

**FACULTÉ D'INGÉNIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ – I.L.I.S.  
UNIVERSITÉ DROIT ET SANTÉ DE LILLE – LILLE II**

**UNIVERSITÉ SCIENCES HUMAINES – LETTRES ET ARTS DE LILLE – LILLE III  
CARSAT NORD – PICARDIE – CERFEP**

**MASTER INGÉNIERIE DE LA SANTÉ  
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTÉ**

**Mémoire de Master 2**

**RETOUR A DOMICILE DE LA PERSONNE AGEÉ  
APRES UNE HOSPITALISATION :  
PERTINENCE DE LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS**

**LILLE, Octobre 2017 – Octobre 2018**

**Célia GODART**

**Directeur de mémoire** : Monsieur Daniel **DREUIL**  
**Président du Jury** : Monsieur François **PUISIEUX**  
**Tuteur pédagogique** : Madame Delphine **GRYNBERG**      **Le 1<sup>er</sup> octobre 2018**  
**Tuteur professionnel** : Madame Corinne **KARWACKI**

Faculté Ingénierie et Management de la Santé – I.L.I.S  
42 rue Ambroise Paré  
59120 LOOS

## REMERCIEMENTS

Avant de commencer la présentation de ce travail, je me permets de remercier et témoigner de mes respects à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude au directeur de ce mémoire, monsieur Daniel **DREUIL**, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Pour l'encadrement de mon projet, je tiens à exprimer mes remerciements à madame Delphine **GRYNBERG**, ma tutrice pédagogique.

Je tiens à exprimer mes remerciements et ma profonde reconnaissance à madame Corinne **KARWACKI**, ma tutrice professionnelle, qui m'a accompagnée pour la réalisation de ce projet, pour son accueil en qualité de stagiaire au sein du relais autonomie Centre Local d'Information et de Coordination (C.L.I.C) « Riv'âge » de Wattrelos, sa disponibilité, ses remarques et conseils, ainsi que pour la confiance qu'elle a su m'accorder.

Ces remerciements vont également à tout le personnel du relais autonomie C.L.I.C « Riv'âge » pour leur accueil, aide et soutien pendant la période de stage.

Je remercie sincèrement les principaux acteurs de ce mémoire ; à savoir l'ensemble des personnes qui ont acceptées de répondre présentes, avec beaucoup de gentillesse, pour participer à un entretien.

Je tiens à exprimer mes remerciements à **monsieur le Directeur et à l'ensemble des professeurs** de la Faculté Ingénierie et Management de la Santé – Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (I.L.I.S) qui m'ont accueillie, formée, guidée et suivie durant ces deux années d'études.

En me permettant d'entreprendre et de poursuivre cette formation, ils m'ont accordé leur confiance.

Grâce à leurs encouragements de tous les jours, leur disponibilité, leur générosité, leur soutien et leur amour, ma famille a su créer le climat chaleureux et propice à la poursuite de mes études. J'exprimer mon profond respect et ma fidèle reconnaissance, en espérant qu'ils seront toujours fiers de moi, **à maman, mon frère, mes grands-parents et ma marraine.**

A tous très sincèrement MERCI.

Célia **GODART**.

# SOMMAIRE

## RETOUR A DOMICILE DE LA PERSONNE AGEE APRES UNE HOSPITALISATION : PERTINENCE DE LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS

<b>PAGE DE GARDE</b> .....	<b>1</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>I - ETAT DES LIEUX</b> .....	<b>5</b>
1. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION .....	5
2. FRAGILITE ET SYNDROME DE CHUTE .....	7
3. PARCOURS ET POINTS CRITIQUES .....	11
4. ETAPES DU PARCOURS ASSOCIEES A L'HOSPITALISATION.....	14
5. ACTEURS DE L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE.....	18
<b>II. ETUDE</b> .....	<b>25</b>
1. MATERIEL ET METHODE.....	25
2. RESULTATS .....	28
<b>III. DISCUSSION</b> .....	<b>37</b>
1. LES LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE .....	37
2. LES POINTS DE RUPTURE IDENTIFIES .....	39
3. LES LEVIERS DANS LA PRISE EN CHARGE .....	45
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>52</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>56</b>
<b>LISTE DES SCHEMAS ET TABLEAUX</b> .....	<b>60</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>61</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>62</b>

## INTRODUCTION

L'évolution de la médecine, l'éducation aux soins du mental et du corps telle que l'alimentation, le sport, ... contribue à la bonne santé mentale et physique de la population mais aussi à son vieillissement.

De la naissance à la mort, le corps est en évolution permanente et n'a pas été configuré pour rester le même : jeune, beau, énergique et en pleine forme.

Un des principaux traumatismes de la personne âgée est la chute. Accident de la vie, anodin quand l'individu est jeune mais qui devient rapidement grave et déroutant quand l'âge avance et lorsque qu'il est souvent réitéré. Il s'agit d'un syndrome chronique emblématique de la fragilité des personnes âgées.

Hospitalisation ou non, il faut des soins et des aides. Une prise en charge s'avère nécessaire, appelant à une coordination des personnels intervenants et des moyens. A la sortie de l'hôpital, le retour à domicile n'est pas toujours aisé. Pour être certain que la personne âgée prendra soin d'elle et ne baissera pas les bras, la mise en place coordonnée de parcours de soins est nécessaire.

Après avoir fait un point sur le vieillissement de la population, la fragilité de la personne âgée, victime du syndrome de chute chronique, je m'attarderai sur le parcours de soins de la personne âgée, de son hospitalisation à son retour à domicile. Je vous exposerai ensuite le parcours du patient chuteur, avec ses points critiques et la coordination mise en place avec l'aide des différents intervenants et services pour son retour à domicile.

Je vous expliquerai la méthodologie mise en place pour cette étude et vous ferai un retour des différents entretiens effectués auprès de personnes, âgées entre 60 et 92 ans, pour terminer par une analyse des résultats.

Je finirai ce mémoire par une discussion dans laquelle je mettrai en évidence les limites et force de l'étude effectuée. J'exposerai ensuite les points de rupture identifiés dans le parcours de soins de la personne âgée et les leviers dans la coordination de leur prise en charge.

Pour une population mondiale de 7,59 milliards [1], au 1<sup>er</sup> janvier 2018, la France compte 67,2 millions d'habitants.

### **1. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION**

#### **1.1. En France**

L'accroissement du nombre d'habitants est directement lié au vieillissement de la population provoqué par l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge de la génération du « baby-boom ».

Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent plus de 17,2 millions d'habitants soit 25,7% de la population française. Ces chiffres ont amplement progressé en vingt ans notamment pour les personnes âgées de 75 ans ou plus qui représentent près d'un habitant sur 11.

La projection de la population française en 2060, estimerait le nombre d'habitants à 73,6 millions selon les évaluations de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E). Le nombre de personnes de 60 ans sera en nette progression et correspondra à 1 habitant sur 3. [2]

Les politiques économique, sociale et sanitaire se trouvent face un nouvel enjeu, l'augmentation constante du nombre de personnes âgées. En effet, depuis quelques années elles donnent les informations à la population pour vivre plus sainement et en bonne santé. Les personnes âgées ont la possibilité, de manière autonome, d'améliorer leur qualité de vie au quotidien. [3]

#### **1.2. Dans le Nord**

Une des caractéristiques du département du Nord est d'être un territoire français des plus peuplés avec un grand nombre de personnes âgées.

De nombreuses spécificités démographiques en sont la cause :

- Une forte natalité mais une espérance de vie plus faible ;
- Un vieillissement accéléré sur le littoral ;
- Des personnes âgées en moins bonne santé ;
- Des revenus plus faibles (emplois moins qualifiés, chômage) ;
- La pauvreté.

Ces particularités mettent en avant non seulement une vulnérabilité de la personne âgée mais aussi une fragilité sanitaire dans le département.

Cette spécificité se répercute également sur le niveau de vie. Dans le département du Nord, 72% des personnes âgées dépendantes vivent à domicile en raison d'un soutien familial plus important, d'une offre en établissement moins importante et/ou des moyens financiers limités pour accéder à des structures adaptées. En effet, auparavant, rares sont les femmes qui travaillaient mais cependant, à la mort de leur conjoint, elles doivent vivre avec une retraite de réversion et faire face avec de faibles moyens.

Après 80 ans, le risque d'isolement chez la personne âgée est relativement élevé surtout chez la femme qui reste à domicile après la mort du conjoint.

Les personnes âgées expriment clairement leur envie de rester vivre à domicile. Les aides notamment l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) en donnent la possibilité. [4] Malgré un certain nombre d'aides et d'adaptations du logement, le vieillissement entraîne une fragilité physique et fonctionnelle se traduisant par un risque important de perte d'autonomie.

La chute est un des événements traumatisants, souvent évitable. Pourtant une personne âgée sur trois va chuter dans l'année. [3]

## 2. FRAGILITE ET SYNDROME DE CHUTE

### 2.1. La fragilité

Cette notion de fragilité se retrouve chez les personnes qui présentent une baisse de leurs capacités d'adaptation ou d'anticipation.

En effet, ce syndrome de fragilité n'est en rien lié à une maladie précise mais il est la conséquence d'une réduction des aptitudes physiologiques qui limitent les capacités (mémoire, équilibre, ...) et qui peut se manifester face à des changements familiaux, environnementaux ou à des situations stressantes.

Devenir une personne fragile n'équivaut pas à dire être dépendant. En la repérant, une prise en charge peut être mise en place afin de lui permettre une meilleure qualité de vie. [5]

En générale, les personnes âgées sont classées en trois catégories.

Les personnes « robustes » peuvent avoir des maladies chroniques mais leur qualité de vie n'est pas altérée ; environ à 50-60% des personnes de plus de 65 ans.

Les personnes « dépendantes » subissent des pertes d'autonomie, des incapacités à réaliser des gestes du quotidien. Il s'agit de 10% des personnes de plus de 65 ans.

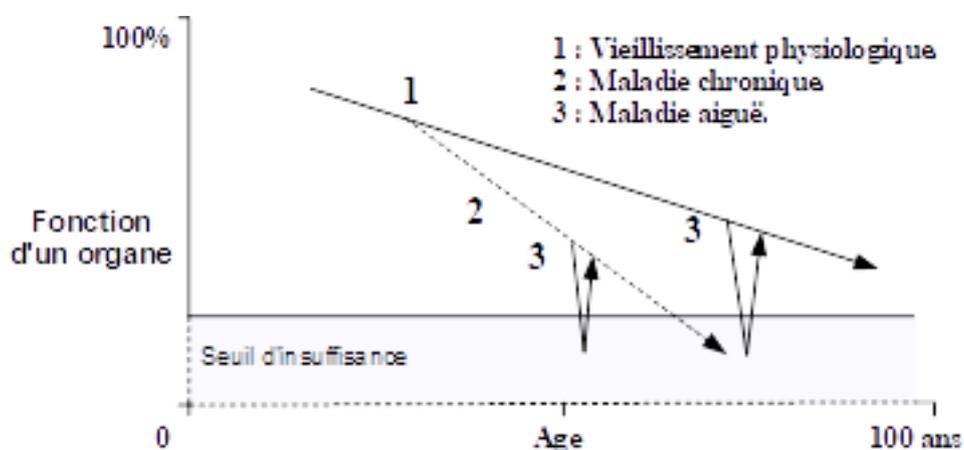
Les personnes âgées « fragiles », se trouvent entre les deux et représentent 30 à 40% des personnes de 65 ans. [6]

Une personne âgée peut très vite passer d'une catégorie à une autre. En effet, une personne « robuste », après une hospitalisation, se trouve dans un processus de fragilité. Cet état est réversible et la personne « fragile » peut retrouver son état de robustesse.

