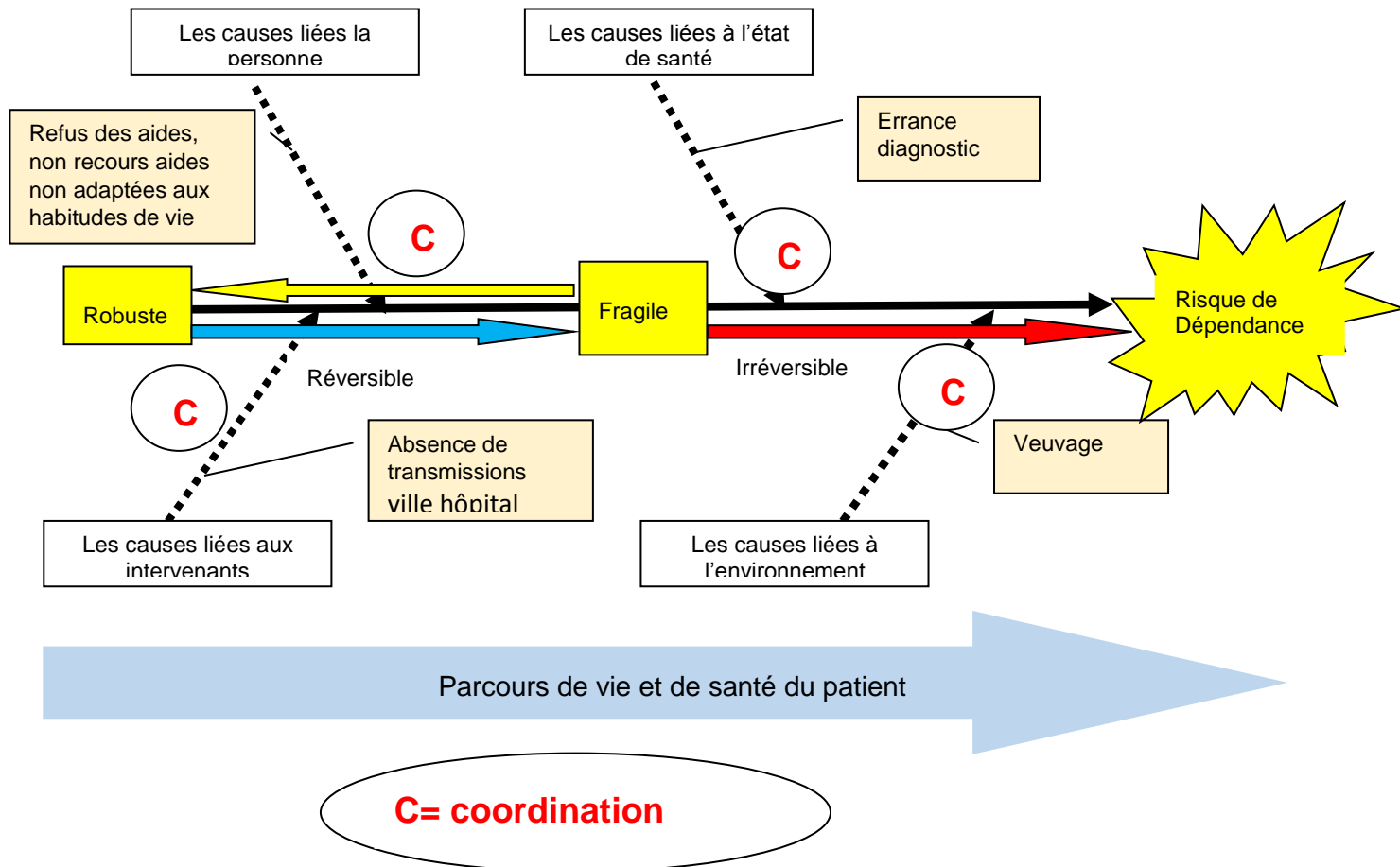
---

<sup>29</sup> ANAES méthode établissement de santé, juillet 2000

âgé et l'aidant proche. L'intérêt de cette méthode, c'est qu'elle est transposable pour tous les risques et c'est une méthode reconnue.