En revanche, lorsqu'une personne âgée dite « fragile » subit une nouvelle hospitalisation ou doit faire face à des situations stressantes (exemple : veuvage), elle peut devenir dépendante. Cet état irréversible est appelé cascade gériatrique. [7]

Ce phénomène de cascade est souvent illustré par le schéma 1+2+3 de Bouchon, mettant en évidence l'ensemble des phénomènes multiples agissant sur la personne âgée.

En effet, conformément au schéma ci-dessous, la personne subie les effets du vieillissement (1) auxquels peuvent s'ajouter une ou plusieurs maladies chroniques (2) qui, selon leurs évolutions, peuvent rendre la personne âgée fragile. Un événement déclencheur, un stress aigu, un facteur précipitant comme une infection, les effets indésirables d'un médicament ou une chute vont rendre la personne instable, fragile ou même dépendante (3). [8]



**Schéma 1** : 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Rev Prat 1984, 34 :888 par JP. Bouton.

## 2.2. La chute

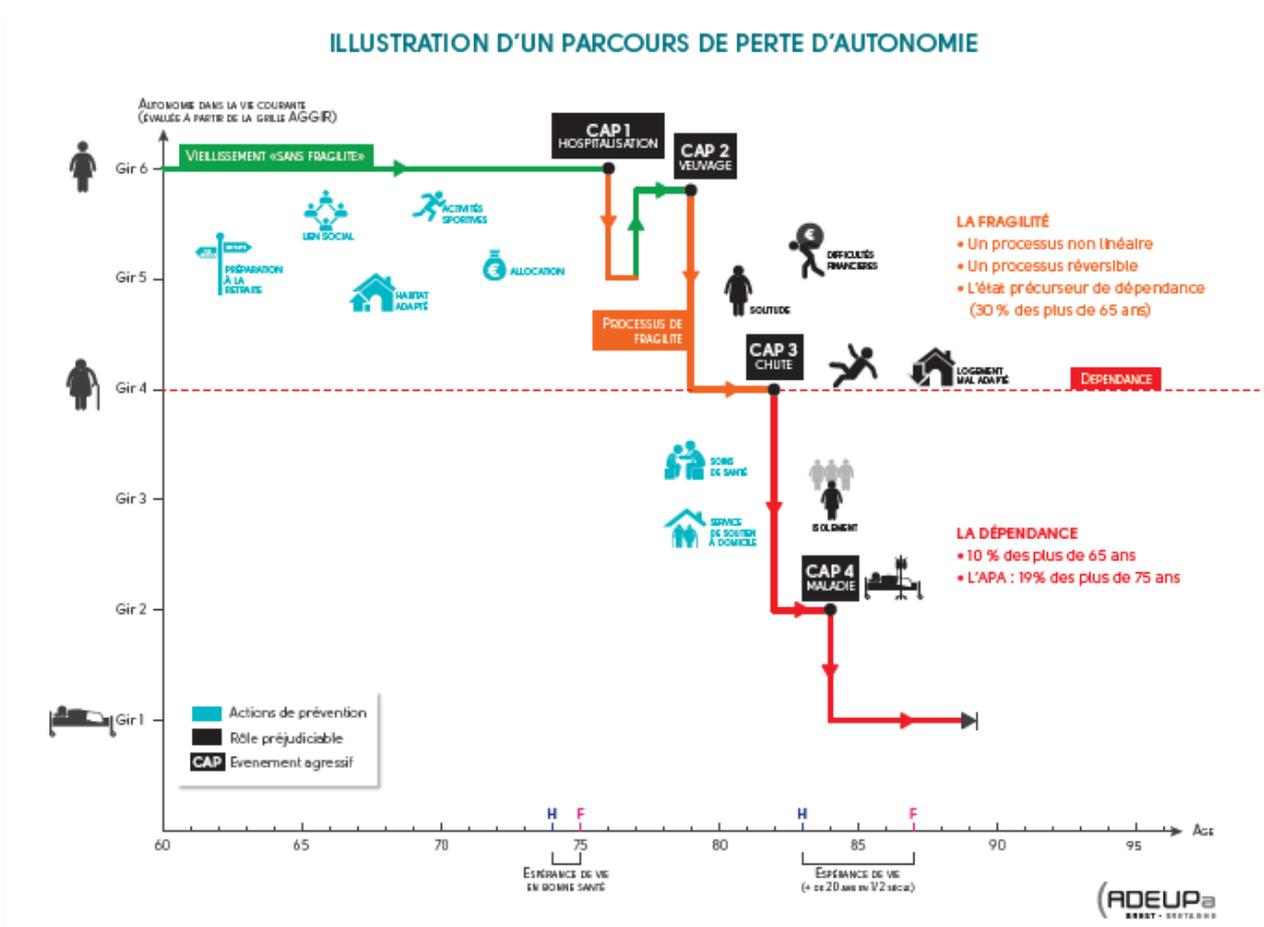
Les chutes des personnes âgées sont fréquentes et ont de nombreuses répercussions sur l'autonomie. Il s'agit de la troisième cause d'admission à l'hôpital pour les seniors mais surtout la première cause d'accident mortel chez les plus de 75 ans. [9].

La chute se caractérise par le fait de tomber involontairement sur le sol avec ou sans perte de connaissance [10]. Chez le sujet âgé, la chute est un événement traumatisant, brutal, qui souvent marque son parcours de vie et peut générer des conséquences physiques et émotionnelles. La chute révèle principalement la fragilité de l'individu.

C'est un problème majeur de santé publique. La Haute Autorité de Santé (H.A.S) a publié en 2009 des recommandations, visant à améliorer la prise en charge des personnes à risque de chutes. La population ciblée est principalement la personne âgée de 75 ans et plus ayant un ou plusieurs facteurs de fragilité. Chez ces personnes, la chute représente un syndrome chronique.

« La population la plus concernée par les chutes répétées est constituée de personnes âgées de plus de 75 ans et présentant un état fragile, la fragilité se définissant comme un état médico-psycho-social instable ».

Il est estimé que la moitié des « chuteurs » font des chutes répétées, identifiées comme un marqueur de fragilité des personnes âgées. Dans ses recommandations il est noté que « la survenue des chutes répétées correspond à la fois à un symptôme de la fragilité et à un événement stressant capable de décompenser cet état fragile donc instable. »[11]



**Schéma 2** : Prévention de la perte d'autonomie, diagnostic des besoins, conférence des financeurs du Finistère, octobre 2016.

Comme décrit dans le schéma ci-dessus, la chute de la personne âgée s'inscrit dans un parcours permettant une prise en charge globale du patient sur un territoire donné, intégrant l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social ainsi que des déterminants de santé (éducation, milieu professionnel, environnemental, hygiène, ...).

Le schéma illustre parfaitement les conséquences d'un traumatisme nécessitant des soins, chez la personne âgée. A partir de la chute, elle se situe entre fragilité et dépendance, la prise en charge sera déterminante pour limiter la perte d'autonomie et autres séquelles.

Plusieurs facteurs sont mis en cause lors d'une chute :

- Liés à la personne et à son vieillissement ;
- Précipitants (pathologie, risque iatrogène) ;
- Comportementaux et des particularités liées à l'environnement dans laquelle la personne se trouve. [3]

La faiblesse de l'un de ces facteurs entraîne un trouble de l'équilibre et de la marche.

Les causes de la chute, quelques en soient les conséquences, doivent être identifiées. Il est primordial d'en connaître l'origine pour une meilleure approche.

Une prise en charge d'un patient qui chute doit être rapide, active et globale. Un accompagnement trop lent peut amener la personne vers une évolution précoce de la dépendance. Il est préférable d'agir en amont de la chute en limitant les facteurs de risques mis en cause.

Plus le pourcentage de risques est élevé, plus la menace de chute augmente pour la personne âgée.

Les suites d'une chute sont souvent importantes :

- Conséquences traumatiques, perte de confiance ;
- Restriction de l'activité quotidienne ;
- Perte d'autonomie (voir l'institutionnalisation) ;
- Mise en place d'aides à moyen et/ou long terme.

En plus des traumatismes, la gravité de la chute a aussi une conséquence psychologique et psychomotrice. La chute a pour risque principal l'apparition du syndrome post-chute.

Selon l'importance de la chute, la personne peut être hospitalisée notamment lorsqu'il est nécessaire de faire de la rééducation (fracture, opération, ...) mais cela ne doit pas être systématique. [10]

### **3. PARCOURS ET POINTS CRITIQUES**

#### **3.1. Parcours du patient**

L'évolution des besoins et l'augmentation des maladies chroniques dans la population demandent un changement de notre système de santé passant par la notion de parcours. Cette approche globale distingue différents niveaux.

Le parcours de vie intègre la personne dans son ensemble c'est-à-dire : la famille et l'entourage, la scolarisation, la vie professionnelle, l'environnement, le logement, l'autonomie, l'état de santé, ... Il s'inscrit dans le parcours de soins et de santé de la personne.

Le parcours de santé vise une coordination entre les différents acteurs en tenant compte des spécificités de chaque territoire, en lien avec : la prévention en santé, un accompagnement social et médico-social, le maintien et le retour à domicile.

Le parcours de soins, consistant à développer une meilleure coordination des interventions lors de l'accompagnement global sur le long terme, correspond aux soins de premiers recours : urgences, hospitalisation à domicile, Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R), unité de soins de longue durée et Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (E.H.P.A.D). Il fait intervenir les acteurs du système sanitaire hospitalier et ambulatoire.

Ce parcours nécessite la coordination des environnements de prise en charge et la constitution d'équipes pluridisciplinaires englobant à la fois le sanitaire et le médico-social (hôpital, EHPAD, soins primaires et spécialistes...). Il prévient des hospitalisations, coûteuses et dangereuses, en renforçant les soins de proximité et la médecine ambulatoire et lutte à la fois contre les soins inutiles et les ruptures de soins.

Cela permet une prise en charge globale prenant les choix de la personne en considération et en coordination avec l'ensemble des acteurs du parcours. [12]

Les ruptures de soins sont essentiellement liées à des problèmes d'accès à l'offre, à une mauvaise orientation ; voire des protocoles non respectés.

Elles ont des conséquences graves ; voire dramatiques pour les patients car elle génère une augmentation de la morbi-mortalité. Les professionnels de santé doivent soigner dans l'urgence le retour du patient à la suite de ré-hospitalisation non programmée, ce qui peut être une perte de temps pour les professionnels de santé. De plus, elle entraîne une diminution de l'efficacité des consultations en ville. [13]

### **3.2. Points critiques**

Depuis plusieurs années, des améliorations ont été réalisées notamment dans la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Des progrès restent à effectuer notamment dans la minimisation des risques, par l'harmonisation des pratiques et par une personnalisation de la prise en charge des patients. Dans cette démarche, tout est mis en œuvre pour identifier les points critiques et ainsi améliorer efficacement la prise en charge et éviter les ruptures dans le parcours de soins.

Un point critique, dans le parcours de santé d'un patient, correspond à un moment particulièrement problématique pouvant avoir des conséquences graves s'il n'est pas maîtrisé et accompagné.

Les points critiques du parcours de la maladie peuvent être de plusieurs sortes :

- ♦ Les points critiques subjectifs : il s'agit d'un moment vécu sensible du parcours où peut apparaître une difficulté existentielle ou psychologique, aiguë ou prolongée, en lien avec la maladie et d'autres facteurs. Le point de départ peut être l'entrée dans la maladie, une complication, une récurrence, un impact psychologique et physique de la maladie et du traitement (épuisement, stress etc...).
- ♦ Le point critique organisationnel : il s'agit d'une rupture du parcours de soins avec deux modalités dysfonctionnelles principales :
  - la perte de la continuité du parcours de soins résultant le plus souvent d'un manque ou d'interruption de suivi ou d'une difficulté majeure dans la liaison entre intervenants successifs.

- La perte de globalité qui fait manquer un besoin essentiel du patient par approche réductrice et/ou cloisonnée par manque de concertation entre différents intervenants simultanés.