Tableau N°26

Ishikawa /fragilité /causes/ risques



➤ **Première** cause liée à la personne : la non observance de traitement

**Verbatim** : Entretien avec une IDE libérale à propos d'une prise en charge d'un patient non observant « *mais ça, ça posait problème des difficultés dans nos soins parce que, l'autre fois, on a fini par lui dire mais c'est plus possible là, les chaussettes, il faut les changer, on veut bien vous faire des beaux pansements mais si vous remettez vos chaussettes sales par-dessus, enfin, lui il va dans son jardin plein de terre , enfin je vous passe les détails, sa fille nous dit il a dix paires neuves dans son armoire et bien il remet les chaussettes sales sur son pansement, une plaie*

*diabétique[...] Avant c'est sa femme qui gérait tout et avec elle on avait des chaussettes propres et lavées. Mais elle est décédée et depuis. Il a même mis le chirurgien en colère il a fini par lui dire mais vous savez que vous risquez l'amputation si vous ne respectez un minimum d'hygiène [...] on se sent bien seule, en plus son médecin a été absent plusieurs mois donc seule, pas d'interlocuteur médical »,*

**Risques** : Infectieux, Aggravation état général, amputation. Refus du chirurgien à poursuivre la prise en charge. Douleurs. Risque de rupture de soins par le désengagement des professionnels. Diminution qualité de vie. Risque de perte d'autonomie.

**Freins** : Attitude réfractaire du patient à comprendre l'enjeu du respect des soins des plaies du pied, absence du médecin traitant.

**Leviers** : lors d'une hospitalisation dans un service de médecine sur le CHICAM, bonne collaboration entre cabinet libéral et l'équipe du service. Il a été établi un contrat écrit très simple où il était stipulé respect des consignes et des soins des infirmières à domicile. « *Vous vous rendez compte, faire un contrat, mais moi, d'avoir été entendu par une équipe de l'hôpital ça m'a aidé, bon je dois dire qu'il ne respecte pas plus mais c'est le fait d'avoir été entendue, il a quand même fallu une hospitalisation »*

Aide de la famille pour convaincre

Formation à l'observance des traitements, iatrogénie

**Indicateurs** : Suivi de la plaie, et de l'état général, mesurer la capacité du patient à comprendre le traitement, les risques encourus. Comprendre la « non adhésion » aux soins.

L'observance est l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé.

Trois composantes peuvent être distinguées :

- l'adhésion au suivi médical : rigueur à assurer les rendez-vous, le contrôle du suivi.
- l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques.
- l'adhésion au traitement médicamenteux, étudiée plus souvent.

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>30</sup>, la mauvaise observance touche toutes les pathologies chroniques et surtout, la mauvaise observance touche les pathologies mettant en jeu le pronostic. En effet, celle-ci aurait pu entraîner l'aggravation de la pathologie voire le décès du patient. L'absence du médecin traitant a mis en difficulté l'infirmière, l'hospitalisation a été inévitable pour la sécurité du patient mais aussi le répit de l'IDE qui a pu le témoigner « *moi quand il a été hospitalisé, ben j'ai soufflé parce que là je le raconte mais à vivre tous les jours je pouvais plus j'avais plus d'arguments on a tout essayé gentillesse, recadrage tout* ». Dans cette situation, la coopération avec l'équipe hospitalière a été salvatrice pour cette prise en charge, « *moi j'ai apprécié d'échanger, on s'est appelé plusieurs fois, on s'est mis d'accord pour le contrat, c'est comme ça qu'il faut qu'on travaille* »

➤ **Deuxième cause liée à l'environnement : qualité du travail professionnel des aides, à priori sur les services d'aide (engendre des refus d'aide)**

**Verbatim 1 :** Entretien assistante sociale qui parle d'un aidant « *le couple a arrêté de prendre l'aide-ménagère, oui elle venait pour les carreaux, en fait l'épouse avait été opérée de la hanche et elle a eu beaucoup du mal à se remettre, la marche était difficile et elle marchait avec une canne, enfin bref, et elle ne pouvait pas alors l'aide-ménagère a dit ben moi je peux faire que le bas, j'ai pas le droit de monter plus de deux marches d'escabeau alors c'est le mari qui est monté sur l'escabeau pour faire le haut et l'aide-ménagère le bas, voyez c'est un comble les règles de sécurité* » .

**Verbatim 2 :** Entretien médecin généraliste ; à propos d'une aidante, « *une femme qui est très présente très aidante un peu trop on lui demande de se protéger et là comme il rentre plus dans nos critères stricts de l'HAD euh il voudrait mettre un SSIAD en place puisque en effet il n'y a plus qu'un passage aide-soignante pour la toilette avec un patient qui de toute façon va se re dégrader puisque sa maladie va évoluer. Et sa femme qui a un a priori sur le SSIAD puisque le SSIAD est intervenu chez le voisin et ils arrivent pas à la bonne heure [...] A partir du moment que ça rentre plus dans les cases[...] on a eu le temps d'échanger et après la deuxième réflexion qu'elle a faite elle a demandé combien il y avait d'aide-soignante au SSIAD*

---

<sup>30</sup> <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>

*parce que là l'HAD d'Alençon elles sont huit en effet des fois ils sont en binôme alors que au SSIAD elles doivent être 30/35 donc elles vont forcément changer tous les jours et en effet elle a posé la question*

**Risques** : Fatigabilité de l'aidante à s'occuper de son époux seule, solitude, apparition de problèmes de santé, irritabilité envers le malade, perte de confiance du système de soins. Hospitalisation.

**Freins** : Cloisonnement de la prise en charge, changement de structure d'aide avec organisations différentes.

**Leviers** : Accompagnement, réassurance,

Formation des aides à domicile,

Déclarer ce type d'évènements aux structures d'aide afin de faire évoluer les pratiques.

**Indicateurs** : questionnaire de satisfaction, recours à l'hospitalisation pour épuisement.

L'intervention d'une aide à domicile peut être perçue par votre proche âgé comme une intrusion dans son quotidien. L'acceptation des aides passe par un dialogue avec la personne âgée et son entourage. Dans le verbatim 1, la situation perd de son sens, on peut imaginer que si la femme avait été seule, seule la moitié des fenêtres auraient été nettoyées. Et c'est le professionnel qui demande à l'aidant de prendre des risques. Une des mesures de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>31</sup> vise à améliorer le quotidien des personnes âgées et leurs proches, ainsi que la reconnaissance et le soutien des proches aidants, elle vise également à maintenir le plus longtemps les personnes âgées à domicile. Le médecin généraliste nous a précisé qu'il a fallu beaucoup de temps et de négociation avec l'aide de l'infirmière coordinatrice de l'HAD pour faire accepter à l'épouse les aides d'une autre structure. Selon le médecin, sans la patience et la détermination de cette IDE, l'épouse aurait préféré faire la toilette de son mari, elle confie, « *nous avons un risque avéré d'hospitalisation du couple* ».

---

<sup>31</sup> <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

Dans cette situation, l'intervention nous constatons que l'intervention et le rôle l'IDE coordinatrice ont été déterminants pour éviter l'hospitalisation.

➤ **Troisième cause liée à l'état de santé : errance diagnostic, défaut d'orientation**

Pour cette cause, nous avons choisi de discuter sur une déclaration d'évènement indésirable, évoquée également dans les questionnaires ou les entretiens.

**Fait déclaré :** Patient âgé adressé directement en SSR par les urgences, pour décompensation diabète sous insuline IV, non stabilisé, s'est aggravé, changement de service adapté. Défaut d'orientation

**Risque :** Aggravation de l'état général décompensation du diabète. Alitement prolongé avec risque d'escarre. Perte d'autonomie. Augmentation de la DMS. Perte de confiance entre personnel interservices. Perte de chance pour le patient

**Freins :** Méconnaissance de la procédure de gestion de lit interne en vigueur. Nombre de passages aux urgences qui accélère la décision de transfert. Recours à intérim médical aux urgences. Pas d'organisation des parcours en intra. Absence d'unité mobile de gériatrie et de coordinateur de parcours. La difficulté financière de l'établissement. Problème si les acteurs de terrain ne sont pas dans une logique coopérative. Absence de repérage de la fragilité.

**Leviers :** Groupes de travail interdisciplinaire sur les parcours patients, élaboration de chemins cliniques, soins personnalisés.

Analyse de parcours avec la méthode du patient traceur.

CREX : Comité de Retour d'EXpérience avec protagoniste et accompagnement par CGR (Cellule Gestion des Risques)

Formation : la iatrogénie liée aux hospitalisations.