Dans les deux cas, le manque de coordination est en cause. Quelques points critiques connus : interruption du suivi, cloisonnement du soin, manque de liaison interface ville / hôpital, manque de passerelle avec le secteur médico-social ou social.

- ♦ Un moment difficile dans le parcours peut parfois comprendre ces différentes dimensions intriquées. [14] [15]

## **4 ETAPES DU PARCOURS ASSOCIEES A L'HOSPITALISATION**

Généralement après une chute la personne âgée passe par le service des urgences. Selon la gravité, trois options s'offrent à elle : une hospitalisation vers un service de court séjour gériatrique, une hospitalisation vers un S.S.R ou son retour à domicile. [16]

### **4.1 Le service de court séjour gériatrique**

Cette unité prend en charge les hospitalisations complètes de patients gériatriques et peut assurer une hospitalisation directe, une hospitalisation après le passage aux urgences, une période d'investigations ou d'équilibrage du traitement. Ce service dispose d'une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en charge gérontologique.

Elle a plusieurs missions :

- Assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée ;
- Procéder à une évaluation globale du patient gériatrique ;
- Etablir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire ;
- Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées ;
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques ;
- Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieure et contribuer à leurs organisations (recueil d'informations, ressources : matérielles, humaines et financières).

L'accès direct des patients au service est à privilégier car l'admission permet un contact entre le médecin généraliste et le médecin du service.

Lors de la sortie du patient l'ensemble du service finalise avec lui son projet thérapeutique personnalisé, impliquant une collaboration avec les partenaires comme les Centres Locaux d'Information et de Coordination (C.L.I.C), les réseaux gérontologiques, etc... [17]

## 4.2 Le service de soins de suite et de réadaptation

L'activité de ce service a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales, des déficiences et de ses limitations ainsi que de promouvoir la réadaptation et réinsertion de la personne âgée.

Les personnes âgées, de 70 ans et plus, sont de plus en plus nombreuses à effectuer un séjour dans ce service. Il s'agit en majorité de femmes. Les fractures osseuses, les arthropathies, les difficultés à la marche et les démences sont les principales pathologies à l'origine de ces hospitalisations.

Ce service a 3 missions :

- La rééducation : Aider le patient à retrouver l'ensemble de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques ;
- La réadaptation : Permettre l'adaptation de la personne au maximum de ses limitations et pouvoir les contourner si possible ;
- La réinsertion : Garantir une réelle autonomie dans les activités du quotidien. Le service essaie de se rapprocher des conditions de vie précédant l'arrivée de la personne âgée. La réinsertion représente l'aboutissement d'une prise en charge personnalisée du patient.

Après leur séjour, plus des deux tiers des patients réintègrent leur domicile ou un logement de substitution (maison de retraite, E.H.P.A.D, etc....). [18]

Après l'hospitalisation, dans des conditions rassurantes, de la personne âgée victime d'une chute et d'une prise en charge intégrale (toilette, rééducation, repas, ...), le moment de la sortie peut être vécu, comme une rupture dans le parcours de soins. [19]

L'ensemble des professionnels du domaine médical, paramédical et social doit préparer et assurer la continuité des soins lors de la sortie pour éviter cette cassure. [16]

### **4.3 La sortie d'hospitalisation**

Dès lors qu'une personne est hospitalisée, il faut se poser la question de la sortie de manière systématique car elle est déterminante pour la suite de la prise en charge.

Pour organiser de façon idéale cette sortie il est nécessaire de recueillir un certain nombre d'informations sur l'environnement, les prescriptions médicales, ... auprès de la personne et de sa famille afin de mettre en place un projet de soins personnalisé. [20]

Une assistante sociale doit être mise en lien avec la personne âgée et sa famille. Elle tiendra le rôle de pivot dans la prise en charge. En effet, elle assurera la liaison non seulement entre les personnes impliquées dans la prise en charge du patient (médecin, infirmier, ...) mais aussi, avec les acteurs de la ville pour préparer la sortie d'hospitalisation. Cette étape cruciale peut s'avérer difficile selon la durée du séjour du patient. [16]

L'amélioration de la sortie du patient a plusieurs objectifs :

- Anticiper dans de bonnes conditions la sortie de l'hôpital ;
- Assurer la continuité des soins ;
- Renforcer la collaboration hôpital-ville ;
- Limiter le nombre de ré-hospitalisations ;
- Améliorer la coordination de tous les acteurs impliqués ;
- Améliorer la satisfaction de la personne et de ses proches dans la prise en charge ;
- Retrouver autant que possible la qualité de vie antérieure voire meilleure de la personne âgée. [21]

Les enjeux de la sortie sont importants et multiples pour assurer au patient une prise en charge optimale dès son retour à domicile.

L'anticipation, la communication et la coordination de tous apparaissent primordiales pour réussir la sortie de la personne âgée. [16]

#### **4.4 Ville / Hôpital**

La collaboration entre la ville et l'hôpital est devenue un enjeu majeur, inévitable pour la qualité et l'efficacité du système de santé. L'un des objectifs de ce partenariat est de réussir les retours à domicile et de limiter les hospitalisations injustifiées. [21]

La mise en place de réseaux de santé regroupant différents intervenants permet d'avoir une vue d'ensemble sur les professionnels et/ou structures, sur un ou des problèmes de santé précis en tenant compte des besoins de la personne et des possibilités présentes sur le territoire.

La coordination représente une fonction transversale qui se situe entre les différents champs du sanitaire, médico-social et sociale, favorisant une démarche de qualité de l'organisation des soins. [22]

A domicile, les services et les intervenants se multiplient rendant complexes les soins de la personne âgée. [21]

Grâce à cette coordination, le maintien à domicile des personnes âgées est rendu possible et surtout plus efficace.

## **5 ACTEURS DE L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE**

Pour aider au mieux les personnes âgées à vivre chez elles, des mesures d'accompagnement sont essentielles. Une prise en charge globale et coordonnée regroupant les dimensions physiques, psychiques et sociales de la personne doit être proposées. Cet accompagnement peut passer par un certain nombre d'acteurs. [23]

### **5.1 La famille**

#### **5.1.1 La personne âgée**

Son implication et son accord sont indispensables dans sa prise en charge. En effet, la mise en place d'aides peut être vécue comme une intrusion dans son intimité ou comme une charge qu'elle s'inflige et impose à son entourage. L'acceptation par la personne, des mesures nécessaires établies, ne peut qu'améliorer la qualité de la prise en charge. [23]

#### **5.1.2 L'entourage**

Le premier impacté par la situation de fragilité et/ ou de dépendance, lorsque la personne âgée sort de l'hôpital, est l'entourage. C'est un référent incontournable, pouvant très vite devenir un aidant naturel dans les tâches du quotidien.

En France, beaucoup de personnes âgées sont maintenues à leur domicile uniquement grâce à l'intervention familiale. L'aide et la participation dans les tâches quotidiennes (courses, conduite aux rendez-vous, repas, ...) de la famille, des amis, des voisins, permettent de prendre en charge certains besoins ne nécessitant pas de qualifications particulières.

Il reste évident que l'entourage familial proche ne peut assumer seul l'ensemble des exigences de la personne âgée car au fil du temps, il risque de s'épuiser. De plus, certains besoins ne peuvent être effectués que par des professionnels (infirmier, kiné, ...). [23]

## **5.2 Les professionnels de santé**

### **5.2.1 Le médecin généraliste**

Depuis la loi du 13 août 2004 [24], relative à l'assurance maladie, et l'arrêté du 3 février 2005 [25], le médecin s'est vu attribuer un certain nombre de nouvelles missions ; comme sa participation à l'élaboration du protocole de soins pour les Affections de Longue Durée (A.L.D) et la tenue du futur dossier médical partagé.

Avec cette loi, le médecin est placé au centre de la coordination des soins devenant ainsi un acteur spécifique du secteur sanitaire. [26]

Le rôle du médecin généraliste est donc incontournable dans la prise en charge de la personne âgée. Il est l'interlocuteur privilégié, la personne de confiance pour les patients et tient un rôle majeur dans la prévention et la mise en place du suivi pour certaines catégories de pathologies propres aux patients âgées.

Les contacts répétés avec le patient depuis plusieurs années assurent une continuité et une qualité dans la prise en charge. [23]

De plus, placé au centre du dispositif de soins, il assure la coordination des professionnels de santé : kinésithérapeute, infirmière, orthophoniste, service de soins à domicile, ...

Ce rôle, en général informel, est indispensable dans la prise en charge de la personne âgée. [27]

### **5.2.2 Les services de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D)**

Lors de son retour à domicile la personne âgée peut se voir prescrire des soins à domicile, pris en charge par l'assurance maladie. Ils peuvent être dispensés par des S.S.I.A.D et par des infirmiers libéraux avec lesquels, il est souvent passé une convention. Ces soins vont des actes relatifs à l'hygiène, la surveillance de l'alimentation et de l'hydratation de la personne, à des actes plus techniques comme des pansements, des injections intraveineuses etc...

Les S.S.I.A.D ont un quota de patients limité. La prise en charge est initialement de 30 jours mais peut être reconduite jusqu'à 90 jours. [28]

### **5.2.3 Le kinésithérapeute**

Pour maintenir la personne âgée à domicile, plusieurs acteurs sont souvent mobilisés dans le domaine de l'aide à domicile mais aussi dans celui des soins.

Réel maillon dans la coordination des soins mais aussi dans la coordination ville-hôpital, le kinésithérapeute intervient dans l'idéal dès la sortie d'hospitalisation de la personne âgée afin d'effectuer un programme personnalisé aux problématiques. [29]

Cette prise en charge a pour objectif de maintenir, renforcer ou améliorer l'autonomie de la personne dans les gestes et dans son environnement quotidien. [30]

## **5.3 Partenaire de la coordination**

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (C.L.I.C) et les réseaux gérontologiques sont des plateformes intervenantes à plusieurs niveaux dans l'accompagnement du parcours de soins des personnes âgées. Elles permettent également de faciliter la communication entre les différentes partenaires du champ sanitaire, social et médico-social. [31]

### **5.3.1 Le Centre Local d'Information et de Coordination (C.L.I.C)**

Le C.L.I.C est un acteur de proximité qui a vu le jour en 2001 et couvre l'ensemble du territoire. Son rôle est de conseiller, informer (faciliter l'accès aux droits) et orienter (mise en réseaux des professionnels) les personnes âgées, les familles et les professionnels intervenant auprès de ces personnes. Le C.L.I.C prend en charge des personnes âgées à partir de 60 ans, faisant face à des situations plus ou moins complexes.

Il a trois niveaux d'interventions :

- Niveau 1 : missions d'accueil, d'information, d'écoute et de soutien aux familles ;
- Niveau 2 : évaluation des besoins et élaboration d'un plan d'aides personnalisé ;
- Niveau 3 : mise en œuvre des plans d'aides et du suivi.

Les personnes âgées sont aidées à constituer leur dossier de prise en charge. Il organise l'intervention des services d'aides à domicile et de soins infirmiers, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile, etc. ... [27]

La relation entre le C.L.I.C et le service social hospitalier permet d'optimiser la prise en charge des personnes âgées mais ce dispositif reste limité et peu utilisé. Il est indispensable de continuer le perfectionnement de ce maillage entre ces secteurs du territoire. [32]

### **5.3.2 Les réseaux gérontologiques**

Les réseaux gérontologiques rassemblent un ensemble de professionnels des établissements de santé, des structures de soins, d'aide à domicile, d'hébergement, ... qui interviennent sur un territoire donné auprès des personnes âgées.

Leur objectif est de mobiliser toutes les ressources disponibles afin de répondre aux besoins des personnes, en assurant et en favorisant une continuité, une qualité et une coordination des soins. [33]

Ils ont plusieurs missions :

- Accompagner le médecin traitant dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ;
- Réaliser une évaluation multidimensionnelle ;
- Favoriser un accès adapté à la filière de soins gériatriques hospitalières ;
- Organiser la sortie d'hôpital et assurer la continuité des soins avec le médecin traitant ;
- Participer à la formation des acteurs du domicile ;
- Apporter des compétences particulières au domicile (psychologue, ergothérapeute, etc...). [27]

Le plus souvent le réseau intervient à la demande des professionnels de santé.