**Indicateurs :** Déclaration d'évènement indésirable, satisfaction ou plainte usager.

Suivi du patient

Dans cette situation, nous ne sommes pas dans le cadre d'une rupture de parcours avec un risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Dans une fiche point clé intitulée « prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez la

personne âgée » l'HAS et le CNPG (Collège National Professionnel de Gériatrie), définissent par une perte fonctionnelle de base de la vie quotidienne survenue entre l'entrée et la sortie d'une hospitalisation. Selon une étude réalisée au centre hospitalier de Toulouse, la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des PA serait de l'ordre de 10% et serait évitable à 80%.

La situation décrite dans la déclaration est un évènement qui peut induire une dépendance iatrogène. Cet évènement révèle un dysfonctionnement dans le parcours patient.

La HAS définit ainsi les parcours de santé : « *Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels* »<sup>32</sup>. Le parcours se définit comme le continuum de l'accompagnement global des patients avec une attention particulière portée à l'individu. Cette démarche associe les acteurs de santé et nécessite une action coordonnée. Le projet médico-soignant partagé GHT « Orne perche Saosnois » pose des objectifs pour la filière gériatrique ; améliorer la coordination de la prise en charge des personnes âgées<sup>33</sup> et pour la filière urgence : prendre en compte la spécificité de la prise en charge des patients en situation de fragilité ou de handicap. Cet engagement est une opportunité pour poser les jalons et co-construire un travail de fond pluridisciplinaire sur les parcours et les filières du sujet âgé. Frédéric Mispelblom Beyer<sup>34</sup> cite « *la spécificité de l'hôpital est que des humains mettent leur vie entre ses mains. Et sa spécificité aussi [...] c'est qu'on essaie d'être bienveillant à leur égard* ». L'accompagnement au changement pour une approche de soins humaine et personnalisée est un atout majeur dans l'évolution des pratiques et participe au décloisonnement du parcours.

---

<sup>32</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014)

<sup>33</sup> Projet Médico-Soignant GHT « Orne Perche Saosnois » 207-2021, page 79

<sup>34</sup> F.MISPELBLOM BEYER, Encadrer les parcours de soins, DUNOD, Edition 2016 page 76.



➤ **Quatrième cause liée aux intervenants, manque de concertation – communication sur situation complexe -partage d'information entre partenaire**

**VERBATIM :** Entretien avec gestionnaire de cas MAIA « *Donc au début l'accompagnement de gestion de cas j'avais déjà contacté tous les partenaires, fait des visites régulières auprès de son mari, son mari était assez fuyant, au moment de mes visites, madame était plutôt preneuse des échanges mais avec des troubles mnésiques et oubliait régulièrement nos échanges d'une fois sur l'autre, donc il fallut essayer de coordonner tout ça, chacun essayait de le faire un petit peu mais c'était très clivé, je me suis aperçu là rapidement qu'il y avait un manque de communication [...] que le médecin traitant était très peu disponible, j'avais récupéré son email mais il ne les lisait pas [...]. Et il y avait conflit dans le cabinet infirmier donc déjà, on sentait que c'était compliqué le partage des infos [...] ensuite les hospitalisations fréquentes [...] et il y avait une incompréhension de mon rôle et pourquoi le dame revenait tout le temps. Ça a été difficile, et le risque de rupture qu'il y a eu c'est qu'on s'est dit comme elle vient régulièrement et que le dispositif PRADO venait de se mettre en place et bien l'a présenté au dispositif, donc on remettait une couche, le fameux mille-feuille (rire) »*

**Risques :** Doublon de prise en charge, désorientation de la patiente car gérée par des acteurs différents, perte de repère. Risque d'arrêt des soins de la part de la patiente.

**Freins :** Manque de connaissances du dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aides et de soins dans le champ de l'autonomie et des missions des gestionnaires de cas. Absence d'outil partagé. Conflit entre acteurs. Absence d'outils de transmission commun ville hôpital. Absence de check-list de sortie. Méconnaissance des réseaux, des acteurs.

**Leviers :** travail en réseau entre le service social de l'hôpital et de la ville bien développé et bonnes relations entre les acteurs, participation au réseau géronto et commission de suivi à la MAIA, participation aux groupes de travail. Participation des cadres de santé à des réunions d'analyses de ruptures de parcours avec la MAIA.

Un outil de coordination, le passeport médico-social

Formation et communication à l'ensemble des partenaires ville et hôpital. Rôle de chacun, administratif, social, à la coordination.

**Indicateurs** : taux de ré admission, satisfaction des usagers, et audit auprès des acteurs de santé sur l'utilisation. Audit sur la connaissance et l'utilisation du passeport médico-social.

Les entrées et les sorties sont des moments charnière dans le parcours de soins. Aussi, la FHF <sup>35</sup>(Fédération Hospitalière Française), dans son document « faciliter les liens entre la Ville et l'hôpital » propose en (proposition 5) « *d'adopter des protocoles communs hospitaliers-ville* », ces documents peuvent concerner l'organisation des entrées et des sorties. Nous remarquons dans cette situation, qu'il n'est pas simple de fédérer un ensemble d'acteur. Il faut s'adapter aux habitudes de chacun, aux caractères, et aux différentes organisations rencontrées dans une prise en charge. Nous avons vu dans le contexte, toutes les limites de territoire, MAIA, GHT, départementales, régionale (ARS) qui peuvent, à elles seules générer une situation complexe, nous pouvons rajouter à la complexité d'une prise en charge d'un patient (associations de causes) toute la complexité de la gestion même de son cas. En introduction de notre travail, nous avons évoqué la volonté des acteurs à changer les choses, nous remarquons là que seule la volonté ne suffit pas. Beaucoup d'enjeux s'interposent, politiques, économiques, humains et que l'effort de tous sera déterminant pour trouver d'autres méthodes de travail et de communication.

Pour conclure notre partie discussion, et à travers ces quatre situations, nous avons pu dégager l'ensemble des besoins inhérents à notre problématique pour les acteurs de santé comme pour les patients et leurs proches.

**Dans le cas 1** : besoin de **collaboration** ville hôpital.

**Dans le cas 2** : besoin d'**accompagnement**, patience **confiance**, réassurance

**Dans le cas 3** : besoin de **formaliser**, d'**identifier**, de **sécuriser** et de **fluidifier** les **parcours** de la personne âgée.

**Dans le cas 4** : besoin de **communication-coopération** entre les partenaires ville-hôpital

---

<sup>35</sup> FHF, « faciliter les liens entre la Ville et l'hôpital proposition 3 page 12 et proposition 5 page 13

Les grands axes de travail devront être menés avec un management ciblé sur :

- La formation initiale en IFSI, IFAS sur la fragilité, le repérage, la spécialité gériatrique.
- L'accompagnement aux changements, la résistance aux changements,
- La mobilisation des acteurs par le projet et la démarche qualité gestion des risques, quel que soit leur champ de compétence et leur champ d'activité, sanitaire, médico-social ou social.
- Le repérage de la fragilité par l'ensemble des acteurs Michelle CLERGET, Responsable pôle coordination Parcours patient - Hôpital Les Magnolias témoigne sur la mise en place d'outil de repérage de la fragilité <sup>36</sup> « *simple, connu et utilisé de tous les acteurs permettant ainsi de limiter les risques de ruptures. S'inscrire dans une démarche qualité et gestion des risques est un moyen de fédérer les soignants sur leurs pratiques* ».
- La formalisation d'outils communs validés et connus de tous les intervenants, chemins cliniques, DMP (Dossier médical Partagé), procédure de parcours patient coordonné.
- La consolidation des liens ville-hôpital avec les partenaires
- La confortation des initiatives entreprises :
  - avec les partenaires de la ville et de l'hôpital telles que la participation à des réunions sur les ruptures de parcours
  - avec l'équipe d'assistantes sociales très mobilisées pour renforcer ce lien en participant aux réunions de réseaux
  - avec l'équipe de rééducation (ergothérapeute et kinésithérapeutes du CHIC qui ont débuté une réflexion sur la prévention des chutes

A ce stade, nos besoins sont identifiés et nous pouvons affirmer que la coordination est la pierre angulaire d'un vaste chantier, un changement en profondeur de notre système de soins. La coordination est donc indispensable. Sur le schéma Ishikawa en début de chapitre, la coordination est présente sur chaque type de cause ou de risque de rupture, seulement, les méthodes, les acteurs, le management, différent en fonction des intérêts, et des bénéfices que chacun peut en tirer. La coordination est indispensable, il en reste qu'il n'existe pas une coordination qui soit transposable à