## **5.4 Les services sociaux**

### **5.4.1 L'assistante sociale**

Elle occupe une véritable position stratégique entre les différents champs sanitaire, médico-social et social. L'assistante sociale occupe une position centrale dans le traitement des informations des personnes hospitalisées.

Elle permet la liaison entre les différents acteurs et la mise en place des prises en charge dès la sortie d'hôpital de la personne. Elle assure l'interface entre la ville et l'hôpital.

Dans un intervalle de temps, souvent limité, elle doit effectuer les démarches pour une prise en charge efficace, coordonnée et surtout la mieux adaptée pour la personne âgée en accord avec celle-ci, sa famille et les acteurs du secteur médico-social et social. [34]

#### **5.4.2 Les moyens et les aides**

Divers et variés, ils sont indispensables chez les personnes âgées car ils leur permettent de vivre un quotidien de meilleure qualité.

##### **5.4.2.1. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002. Il s'agit d'une allocation réglementée, destinée aux personnes.

Pour pouvoir en bénéficier trois critères sont exigés :

- Etre âgé de 60 ans ou plus ;
- Etre en perte d'autonomie nécessitant une aide dans les tâches quotidiennes, évaluée grâce au Groupe Iso-Ressource (G.I.R) allant de 1 à 4 ;
- Résider en France de façon stable et régulière.

L'A.P.A peut être accordée selon deux classifications « A.P.A domicile » ou « A.P.A établissement » servant à régler soit les dépenses nécessaires pour demeurer à domicile malgré, la perte d'autonomie ; soit une partie du tarif dépendance en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D).

La loi du 28 décembre 2015 [35], relative à l'adaptation de la société au vieillissement de sa population, a permis de revaloriser et améliorer l'A.P.A. Cette allocation est versée mensuellement par le conseil départemental et ne peut faire l'objet d'aucune récupération ni du vivant ni au décès du bénéficiaire.

Pour percevoir cette allocation, la personne, remplissant les conditions requises, n'est soumise à aucune condition de revenus. En revanche, le montant de la somme attribuée dépend du niveau des revenus.

Lors d'une hospitalisation, la personne peut bénéficier d'une A.P.A « d'urgence », mise en place pour lui permettre d'avoir un plan d'aides adapté dès son retour à domicile.

Grâce à cette allocation, les personnes âgées sont assistées au quotidien dans les tâches qu'elles ne sont plus en mesure d'effectuer. [10] [36]

La grille d'Autonomie Gérontologique et Groupe Iso-Ressource (A.G.G.I.R) est basée sur l'observation des activités quotidiennes effectuées uniquement par la personne âgée.

« Il y a six niveaux distincts :

- *GIR 1 : les personnes confinées au lit, dont les facultés mentales sont gravement altérées, et qui ont besoin d'une présence continue d'intervenants. Les personnes en fin de vie.*
- *GIR 2 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées, et qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Les personnes qui ont des fonctions mentales altérées, mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.*
- *GIR 3 : les personnes ayant conservé leurs facultés mentales mais qui ont besoin plusieurs fois par jour d'aides pour les soins corporels.*
- *GIR 4 : les personnes ne faisant pas leur transfert seules (par exemple se lever seules du fauteuil) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et pour s'habiller. Les personnes n'ayant pas de problème pour se déplacer mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour la préparation des repas.*
- *GIR 5 : les personnes qui peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques : préparation des repas, ménage...*
- *GIR 6 : les personnes autonomes pour tous les actes importants de la vie courante ».*

[10] [37]

#### **5.4.2.2. Les services d'aide à domicile**

Ils sont de plus en plus nombreux à intervenir au domicile de la personne âgée. Ces services consistent à apporter une aide dans les tâches et les activités de la vie quotidienne (ménage, repassage, courses, toilette, ...) afin de maintenir l'autonomie des personnes le plus longtemps possible.

Ces aidants professionnels se trouvent, au plus près, dans l'intimité de la personne âgée. Ils veillent à établir une relation de confiance, tout en respectant la vie privée. Grâce à ce contact régulier avec la personne âgée, ils peuvent jouer un rôle d'alerte important en matière de pathologie et de prévention. [23]

Les financeurs de ces services sont nombreux : prestation retraite, Allocation Personnalisée à l'Autonomie, mutuelles, fonds propres.

Pour la majorité, ils évaluent leur participation avec la grille A.G.G.I.R qui permet de mettre en avant le degré de besoins de la personne. [28]

L'ensemble de ces acteurs sont indissociables les uns des autres et jouent un rôle essentiel pour permettre et assurer le maintien à domicile de la personne âgée le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles.

Depuis plusieurs années, face aux changements démographiques qui s'opèrent et qui vont se poursuivre, de nombreuses actions ont été menées pour organiser le parcours de soins des personnes âgées. Ces interventions se coordonnent entre les différents champs du sanitaire, social et médico-social, impliquant une multitude d'intervenants qui s'inscrit dans la durée de la prise en charge et de l'évolution de la personne âgée. [38]

La chute de la personne âgée est un syndrome chronique de sa fragilité qui entraîne de nombreuses complications, rendant parfois difficile le maintien à domicile.

Lors de mon étude, je me suis intéressée aux parcours de soins de quelques personnes âgées, en partant de la chute jusqu'au retour à domicile. Mon objectif tend à retracer le parcours de la personne pour identifier les ruptures éventuelles.

## **II. ETUDE**

Dans cette partie, je vais vous décrire dans l'ordre ce qui a été réalisé pour mon étude et les résultats obtenus.

### **1. MATERIEL ET METHODE**

Après avoir définie l'étude et les objectifs recherchés, j'exposerai les personnes ciblées (population, échantillonnage), les conditions de réalisation (recrutement), les modalités de collecte de ces observations et de leur analyse.

#### **1.1 Type d'étude**

L'étude, pour laquelle des entretiens individuels semi-directifs ont été conduits, est de type qualitatif.

Ce choix permet d'explorer les représentations des personnes sur leurs parcours.

#### **1.2 L'objectif**

L'objectif principal recherché est la mise en évidence des points de rupture dans le parcours de soins de la personne âgée.

En parallèle, cette étude a pour visée de faire ressortir l'ensemble des acteurs mobilisés dans ce parcours, ainsi que les liens « Ville/Hôpital ».

#### **1.3 Population de l'étude**

Les personnes âgées à compter de 60 ans composent la population cible de l'étude.

Les critères requis sont une hospitalisation après une chute avec le bénéfice d'une prise en charge à domicile au retour.

Les personnes présentant des troubles cognitifs, empêchant des entretiens cohérents, ont été exclues.

La taille de l'échantillon n'a pas été définie au départ et il a été constitué par une liste donnée de personnes répondant aux critères visés.

## **1.4 Recrutement**

Les personnes ont été recrutées à partir de la base de données du Centre Local d'Information et de Coordination de Wattrelos ainsi que par le biais des partenaires présents sur le territoire (S.S.I.A.D, assistante sociale hospitalière, S.S.R).

Une personne de la structure du C.L.I.C a pris contact avec les personnes du centre répondant aux profils. Après leur avoir expliqué l'objectif de l'étude, elle s'est chargée d'obtenir leur consentement.

Or, il s'est avéré qu'un nombre insuffisant de personnes répondaient aux différents critères et les partenaires directs du territoire ont été sollicités par mail.

Dès qu'une personne donnait son accord, ses coordonnées m'étaient transmises. Je prenais alors contact avec les intéressés pour leur expliquer ma démarche. Après m'être assurée de leur compréhension et de leur accord, un rendez-vous était fixé.

L'étude menée a pu être représentée par un échantillon de 15 personnes.

Les personnes âgées ont toutes été informées du caractère anonyme de l'étude et de l'enregistrement de l'entretien. Le consentement oral a été recherché systématiquement.

## **1.5 Recueil de données**

Pour mener à bien mon étude, je devais effectuer des entretiens avec des personnes ayant toutes vécues un traumatisme similaire. Afin de pouvoir faire des recoupements judicieux, j'ai réalisé une grille d'entretien (**Annexe I**), composé principalement de questions ouvertes et articulé en trois parties distinctes :

- « Identité » : La personne âgée est interrogée sur elle-même et sa vie ;
- « Hospitalisation » : Les circonstances de la chute et l'hospitalisation ;
- « Retour à domicile » : Les besoins, les moyens, la prise en charge.

Lors de chaque rendez-vous, je me suis assurée de la compréhension de la démarche par la personne et lui en ai expliqué le déroulement, en lui spécifiant que la retranscription de l'entretien se ferait de manière anonyme.

Chaque entretien s'est déroulé au domicile de la personne selon sa convenance. L'interview a été enregistré à l'aide d'un dictaphone après avoir obtenu l'accord du participant. Ils ont été retranscrits de manière anonyme sur Microsoft office Word 2016.

## **1.6 Analyse des données**

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels *Microsoft office* Word et Excel 2016. Les entretiens ont été retranscrits avec le logiciel « Listen and Write » et enregistrés sous Word.

Un exemple d'entretien fait l'objet de l'**Annexe II** de ce mémoire.

Après avoir lu chaque entretien individuellement, j'ai effectué des recoupements pour chacune des questions posées et j'ai pu établir des comparaisons dans un tableau sous Excel.

## 2. RESULTATS

### 2.1 Présentation des données

Un total de 15 entretiens a été réalisé, avec 12 femmes et 3 hommes ayant entre 60 et 92 ans ; soit une moyenne d'âge de 77 ans.

11 de ces personnes habitent seules et 4 résident avec leur conjoint à leur domicile.

Sur les 15 personnes sondées, 10 sont entrées en service de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R) alors que 5 sont retournées directement à leur domicile.

La durée des entretiens varie de 12 à 40 minutes, pour une durée moyenne de 26 minutes ; soit une durée totale de 6 heures et 23 minutes.

Les caractéristiques de l'échantillon analysé sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1** : Caractéristiques de l'échantillon de la population ciblée.

\* Le code entretien a été obtenu en numérotant les interviews par ordre de réalisation suivi d'un point, puis des initiales de la personne.

Code Entretien*	Sexe	Age	Situation familiale	Durée entretien (minutes)
01.PJ	Femme	75 ans	Seule	33
02.CJP	Homme	79 ans	Seul	12
03.GJ	Femme	82 ans	Seule	19
04.LAM	Femme	76 ans	Seule	26
05.LM	Femme	84 ans	Seule	32
06.FA	Femme	73 ans	Seule	18
07.VM	Femme	77 ans	Seule	40
08.DJ	Femme	92 ans	Seule	20
09.MS	Femme	60 ans	En couple	31
10.BR	Femme	66 ans	En couple	36
11.DA	Femme	68 ans	Seule	26
12.LP	Femme	85 ans	En couple	24
13.BJ	Homme	83 ans	En couple	23
14.SV	Femme	86 ans	Seule	27
15.BE	Homme	71 ans	Seul	16

## 2.2 Personne âgée « chuteur »

### 2.2.1 Contexte de la chute multifactorielle

Sur les 15 personnes sondées, différentes causes de chute ont pu être mises en évidence. Pour 7 d'entre elles, il ne s'agissait pas d'une première, elles étaient déjà tombées plusieurs fois.

**06.FA :** « *J'suis tombée trois, quatre fois ici. J'ai eu des vertèbres cassées, des côtes cassées alors on m'a mis à l'hôpital, après j'étais en convalescence pendant trois mois... »*

Certaines personnes à force de chuter, l'ont banalisé et n'ont pas modifié leur environnement direct (logement, extérieur, ...) pour les éviter.