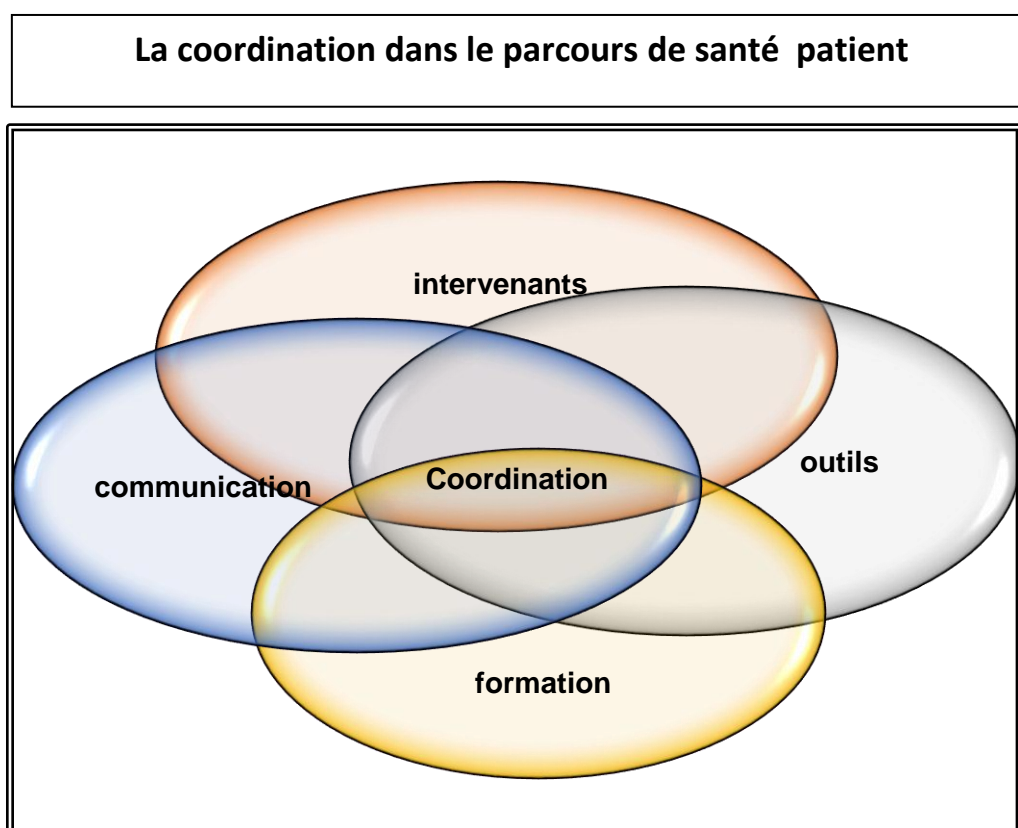
---

<sup>36</sup> <http://www.anap.fr/participez-a-notre-action/toute-lactu/detail/actualites/filieres-de-soins-lamelioration-du-parcours-patient-a-lhopital-les-magnolias/>

tous les territoires, compte tenu de leur hétérogénéité. C'est en cela qu'un diagnostic de territoire est utile. Il permet, dans une zone définie, de se reconnaître, de partir sur l'existant et co-construire, à partir de notre histoire et de nos ressources, de nos faiblesses et de nos forces.

Dans le graphique ci-dessous, nous pouvons représenter la coordination comme le rouage principal dans l'élaboration du parcours de santé des patients et les risques de ruptures de parcours.

Tableau N°27



La sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle des 5 B ; le Bon médicament, la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, pour le Bon patient. Si nous devons transposer cette règle à la gestion de la complexité nous pourrions appliquer la règle des 5 C :