**14.SV :** « *donc y avait une moquette, donc la moquette commençait à être usée donc l'aide-ménagère avait déjà vous allez prendre votre pied dedans alors elle avait mis un scotch mais j'aimais pas alors je l'ai enlevée donc j'ai pris mon pied dedans et comme la y avait une grande plante vous savez une fougère très ouverte qu'elle était là j'ai été cogner ma tête là-dessus alors j'avais une tête comme ça et un peu étourdi euh j'ai été recousu ici mais c'était pas bien important. [...] Après j'ai fait une chute oui en faisant le lit avec le drap euh avant de rabattre le drap en dessous on part sur le côté on prend son pied dedans et voilà. Mais la plus grosse chute que j'ai fait c'est la marche pour la, de la maison de l'appartement alors euh sur le balcon en revenant alors là j'ai fait un sacré plongeon hein, c'est mes chaussures qui ont pris c'est des chaussures velcro et le velcro y avait pris sur le bord qui avait accroché et puis bien sur je me suis ramassé mais là j'étais étourdi et je me suis cassé la hanche. »*

Pour d'autres cela s'inscrit dans un contexte de fragilité déjà présent avec une première chute ayant nécessité une rééducation importante ou conséquence d'une maladie.

**03.GJ :** « *La première fois j'ai glissé sur le verglas dans Leers, je suis tombé carrément sur le pavé ma hanche cassée je savais plus me bouger. [...] La deuxième fois je me suis cassé l'autre hanche. »*

**07.VM** : « Bah, c'est à dire que bon je suis chutée donc je suis allée, partie à Villeneuve d'Ascq hein pour le jeudi soir. Bon là, j'étais vu euh c'était les urgences euh, par le chirurgien. Je le connaissais parce que j'avais déjà chuté il y a quatre ans et je m'étais cassée la hanche droite. Donc maintenant c'est la gauche. Bah j'ai eu un p'tit, comment dire un genre de petit malaise et j'avais rien pour me retenir donc j'ai senti que je partais comme j'ai fait de l'ostéoporose euh, bien sûr ça casse. »

Pour 5 personnes, la chute et la conséquence d'un accident du quotidien.

**09.MS** : « Bin écoutez euh j'étais partie au marché euh en voiture euh et donc j'étais au marché et je sais pas j'imagine qui y a un pavé ou quelque chose qui dépassait, j'ai buté et je suis tombé. »

La dernière personne est tombée de fatigue, aidante de son mari malade.

**12.LP** : « Bin là je soignais mon mari parce que bon y allait pas trop bien, j'étais fatiguée, j'avais déjà dit à mon docteur bon que j'étais fatiguée y a dit bah c'est normal vous soignez votre mari., j'ai perdue l'équilibre et je tombais alors la bon comme j'ai tombé par là je me suis trainée sur mon derrière pour essayer de m'asseoir et je savais pas m'asseoir donc j'ai encore dû faire appel euh à quelqu'un et à ce moment-là. »

Des suites de leur chute, 7 de ces personnes n'ont pas retrouvé une autonomie totale et se déplacent en fauteuil, en déambulateur ou avec une canne ; soit la moitié de l'effectif interrogé.

### **2.2.2 Syndrome post-chute**

La majorité des personnes s'accordent sur la difficulté de se retrouver seules chez elles après des semaines d'hospitalisation à laquelle s'ajoute la peur de retomber.

**01.PJ** : « j'ai peur de tomber il y a un moment donné je sais pas comment vous expliquer quand je suis dans la rue il faut que je prends mon élan mais faut pas qu'il y est du tumulte autour de moi je sais pas il y a une peur et alors quand je me bloque je panique je sais pas comment vous expliquer. »

**03.GJ** : « J'étais euh ça fait drôle quand même quand on rentre qu'on se retrouve toute seule alors qu'on a été un mois, entourée, ça fait un peu drôle mais bon j'ai quand même des gens qui viennent me voir. »

**06.FA** : « *Bin on est seule hein, le soir, mais on est seule ou sinon. »*

**11.DA** : « *Bah au début ici je me mettais à pleurer, j'avais peur de rester tout seule parce qu'on est tout seul ici. »*

### **2.2.3 Dynamique familiale**

Certaines personnes ont évoqué le fait de pouvoir rester encore un peu plus longtemps en S.S.R mais ont préféré sortir pour éviter à leur famille les aller-retours à l'hôpital ou pour aider leur conjoint. A l'inverse d'autres sont restés pour éviter d'être une charge pour leurs enfants.

**07.VM** : « *Bon j'aurai peut-être pu rester une semaine de plus mais bon, mon mari étant là c'est mes filles devaient toujours aller d'un côté, de l'autre, les lessives et. Alors j'ai voulu sortir. C'était juste avant la nouvelle année donc j'ai dit on verra bien. »*

**09.MS** : « *je sais très bien qu'à l'heure actuelle ça serait terminé je re marcherais si j'avais pu continuer à X et pour l'instant je marche pas encore ça fait 10 mois. Bien sûr c'est tombé à la mauvaise période je pouvais sortir mais bon quand on vous dit que vous pouvez sortir je vais pas dire non parce que comme ça je pourrai aller à l'hôpital de jour. Puis mon mari en avait marre aussi, tous les jours après son boulot, tous les samedis à 13h jusque 20h, tous les dimanches de 13h à 20h y en avait ras-le-bol hein, c'est pas lui qui a dit non tu peux pas rester mais bon y en avait marre. »*

**14.SV** : « *Je suis resté en convalescence hein, mes enfants ont préféré que je reste en convalescence avant de revenir ici mais pour moi la pour simplifier la vie des enfants j'ai préféré rester plus longtemps pour eux avec leur travail. »*

A cela s'ajoute, le sentiment de dépendance envers les autres dans les gestes du quotidien.

**08.DJ** : « *Plus ou moins hein, maintenant, je suis dans un fauteuil il y a plus de sortie y a plus rien. J'ai dû vendre ma voiture. Je conduisais encore à 90 ans hein mais j'ai dû vendre ma voiture. »*

**07.VM** : « *Bah oui plus ou moins oui. Fin ma façon de vivre euh, j'sais quand même encore cuisiner, j'vais faire mes courses euh, je n'sais plus beaucoup marcher c'est ça le problème. »*

**06.FA :** « *Bin oui hein. Oh oui. Avant j'aurai pu pendre ma voiture et aller chez ma p'tite-fille par exemple, aller faire un tour hein. Que maintenant j'peux plus, j'suis bloquée à la maison hein. Tant que, le bus je n'sais pas monter, c'est des grandes marches, je n'sais pas monter. Alors euh, oui, ça, c'est un p'tit problème. »*

#### **2.2.4 Information**

Pour certaines personnes les informations reçues au cours de leur hospitalisation n'étaient pas forcément abordables ou complètes.

**03.GJ :** « *Non non on ne m'a pas trop expliqué non. »*

**13.BJ :** « *Qu'on me donne le sens des déplacements, le sens des choses pour que je puisse comprendre, qu'on me dise les choses de manière un peu moins technique, moins professionnel. »*

**14.SV :** « *Quelque fois oui parce que quand on devient plus âgé bon j'ai des prothèses auditives des machins euh comment je vais dire on veut pas faire répéter mais ils sont pas et pis y pose des questions euh madame quelle âge avez-vous mais ça c'est pour savoir hein où habitez-vous, combien vous avez d'enfants je les savais par cœur chaque fois il posait la même question j'étais patiente mais je dis mais pourquoi qu'il me pose ah les numéros de téléphone aussi ça j'y ai le droit aussi mais c'est pour mon bien qui faisait ça c'était pas pour rigoler c'était pour mon bien mais alors y a des moments j'en avais assez. »*

### **2.3 Continuité des soins**

Lors des entretiens, les professionnels de santé sont évoqués car très présent dans le parcours de soins. Ils ont ainsi mis en avant le rôle et la place de chacun dans leur accompagnement.

#### **2.3.1 Temps de consultation**

Certaines personnes expriment leur mécontentement face aux manques de temps de leur médecin et l'obligation de se déplacer.

**08.DJ** : « Il est venu ici jeudi dernier il est resté 10 minutes et il voulait pas venir soit disant c'est trop loin, il veut que j'aille chez lui mais comment faire ? Mon fils il est pas toujours libre non plus y a ses problèmes. ».

**13.BJ** : « Non je l'ai vu quand je suis rentré à la maison, il était assez pressé d'ailleurs mais c'est un bon médecin il nous suit depuis des années et des années donc il était pas surpris surtout que ma femme lui avait dit que j'étais à l'hôpital. »

### **2.3.2 Cloisonnement du soin**

La place accordée au **médecin généraliste**, pourtant primordiale dans leur parcours, est extrêmement variable.

En effet, certaines personnes le mettent de côté délibérément, considérant le médecin spécialiste plus indiqué pour le suivi de leur traumatisme.

**15.BE** : « Bah disons qu'il avait rien à voir là-dedans donc je l'ai pas mis au courant. »

**12.LP** : « Bah mon médecin traitant je le voyais plus hein je le voyais plus du coup puisque moi j'étais soigné comme ça par eux. »

### **2.3.3 Interruption de prise en charge**

Après leur hospitalisation, les personnes ont consulté leur médecin généraliste qui, selon les directives de l'hôpital, leur a prescrit des séances de **kinésithérapie** pour la rééducation.

Les personnes interrogées ont, soit arrêté avant le terme des séances prescrites ; soit n'ont même pas commencé leurs séances ne considérant pas la gravité de leur état.

**15.BE** : « J'ai fait des séances de kiné à domicile parce que fallait re faire aller les doigts après ils faisaient des exercices mais j'ai arrêté parce que bon c'était pas utile. Après c'est difficile parce que bon bin disons que je l'ai enlevée (atèle) parce que (rire) j'ai pratiquement plus de force dans cette main, j'arrive à porter maximum 1,5kg. »

**05.LM** : « J'ai vu la kiné pendant quelques semaines mais comme elle faisait des gestes que je savais faire je lui ai dit c'est bon je savais faire donc bon. »

**02.CJP** : « Ah oui il faut que j'appelle. »

Ces personnes présentaient toutes une incapacité fonctionnelle depuis leur chute : difficultés à marcher, impossibilité de porter des choses lourdes, ...

### **2.3.4 Interface hôpital/ ville**

Lors de la sortie du service de S.S.R et donc de retour à domicile, les personnes âgées doivent en général, continuer les séances de kinésithérapie à domicile. Elles se retrouvent seules, pas toujours motivées, avec des séances plus courtes, plus espacées dans le temps et aux exercices pas toujours adaptés.

**03.GJ** : « *Ah des kinés, c'est un petit peu de la rigolade je trouve. Ah oui ? Oui moi je trouve que... Enfin la fille qui me voyait (en rééducation) elle m'a fait beaucoup plus de mouvements que le petit que j'avais pris de ici. »*

**05.LM** : « *Le kiné aussi il était sympa mais bon ce n'est pas une grande rééducation hein. Il masse un p'tit peu, il nous fait marcher mais bah. »*

**07.VM** : « *Bon après quand je suis revenue ici la première semaine, mon kiné y était en vacances, donc, j'ai eu une étude, fin une intérim qu'elle venait ici bon on fait pas grand-chose ici hein. Qu'est-ce que c'est 20 minutes, le temps de faire la route, euh, une demie heure bin ça fait 20 minutes. »*

**09.MS** : « *Pas bien du tout mais plusieurs c'est pas euh rien à voir les kinés du centre je le recommanderai à tout le monde rien que pour les kinés. »*

Le retour à domicile, est évoqué notamment après avoir fait un séjour en Soins de Suites et Réadaptation. Les personnes âgées mettent en avant les difficultés d'une rééducation à domicile.

**09.MS** : « *Bah oui, le retour à domicile ça marche pas, vous pouvez sortir mais vous tombez toujours sur des kinés particuliers je vois bien que là l'autre c'est tout le temps comme ça, si bien que le chirurgien a fini par dire non. Oui c'est un problème parce qu'on peut pas continuer en S.S.R et moi je sais très bien qu'à l'heure actuelle ça serait terminer je ne marcherais si j'avais pu continuer en S.S.R et pour l'instant je marche pas encore ça fait 10 mois. »*

**07.VM :** « Bin disons qu'la rééducation ça a été quoi à part que c'est parce qu'euh, euh qu'c'était la période des congés, que j'ai dû changer de, de kiné euh, mais autrement non j'ai rien à dire parce que, j'ai quand même bien progressé hein. Puisque quand j'suis, qu'suis partie j'étais quand même apte à partir puisqu'il m'a dit on va penser au retour. Non, Non, normalement non. J'ai rien eu non. Mais bien sûr, euh, il a pas assez de kinés maintenant, pour l'instant il n'y a pas assez de kinés quoi. Après j'étais quinze jours de battement que ça n'a pas été bien non plus. Au retour de la maison, il y a quand même été deux semaines que c'était pas euh assez intensif et maintenant bon bin j'vais deux, deux fois par semaine euh, c'est pas beaucoup non plus quoi. »

## **2.4 Coordination**

### **2.4.1 Complication évitable**

Pour 2 personnes, des problématiques différentes ont été évoquées. Lors de l'hospitalisation, les attentes au niveau des urgences sont importantes et pressées. Le manque d'écoute par les équipes d'urgentistes, responsables de leur prise en charge, restent inexplicables.

**04.LAM :** « Bin aux urgences oui quand même. Parce que je trouve quand même bon ils sont débordés c'est sûr. Il y a beaucoup de demandes mais j'ai trouvé que l'attente pour avoir une radio, l'attente pour avoir un scanner et puis encore le lendemain n'avoir à midi que l'échographie, je trouve que c'est, bon je ne suis pas toute seule hein, je ne suis pas la seule personne à soigner mais là j'ai trouvé que c'était long. »

**06.FA :** « Je vais vous dire quelque chose hein, mais j'sais pas si. A l'hôpital, je suis vraiment, vraiment déçue. Ils m'ont fait tomber à terre puis en trois fois j'leur ai dit, je ne sais pas me tenir debout, il faut me tenir. Vous toute seule, c'était une jeune fille, j'dis vous n'allez pas arriver. Elle a fait sa têtue et j'suis tombée à terre. Et là, j'me suis cassée une côte. Devant, là, je suis tombée mon pied en dessous de la table de nuit carrément allongée à terre. A j'étais et pourtant j'ui ai dit mademoiselle, c'est pas que mais vous n'arriverez pas à me t'nir. Moi je n'sais pas me tenir j'dis. Je n'sens pas mes pieds. Alors il faut être au moins à deux pour me soutenir. Elle a pas voulu écouter. »

## **2.4.2 Interruption du suivi**

Sur les 15 personnes interrogées, 10 d'entre elles ont été vues par une **assistante sociale** lors de leur hospitalisation.

La satisfaction des personnes était assez mitigée notamment à cause des aides non mises en place à la sortie, des aides non proposées ou des démarches administratives à effectuer seules.

**02.CJP** : « *Oui oui mais je n'ai pas été tellement satisfait dans la mesure ou euh comment je vais dire, euh, elle aurait pu prendre euh des décisions avant que j'sorte, quand j'étais deux mois hospitalisé j'suis sorti j'avais le les repas à domicile, euh l'aide-ménagère euh, et là rien du tout et puis euh non là rien euh elle a dit bon bin vous rentrez chez vous il y a quelqu'un qui va venir vous voir donc.* »

**09.MS** : « *Non pas du tout, je l'ai pas trouvé efficace.* »

**04.LAM** : « *Bin elle est venue euh, elle est venue et puis elle devait s'occuper de contacter ma mutuelle mais bon en fait, c'est deux numéros différents je ne le savais pas (...) j'ai pu contacter moi-même quoi.* »

**13.BJ** : « *Oui. Elle nous a rien proposé.* »

Lors de leur sortie d'hospitalisation, 8 personnes sont sorties avec des aides mises en place correspondant à leurs besoins.

Les 7 autres personnes, sorties sans aides, se sentaient capables d'assumer le quotidien seules, bénéficiaient d'un soutien familial important ou toute l'aide nécessaire n'a pas pu être mise en place dans le délai de l'hospitalisation par l'assistante sociale.

En revanche, après la mise en place des aides, les personnes ne connaissent pas exactement les modalités du suivi. En général, un membre de la famille prend le relais pour les personnes concernées.

**06.FA** : « *Bin j'ai pensé de rappeler l'assistante sociale parce que c'était elle qui avait fait toutes mes démarches de papier et là j'ai un peu de complications. Ma fille, quand elle peut venir, elle vient et euh, pour refaire ma carte de la C.M.U.* »

**07.VM** : « *Ah non, j'ai tout fait tout seul. j'fais tout, oui, oui. Oui, j'gère tout toute seule. J'téléphone partout.* »

## **III. DISCUSSION**

### **1. LES LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE**

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les points de ruptures de soins / de parcours des personnes, âgées de plus de 60 ans, ayant fait une chute et entraînant une rééducation en Soins de Suite et de Réadaptation ou à domicile.

#### **1.1. Les biais**

La taille de l'échantillon n'est pas représentative de la population générale des personnes âgées ayant fait l'objet d'une chute et représente un biais de sélection possible.

L'étude n'a été réalisée que dans un secteur donné du département du Nord, et les résultats ne peuvent être considérés ni pour le Nord ni pour le reste de la France.

Le recrutement des personnes cibles a été laborieuse car il fallait remplir l'ensemble des critères, avoir l'assentiment de la personne et ne pas présenter de troubles cognitifs empêchant un entretien. Les personnes contactées n'ont pas toutes voulu faire partie de l'étude ; soit par peur de l'inconnu (enquêteur, questionnaire, entretien, ...), soit par désintérêt ou encore pour ne pas chambouler leur quotidien.

Bien que les personnes ayant des troubles cognitifs soient exclues de l'étude, certaines personnes interrogées ont oublié ou transposé des éléments avec une hospitalisation antérieure. En effet, plusieurs chutes étaient à déplorer pour certaines personnes et/ou le délai entre l'évènement et l'entretien était trop espacé, quelques années parfois.

Un biais lors de l'interprétation des données est possible, l'analyse n'ayant été réalisée que par un enquêteur.

## **1.2. Les atouts**

Les critères d'inclusion de l'échantillon étaient assez larges pour permettre d'interroger un ensemble hétéroclite de personnes.

La recherche qualitative pour cette étude a permis de mener des entretiens semi-directifs. La personne interrogée se trouvait chez elle, tout à fait à l'aise avec l'environnement et donc plus à même de raconter son parcours. La conversation se déroulait en face à face et la personne répondait spontanément aux questions issues de la grille d'entretien.

L'étude n'avait aucune visée quantitative. Elle s'est montrée appropriée pour répondre aux objectifs fixés ; à savoir analyser, comprendre et expliquer les particularités et déterminants de chacun des parcours suivis par les personnes âgées.

Pour que les entretiens soient effectués de manière similaire, la réalisation de la grille des questions était efficace et nécessaire. Elle permettait de retracer l'ensemble du parcours de soins et les acteurs mobilisés. Chacune des personnes interrogées ont un point de vue très clair sur leur prise en charge permettant d'obtenir une vision différente de leurs attentes, besoins au regard de ce qui leur est proposé.

L'enregistrement des entretiens a permis un dialogue très fluide. Leur retranscription a permis de diminuer le risque de perte d'informations.

## **2. LES POINTS DE RUPTURE IDENTIFIES**

### **2.1. L'hospitalisation**

#### **2.1.1. Le passage aux urgences**

Après leur chute, les personnes sont emmenées aux services des urgences et sont confrontées à une attente, pour la prise en charge et le traitement de leur traumatisme, souvent jugée trop longue, difficile et inconfortable pour leur âge.

Des personnes interrogées soulignent notamment le fait que les urgentistes ne sont pas forcément à l'écoute de l'ensemble des problématiques propres à la personne âgée.

Elles se disent traumatisées de ce moment qui semble leur poser un réel problème dans l'organisation des soins et estiment qu'il en résulte une rééducation beaucoup plus longue, notamment, pour deux des personnes interrogées, admises pour une seconde chute.

#### **2.1.2. L'hôpital**

Bien que dans l'ensemble, la population visée apprécie la compétence, le courage et la disponibilité des personnels soignants, aidants et professionnels de santé, certains soulèvent le problème du manque d'effectifs, qui se traduit par la démotivation des personnels en place et parfois même un peu d'agacement ou d'irritabilités de leur part.

Alors que la personne âgée hospitalisée demande plus aux personnels, notamment lorsque l'entourage n'est pas présent, il semblerait que le nombre de personnels soit insuffisant.

### **2.2. Le domicile**

#### **2.2.1. Conditions de vie**

Lors du retour à domicile, la personne âgée est face à un sentiment de peur de se blesser de nouveau, notamment lorsque la chute reste inexpliquée.

En général, consciemment ou non, elle se limite dans ses gestes et tâches du quotidien ayant l'appréhension de retomber. Le contre-coup de ce traumatisme reste ancré en elle et l'empêche de reprendre son autonomie ou de se retrouver comme elle se sentait avant la chute.

La difficulté pour la personne âgée réside dans la gestion des différents intervenants. La coordination doit être efficace et pertinente mais reste complexe à mettre en place. En effet, il n'existe pas forcément un lien entre les différents professionnels qui se succèdent au domicile de la patiente.

Les séances de rééducation sont à prévoir et sont moins intenses et plus courtes, contrastant avec le programme mis en place lors de leur hospitalisation.

A la demande du patient ou à l'initiative du médecin traitant, ces séances ne sont pas toujours suivies assidument. La personne se retrouvant seule, sans être « obligée » à tendance à espacer voire arrêter cette prise en charge une fois de retour à domicile.

Chez elles, les personnes âgées ne se considèrent plus comme patientes et ne sont plus incitées à effectuer leur rééducation ne trouvant pas la motivation nécessaire ou n'en mesurant pas la nécessité.

Malgré une rééducation accompagnée d'un certain nombre d'aides mises en place, lors de leur retour à domicile, certaines personnes doivent modifier leur façon de vivre des suites d'une capacité fonctionnelle réduite et non récupérée. Elles pourront se retrouver, après une continuité de la rééducation, partiellement ou totalement. En effet, pour certaines personnes les conséquences sont définitives. Pour d'autres, elles expriment le sentiment d'avoir régressé dans leur mobilité après être rentrée.

Les personnes âgées vivant seules, se retrouvent chez elle, après un certain temps passé en groupe ou avec des va-et-vient continues de personnes.

La fragilité de la personne rend la solitude encore plus forte. Il s'agit d'un réel facteur à prendre en charge.

Elles viennent de vivre des semaines même des mois avec de la compagnie, vivant des moments plus ou moins animés et à présent, elles doivent reprendre leur vie, confrontées à un quotidien modifié, avec des peurs et appréhensions, dans la solitude.

## **2.2.2. La continuité des soins**

### **2.2.2.1. *Le suivi***

Pour beaucoup de personnes, le médecin généraliste, à des niveaux différents, est évoqué lors des entretiens.

En effet, les personnes âgées sont souvent en difficulté, lors de leur retour, pour avoir une consultation à domicile de leur médecin généraliste. Il s'agit d'un véritable problème lorsque les personnes ne sont plus en capacité de se déplacer ou qu'aucun membre de la famille ne peut les conduire chez le médecin.

Certaines personnes ont été contraintes de changer de médecin généraliste, après des années de suivi, à cause du « non déplacement » à domicile.

De plus, certaines personnes mettent en avant une consultation trop rapide pour permettre d'exposer l'ensemble de leurs interrogations, appréhensions ou problèmes divers.