**Complexité = Communication, Collaboration, Coopération, Coordination**

## 6 CONCLUSION

La France, comme l'ensemble des pays, connaît un bouleversement démographique et épidémiologique lié, entre autres, au vieillissement de la population et à la prévalence accrue des maladies chroniques. La population croît et continue de vieillir. Les prévisions de l'Insee prévoit une augmentation de 9 millions d'habitants de plus qu'aujourd'hui pour atteindre 70 millions en 2050. Un tiers de la population serait âgé de plus de 60 contre un sur cinq en 2005. Les établissements de santé ont donc vocation à accueillir de plus en plus de personnes âgées, un tiers des hospitalisations suivies d'un passage aux urgences sont des personnes âgées de plus de soixante ans. Paradoxalement, les établissements hospitaliers souvent en difficulté de trésorerie, se restructurent accompagnés par des plans de retour à l'équilibre et générant des suppressions de poste, ou des fermetures de lits. A cela, se rajoute une démographie médicale qui se désertifie et des inégalités d'offre de soins suivant les territoires. Les parcours et les situations des personnes âgées se complexifient avec la prise en charge de l'ensemble des facteurs : économiques, sociaux, environnementaux, physiques, psychologiques. Confrontés à tous ces éléments concomitants, les acteurs n'ont pas d'autres choix que de faire évoluer leurs pratiques et modifier leurs habitudes. Deux leviers favorisant le parcours aujourd'hui cloisonné et segmenté des personnes âgées sont le renforcement des liens ville-hôpital et la coordination des parcours. C'est sur ce thème que nous avons choisi de travailler confrontée tous les jours à des problématiques de prise en charge. Nous avons ciblé notre recherche dans le département de l'Orne, et plus précisément sur le GHT Orne Perche Saosnois et la MAIA Centre Orne. L'objectif de notre recherche était d'établir un diagnostic sur les différentes causes de ruptures de parcours. Puis de déterminer comment, avec qui, où et avec quels moyens les acteurs géraient les situations complexes. Enfin, connaître leurs besoins pour améliorer ou renforcer le lien ville-hôpital. Nous nous sommes rapprochés des professionnels hospitaliers du GHT et des acteurs de la ville quel que soit leur champ d'action, nous avons également procédé à une extraction des déclarations d'évènements indésirables en rapport avec le parcours patient sur le CHICAM. Nous avons pu mettre en lumière une quantité élevée de risques de ruptures de parcours que nous avons méthodiquement classés par causes, liées à l'environnement, à la santé, à la personne, et aux intervenants. Parmi un grand nombre de risques, nous

avons en avons sélectionné et analysé quatre d'entre eux. Un risque par causes : la non observance d'un traitement, le refus d'aide à domicile ou les *a priori* sur les services d'aide, errance diagnostic par défaut d'orientation et manque de concertation et partage d'information. Nous avons traité chaque risque avec la méthode qualité gestion des risques Ishikawa, et pour chacun d'eux, nous avons pu dégager les freins, les leviers et les indicateurs de suivis. Les freins portent essentiellement sur le manque de connaissance des acteurs et de leur rôle, le cloisonnement, l'absence de procédure, la gestion de conflit entre acteur, l'absence d'outil commun ou de chek-list de sortie. Les leviers sont principalement un travail en réseau établi avec l'encadrement, les infirmières et les assistantes sociales. Celui-ci doit être impulsé sur l'ensemble des acteurs. La présence d'une culture qualité sur la déclaration d'évènement est évidente mais elle doit être renforcée avec l'analyse de ceux-ci, afin ne pas rester dans le constat. Il existe des initiatives locales de rencontre entre les acteurs du CHIC et les partenaires extérieurs comme l'HAD, la MAIA, le CLIC.... Même si il existe une volonté des acteurs à travailler collectivement, le manque de coordination de communication a été fortement mis en avant. Avec l'analyse de ceux-ci, preuve que seules la volonté et les initiatives de quelques personnes ne suffisent pas. La coordination est la pierre angulaire et le malade est le dénominateur commun. Le courant de pensée s'élargit non plus sur une séquence de soins, service par service mais sur le parcours de soins du patient. Sa prise en charge est globale mais singulière. C'est donc un travail en profondeur qui doit s'opérer sur le territoire et notamment sur tous les axes de travail : formations accompagnement aux changements, mobilisation des acteurs, repérage de la fragilité, outil commun, chemins cliniques, lien ville-hôpital). De très nombreuses questions se posent alors à ce sujet. Si une coordination est indispensable, comment l'envisager ? Faut-il un « team » coordination ? Qui fait partie d'un team ? Quel est son rôle ? Quelle est sa légitimité sur un territoire ? Comment le financer ? Sur quel projet travaille-t-il sous la responsabilité de qui ? Autant de questions qui pourraient être source d'une autre recherche sur le sujet.

## BIBLIOGRAPHIE

### AUTEUR

F.MISPELBLOM BEYER, Encadrer les parcours de soins, DUNOD, Edition 2016 page 76.