En revanche, d'autres personnes ne font pas le lien entre le médecin généraliste et les différents professionnels rencontrés. Elles n'informent pas le médecin traitant par choix, la problématique ayant été traitée par un spécialiste.

A contrario, certaines soulignent l'importance de leur médecin généraliste dans l'écoute, la mise en place et la coordination du plan d'aides. Elles bénéficient d'une prise en charge adaptée et d'un suivi important.

Lors des entretiens, la place du médecin généraliste a été à la fois mis en avant comme un levier dans l'élaboration et le suivi de la personne mais aussi un frein, par manque de temps consacré à la personne qui par conséquent, omet de donner des informations jugées secondaires mais pourtant pouvant avoir un impact sur la qualité de vie de la personne.

#### **2.2.2.2. La rééducation**

Lors des entretiens, il a été intéressant de voir la manière dont les personnes différencient les deux méthodes de rééducation en service de Soins de Suites et Réadaptation et à domicile.

Les personnes ayant choisi d'effectuer leur rééducation par des séances de kinésithérapie à domicile se retrouvent confrontées à plusieurs problèmes :

- Des séances très courtes environ 30 minutes ;
- Des kinésithérapeutes ne se déplaçant pas à domicile ;
- La difficulté d'avoir plusieurs séances dans la semaine ;
- Le non remplacement des kinésithérapeutes lors de leur congés.

L'ensemble de ces difficultés rencontrées par les personnes âgées lors de leur rééducation sont la cause des arrêts, parfois même avant d'avoir commencé, de leur prise en charge. Le bénéfice de la rééducation n'est pas flagrant pour ces personnes qui font le choix d'arrêter, préférant réaliser les exercices seules.

La limitation fonctionnelle physique de leur capacité à bouger ou à porter des charges lourdes est la conséquence directe de la coupure du traitement.

Sur les 15 personnes interrogées, que la rééducation soit effectuée en service de S.S.R et/ou uniquement à domicile, 8 personnes gardent des séquelles de leur chute et se déplacent soit en fauteuil, soit en déambulateur ou avec une canne.

### **2.2.3. Les services à la personne**

#### **2.2.3.1. *Les aides financières***

Au cours de leur hospitalisation, la majorité des personnes a pu bénéficier de la collaboration d'une assistante sociale. L'importance de son rôle, de ses actes est primordiale pour une sortie dans des conditions sereines avec un dispositif d'aides mises en place.

Lors des entretiens, plusieurs personnes âgées se sont vues, durant leur hospitalisation, proposer l'A.P.A « d'urgence », afin de préparer au mieux le retour à domicile. Cette assistance, attribuée pour une durée de trois mois, permet de déclencher directement les aides nécessaires dès la sortie d'hospitalisation.

En revanche, au-delà du délai des 3 mois, les aides ne sont reconduites que si les démarches sont effectuées. Pour certaines personnes, la durée est tout à fait appropriée, pour d'autres non.

Ne sachant pas que les aides peuvent être prolongées ou ré-évaluées, les démarches ne sont pas entreprises et la personne âgée se trouve en grande difficulté que ce soit dans leur quotidien ou dans leurs soins.

Dès lors qu'une personne vieillie, des aides peuvent lui être octroyées et des aménagements sont réalisables pour son maintien à domicile, sous réserves de conditions de ressources. Les personnes âgées vivant avec des moyens financiers restreints (pension de réversion), se voit dans l'obligation de refuser les aides ayant peur de devoir payer un complément qu'elles ne peuvent se permettre.

### **2.2.3.2. Les services d'aides à domicile**

L'emploi d'une personne pour effectuer quelques gestes du quotidien facilite énormément la vie des personnes âgées. Fragilisées, elles ne peuvent plus entretenir l'intérieur et l'extérieur de leur habitat.

Quelques personnes se plaignent des services effectués car elles ne sont pas satisfaites du résultat notamment pour les tâches ménagères. Il est sûr que ce ne sera jamais fait comme elles le réalisaient mais elles trouvent que l'ensemble des tâches sont survolées.

Il semblerait qu'aucun contrôle de ces personnes employées à domicile ne soit effectué et bien souvent la personne âgée ne le mentionne pas.

### **2.2.3.3. Les structures médico-sociales**

Les personnes interrogées se sentent mal informées des droits et des aides dont elles peuvent bénéficier.

L'assistante sociale, venue à l'hôpital, effectue les premières démarches pour le retour à domicile mais ne prévient pas la personne âgée ou la famille des démarches restants à établir, à renouveler ou les options qui s'offrent elle. Le lien Ville / Hôpital n'a pas toujours le temps de se mettre en place. Il est à noter que la personne âgée, sous le coup d'une hospitalisation, ne prend pas toute la mesure de ce qui peut lui être indiqué pour une prise en charge à son retour à domicile.

Une fois la durée de la prise en charge terminée, notamment pour les aides ménagères, les personnes âgées ne réitèrent pas la demande et se retrouve seules à gérer le quotidien avec difficulté.

L'information pour compléter et poursuivre l'offre de soins devrait être détaillée et écrite pour que la personne âgée puisse librement, en prenant le temps nécessaire, choisir la prise en charge souhaitée. Elle devrait être orientée vers les services sociaux de sa commune qui serait à même de la guider et lui indiquer les possibilités offertes sur son secteur, notamment les structures médico-sociales adaptées pour une telle prise en charge.

De plus, la personne âgée n'ose pas entreprendre seule ces démarches, se sentant débordé par les formalités administratives à remplir et par conséquent ne demande rien.

L'aspect financier de toutes ces aides peut également être un frein à l'établissement d'un dossier, car mal informée, la personne âgée craint les frais que cela va occasionner, ses ressources n'étant pas toujours élevées.

Sur les personnes interrogées, seules 2 ont été orientées par l'hôpital vers un Centre Local d'Information et Coordination (C.L.I.C).

Pour 4 autres, la famille a pris en charge la gestion des démarches administratives. 3 personnes étaient aidées dans les tâches du quotidien par un membre de la famille et non par une aide à domicile.

Pour les autres, elles sont sorties sans aides ou n'ont pas ressenti le besoin de renouveler l'aide en place ou n'ont pas eu l'information pour les démarches relatives à la continuité de la prise en charge.

### **3. LES LEVIERS DANS LA PRISE EN CHARGE**

Après avoir identifié, au moyen des entretiens, les points de ruptures dans le parcours de soins des personnes âgées victimes de chutes, des points importants se sont révélés dans le processus de rééducation et de prévention de ce traumatisme.

#### **3.1. L'information**

L'ensemble des personnes s'accordent sur la clarté de l'information donnée lors de leur hospitalisation.

En effet, après leur chute les personnes et/ou leur famille reçoivent un certain nombre d'informations sur la blessure, les traitements ainsi que leur prise en charge et la rééducation.

Bien que l'ensemble du panel représenté estime qu'il a obtenu et mémorisé l'ensemble des éléments relatifs à leur blessure et à leur traitement, il semblerait qu'il n'en soit pas de même pour les prises en charges et continuité des traitements de retour à domicile.

A l'hôpital, les personnes âgées ont la possibilité de demander à plusieurs reprises et à différentes personnes des indications sur leur état de santé. Elles se sentent en sécurité et sereines car elles sont en permanence assistées. Leurs interlocuteurs sont des professionnels du domaine médical ou paramédical sachant répondre à toutes leurs interrogations ou craintes.

#### **3.2. Les services de rétablissement**

Très appréciés par les personnes interrogées, le service de S.S.R a pour premier attrait la rencontre d'autres personnes. En effet, convalescentes, les personnes âgées passent la majeure partie de la journée ensemble pour les repas, les soins de rééducation. Il se crée un lien qui permet à la personne âgée d'avoir une vie sociale, de s'exprimer, de s'évader un peu du quotidien.

Les soins sont tous exécutés par du personnel qualifié, disposant de tout le matériel ainsi que des locaux nécessaires et adaptés pour prendre en charge ces patients.

Ils adoptent alors un rythme de séances adapté et intensif. Entre eux, ils peuvent s'entraider pendant les séances et au quotidien ; ce qui les motive et constitue un véritable levier dans leur prise en charge.

### **3.3. L'assistance sociale**

Première acteur dans le parcours de soins, l'assistance sociale tient un rôle déterminant dans la mise en place des différentes aides lors de la sortie d'hospitalisation d'une personne âgée.

Toutes n'ont pas pu la rencontrer lors de leur hospitalisation.

Les personnes soulignent la lourdeur des démarches administratives à effectuer, responsable de leur insatisfaction à la suite de la non mise en place des différentes prestations dans les délais. En effet, une hospitalisation trop courte ne permet pas la mise en place, dans les temps, des moyens et des aides. Les personnes, ayant bénéficié de délais suffisants, soulignent l'importance de la fonction de l'assistante sociale, de ses démarches et juge son intervention essentielle.

Elle doit être le lien Ville / Hôpital mais ne dispose pas toujours, selon les secteurs, des moyens et du temps nécessaires à cette tâche.

De retour à domicile, les personnes âgées sont perdues face aux tâches administratives, effectuées par l'assistante sociale à l'hôpital, qu'elles doivent renouveler ou modifier.

Une fiche guide pourrait être établie lors de l'entrevue à l'hôpital, mentionnant ce qui a été mis en place, les besoins à évaluer, les démarches à renouveler et dans quel délai ainsi que les coordonnées d'une personne ou d'un service pouvant prendre en charge la personne âgée une fois rentrée à domicile.

### **3.4. Le lien ville-hôpital**

Les liens entre les différents champs du sanitaire et du médico-social restent complexes. En effet, dans cette étude le passage de relais entre les deux structures n'a pas souvent été réalisée.

Lorsqu'il est accompli, les personnes s'avèrent satisfaites et bénéficient d'un suivi et d'une prise en charge adaptés, évoluant en fonction de leurs besoins.

Il est mis en évidence, par les personnes interrogées, la découverte d'autres actions proposées par ces structures, dignes d'intérêt pour elle-même ou leur entourage. Au Centre Local d'Information et de Coordination, elles ont pu participer à des ateliers, mis en place dans le cadre d'actions de prévention, et rencontrer d'autres personnes. Elles ont quitté l'espace d'un moment la solitude pour communiquer, apprendre et profiter des aides proposées.

Chaque personne a des particularités et des besoins différents selon l'âge, le sexe, le moment de la vie, ...Il reste difficile de composer avec tant de critères, de personnes et c'est pourquoi il est essentiel que le lien Ville / Hôpital persiste.

L'assistante sociale, à elle seule, ne peut pas tout prendre en compte. Il est nécessaire que d'autres personnes fassent également le pivot dans la coordination des différents acteurs, structures et personnes concernées.

A l'heure actuelle, des structures proposent ce soutien. Lors d'un rendez-vous chez la personne âgée, un questionnaire très complet est renseigné afin de connaître l'ensemble des besoins matériels, aides, aménagement, bien-être, suivi médical et paramédical, etc... A partir de cet instant, cette administratrice met en œuvre l'ensemble de la coordination entre les différents acteurs sollicités et la personne concernée. Le renouvellement est programmé, la personne n'a plus à s'inquiéter.

La mise en place systématique d'un coordinateur pour l'ensemble des intervenants dans le domaine médical, paramédical et médico-social paraît essentiel dans la démarche de continuité de la prise en charge. La personne âgée pourrait alors disposer d'un parcours de soins continue et programmé.

### **3.5. L'adaptation de l'environnement**

La chute est très souvent due à un logement sur meublé, aux espaces étroits, délimités par de nombreux tapis, restreignant la mobilité dans les pièces.

Les personnes rencontrées dans cette étude ont quasiment toutes anticipé cette mesure et aménagé leur logement, conscientes du risque encouru, mais surtout dérangées dans leurs mouvements quotidiens.