### GUIDE

Atlas de la démographie médicale 2016. Page 59

Insee. Tableaux de l'économie Française (TEF).- Édition 2015, p.101

Insee-Analyse-Normandie-juin 2017.pdf, N°33

DGOS, Guide méthodologique « améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé »

Atlas de la démographie médicale en France- conseil national de l'ordre des médecins situation en janvier 2016-page 13

Projet Médico-Soignant Partagé GHT Orne-Perche-Saosnois 2017-2021 Page 68

ANAES méthode établissement de santé, juillet 2000

FHF, « faciliter les liens entre la Ville et l'hôpital proposition 3 page 12 et proposition 5 page 13

### MAGASINE PROFESSIONNEL

Risques et qualité en milieu de soins, volume XII, n°3 page 42

### WEBOGRAPHIE SITES CONSULTÉS

[http://medecine.ups-tlse.fr/du\\_diu/2016/2/ONCO\\_GERIATRIE\\_Octobre\\_2013.pdf](http://medecine.ups-tlse.fr/du_diu/2016/2/ONCO_GERIATRIE_Octobre_2013.pdf)

[http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/fr/)

<sup>1</sup>[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf)

[04/note\\_methodologique\\_polypathologie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf)

<http://free.geriatrics.overblog.com/2015/11/bouchon-un-concept-simple-et-genial.html>

[methodologique\\_polypathologie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf)

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_appui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf)

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination\\_synthese\\_et\\_outils.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination_synthese_et_outils.pdf)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI00006797417&dateTexte>

<http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-23/a0231488.htm>  
[http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html)

<https://www.annuaire-mairie.fr/departement-orne.html>

[https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche\\_qualite\\_2006\\_10\\_06\\_10\\_16\\_43\\_41.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf)

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement>

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014)

<http://www.anap.fr/participez-a-notre-action/toute-lactu/detail/actualites/filieres-de-soins-lamelioration-du-parcours-patient-a-lhopital-les-magnolias/>



## ANNEXES

Annexe 1 : Le concept BOUCHON

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 3 : Le guide d'entretien

Annexe 4 : Retranscription entretien de Me H représentante des usagers

Annexe 5 : Passeport médico-social

## Lien ville-hôpital dans la prise en charge de la personne âgée fragile : Une indispensable coordination

### Résumé :

La France, comme l'ensemble des pays, connaît un bouleversement démographique et épidémiologique lié entre autre au vieillissement de la population et à la prévalence accrue des maladies chroniques. La population va poursuivre sa croissance pour atteindre 70 millions d'habitants en 2050, selon de l'Insee, soit une augmentation de 9 millions d'habitants de plus qu'aujourd'hui. En 2050, un tiers de la population serait âgé de plus de 60 ans. Les établissements de santé ont donc vocation à accueillir de plus en plus de personnes âgées, un tiers des hospitalisations suivies d'un passage aux urgences sont des personnes âgées de plus de soixante ans. Paradoxalement, les établissements hospitaliers subissent de nombreuses restructurations et fermeture de lit pour pallier à leur difficulté de trésorerie. Ces deux phénomènes conduisent les politiques et les professionnels de santé à repenser les organisations, les prises en charge et les parcours des personnes âgées. Notre étude est un diagnostic de territoire sur le département de l'Orne, sur le territoire du Groupement Hospitalier de Territoire « Orne Perche Saosnois » et la MAIA Centre Orne. Cette enquête a mobilisé de très nombreux acteurs, elle porte sur les risques de ruptures de parcours, les difficultés, les besoins, des acteurs de la ville et de l'hôpital, et permet d'affirmer l'indispensable coordination.

**Mots clés :** coordination-personne âgées- fragilité -lien ville-hôpital

**Keywords:** coordination-elderly people- fragility -link »city-hospital »

### Link "city-hospital" in the care of the frail elderly person: An indispensable coordination

### Abstract:

France, like all countries, is experiencing a demographic and epidemiological upheaval linked, among other things, to an aging population and an increased prevalence of chronic diseases. The population will continue to grow to 70 million inhabitants in 2050, according to INSEE, an increase of 9 million more than today. By 2050, one-third of the population will be over 60 years old. Health care facilities are therefore required to accommodate more and more elderly people, already a third of people hospitalised for emergency treatment are over sixty years old. Paradoxically, hospitals are undergoing a number of restructurings and bed closures to offset their financial difficulties. These two phenomena are leading policy makers and health professionals to rethink care pathways for older people. This study is a diagnosis of the Hospital Group Territory »Orne Perche Saosnois" and the MAIA Center, Orne and is a survey of a large number of actors. It focuses on the risks posed by the rupture of care pathways and the difficulties and needs of healthcare workers in hospitals and in the community, thus confirming the importance of improving coordination.