Equipé d'un lit médicalisé ou d'une salle de bains aménagée, les personnes pouvaient regagner leur logement en sécurité.

Certains services d'aides aux personnes, conscients du problème, n'hésitent pas à visiter le logement des personnes en difficulté, en présence d'un ergothérapeute, afin d'évaluer les aménagements et travaux nécessaires et réalisables.

### **3.6. Les intervenants**

Pour beaucoup de personnes, un membre de leur famille les a le mieux compris et aidé durant leur convalescence. Pour une grande majorité des personnes, le conjoint, les enfants ou petits-enfants tenaient un rôle essentiel dans la prise en charge et la continuité des soins, notamment dans les démarches administratives, les courses ou les repas.

La place des aidants est indispensable dans le parcours de soins, ils sont un véritable renfort au domicile de la personne. Ces tâches, si bénignes soient-elles, sont indispensables au quotidien (pharmacie, rendez-vous, alimentation, etc...).

La personne âgée est fragile et demande la mobilisation d'un nombre important d'intervenants dans son parcours de soins. Durant les entretiens, les différentes personnes investies dans la coordination des soins dans sa globalité sont évoquées. L'assistante sociale, le chirurgien, le médecin, ...tous prennent part à l'élaboration d'un suivi dans leur parcours de soins. La nécessité d'agir ensemble, en équipe, tous corps de métier confondus, et de manière transversale demeure une évidence.

## CONCLUSION

Le vieillissement de la population est une réalité démographique. L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes engendrent de nouveaux enjeux dans la coordination des parcours de soins. En effet, l'ensemble des professionnels des champs sanitaires, social et médico-social tiennent un rôle primordial dans la prise en charge globale du patient.

Avec ou sans pathologie chronique, la personne âgée voit ses capacités de fonctionnement diminuer, son état général est fragilisé. Les conséquences directes sont multiples mais la chute, chez la personne âgée, longtemps négligée, est emblématique de cette fragilité. Souvent, elle est considérée comme grave uniquement si les conséquences sont graves. Or, la chute est un syndrome chronique et sa prévention dépend de la recherche et du traitement de la pathologie fautive ainsi que de l'examen et la modification des facteurs favorisant les chutes « accidentelle ».

Donnant lieu régulièrement à une hospitalisation, ce traumatisme oblige la personne âgée à faire face à une perte d'autonomie plus ou moins sérieuse.

Lors de son retour à domicile, un suivi et une rééducation sont à prévoir demandant une prise en charge adaptée, coordonnée et personnalisée. Une intervention pluridisciplinaire est nécessaire au domicile de la personne âgée. Il s'agit du parcours de soins prenant en charge la globalité et la continuité des besoins de la personne âgée.

L'objectif de cette étude, est d'identifier les points de ruptures dans le parcours de soins de la personne âgée, victime d'une chute et de mettre en avant l'ensemble des intervenants ainsi que le lien hôpital/ville.

La solitude de la personne âgée est accentuée lors de son retour à domicile après avoir passé quelques semaines avec les personnels hospitaliers ou en groupe de rééducation. Elle est dotant plus forte que la personne âgée subie le syndrome post-chute, contre-coup de son traumatisme. Elle doit également gérer les exigences du quotidien malgré une perte d'autonomie réversible ou non.

L'ensemble des professionnels du médical, paramédical font partie intégrante de la coordination des soins. Dans cette démarche de prise en charge globale du patient, il est important que tous participent dans la transversalité. Or, la multiplicité d'acteurs, dans les différents domaines, perturbe la personne âgée dans ses démarches. Un référent devrait pouvoir être identifiable.

Le lien entre la ville et l'hôpital, bien que peu évoqué avec les personnes rencontrées, est un avantage appréciable facilitant l'accès aux aides proposées, aux différents suivis, ainsi qu'à diverses activités (actions de prévention, sport, ...).

Il semble pertinent d'accentuer ce lien pour pouvoir assurer une continuité des soins mais aussi d'assurer une démarche de prévention sur la chute et bien d'autres facteurs de risques.

Les démarches effectuées par l'assistante sociale à l'hôpital pour permettre le retour à domicile ne sont pas toujours comprises des patients sous le coup d'un traumatisme. Il pourrait être judicieux de lui remettre une « fiche guide » établie à la suite de cet entretien, listant les démarches effectuées, à faire et à renouveler.

Un point sur l'aspect financier des soins et aides éventuelles devrait pouvoir être réalisé afin que la personne âgée prenne conscience des frais réels de ces interventions.

Profession en plein essor, l'ergothérapie n'a pas été mentionnée dans aucun des parcours des personnes âgées interrogées. Pourtant ces thérapeutes pourraient réellement les aider à retrouver l'autonomie nécessaire au quotidien en facilitant leurs besoins d'adaptation face aux exigences de la vie quotidienne.

Présents, essentiellement dans les hôpitaux ou les structures spécialisés, l'ergothérapeute, par l'apprentissage, la rééducation et l'adaptation permet les activités de manière sécurisée, autonome et efficace.

Les séances pourraient être bénéfiques aux personnes âgées pour reprendre confiance en elles et les soutenir dans leur évolution post-traumatique.

Il est précisé que les séances d'ergothérapie à domicile ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

Cette étude est uniquement basée sur le sentiment des patients au regard de leur prise en charge dans le parcours de soins après une hospitalisation résultant d'une chute.

Il serait intéressant dans le cadre d'une prochaine recherche d'interroger la personne âgée ainsi que l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux et médico-sociaux sur un même parcours.

Une vision globale des professionnels de santé, du social et du médico-social ainsi que de la personne âgée pourrait permettre, une compréhension du patient, de ses demandes et de ses besoins, une évolution et surtout une continuité du parcours de soins.

## BIBLIOGRAPHIE

- [ 1 ] Institut national d'études démographiques. (2018). *Tout savoir sur la population*. Repéré à <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/tous-les-pays-du-monde/>.
- [ 2 ] Institut national de la statistique et des études économiques. (2016). *Tableaux de l'économie Française*. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>.
- [ 3 ] Bourdessol, H. Pin, S. (2005). *Référentiel de bonnes pratiques : Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile*. Inpes, 3-21.
- [ 4 ] Institut national de la statistique et des études économiques. (2014). *Fragilité sociale des personnes âgées du Nord : entre vieillissement, précarité et dépendance*. Rapport d'étude.
- [ 5 ] Puisieux, F. (2018). *Spécificité de l'approche gériatrique*, université de Lille.
- [ 6 ] Pouliquen-Calvez, C. (2016). *Prévention de la perte d'autonomie : diagnostic des besoins*. Conférence des financeurs.
- [ 7 ] Puisieux, F. (2017). *Place des personnes âgées dans l'activité hospitalière*, université de Lille.
- [ 8 ] GérontoLiberté. (2012). *Bouchon : un concept simple et génial*. Repéré à <http://free.geriatrics.overblog.com/2015/11/bouchon-un-concept-simple-et-genial.html>
- [ 9 ] Santé Public France. (2016). *Chutes*. Repérés à <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/chutes.asp>
- [10] Puisieux, F. (2012). *Le livre de l'interne en gériatrie*. Paris : Lavoisier.
- [11] Haute Autorité de Santé. (2009). *Recommandations des bonnes pratiques professionnels : évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. Société française de gériatrie et gérontologie.
- [12] Agence Régionale de Santé. (2016). *Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers : Lexique des parcours de A à Z*. Repéré à [http://solidarités-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](http://solidarités-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf).

- [13] Secteur Public et e-Santé. (2017). *Parcours patient et e-santé*. Repéré à <http://secteur-public.sia-partners.com/20180319/parcours-patient-et-e-sante>
- [14] Dreuil, D. (2018). *Qu'appelle-t-on un point critique*, université de Lille
- [15] Haute Autorité de Santé. (2012). *Parcours de soins*. Questions/Réponses
- [16] Puisieux, F. (2012). *La sortie de l'hôpital*. S. Haw-Van de Velde, A. Durande, Le livre de l'interne en gériatrie. Paris : Lavoisier.
- [17] Conseil national Professionnel de Gériatrie. (2012). *Court séjour Gériatrique*. Repéré à <http://www.cnpgeriatrie.fr/le-metier-de-geriatre/court-sejour-geriatrique/>.
- [18] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2015). *Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours*. Etudes et résultats. N°0943.
- [19] Carpentier, R. (2015). *Un dispositif d'amélioration de la sortie du patient*. Soins gériatrie, n°113, p. 23-24.
- [20] Domecq S., Rongere J., Seguin N., Piscarel M., Vialle S., Michel P. (2014). *Préparation de la sortie du patient âgé : vingt-quatre équipes pluridisciplinaires améliorent leurs pratiques*. Paris, Fédération Hospitalière de France, Revue hospitalière de France, n° 557, p. 68-70.
- [21] Fournier, P. (2002). *La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gériatrique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile*. Gériatrie et société. vol. 25 (n° 100), p. 131-147.
- [22] Aubry, R. (2007). *Les fonctions de coordination dans le champ de la santé*, Santé Publique hs (Vol. 19), p. 73-77. DOI 10.3917/spub.070.0073.
- [23] Wurmser Mesureur, M. (2010). *Développer la coordination sanitaire sociale et médico-sociale pour améliorer la prise en charge des personnes âgées et favoriser leur maintien à domicile*. (Mémoire). Ecoles des hautes études en Santé Public.
- [24] Sécurité sociale. (2004). *Présentation de la réforme de l'assurance maladie de 2004*. Repéré à <http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004>.

- [25] Legifrance. (2005). Arrêté du 3 février 2005 portant *approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/2/3/SANS0520354A/jo>.
- [26] Marcadet D-M. (2012). *Après la sortie de l'hôpital et à long terme : rôle du médecin traitant*. Neuilly-sur-Seine, Global Média Santé, Concours médical (LE), vol. 134, n° 10, p. 798-801.
- [27] Puisieux, F. (2012). *La coordination ville-l'hôpital*. P, Fournier. Le livre de l'interne en gériatrie. Paris : Lavoisier.
- [28] Goyard, C. (2010). *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et ses limites*. (Mémoire). Science Politique de Lyon.
- [29] Haute autorité de santé. (2005). *Recommandations pour la pratique clinique Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile*. Service des recommandations professionnelles.
- [30] Martin, M. (2017). *Rôle du masseur-kinésithérapeute au sein d'une équipe interdisciplinaire dans la prise en charge d'une personne âgée fragile en perte d'autonomie pour réhabilitation à la marche à la suite d'un alitement prolongé*. (Mémoire). Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation Pays de la Loire.
- [31] Fournier P. (2011). *Plateforme CLIC - Réseau Vie l'Age : un catalyseur de la coordination gérontologique ville/hôpital*. Paris, Fédération Hospitalière de France, Revue hospitalière de France, n° 542, p. 38-41.
- [32] Renaud V, Wacongne, D. (2011). *L'ambulatorio gériatrique à Rouen : La coordination ville/hôpital*. Vitry-sur-Seine, Gestions Hospitalières, Gestions hospitalière, n° 505, p. 239-240.
- [33] Leroux, P. Dubourg, D. (2002). *Création d'un réseau gérontologique. Joies et difficultés d'une aventure*. Gérontologie et société (vol. 25 / n°100), p. 111-122. DOI 10.3917/gs.100.0111
- [34] Fondation Médéric Alzheimer. (2015). *Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*. N°40.

- [35]** Legifrance. (2015). LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à *l'adaptation de la société au vieillissement*. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo>.
- [36]** Pour les personnes âgées. (2018). *Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches*. Repéré à <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>.
- [37]** Pour les personnes âgées. (2018). *Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches*. Repéré à <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-gir>.
- [38]** Hélène Bocquet et al. (2001). *L'évaluation de la prise en charge » à domicile des personnes âgées : d'une approche individuelle à une approche globale territorialisée*. *Gérontologie et société* (vol. 24 / n° 99), p. 207-218. DOI 10.3917/gs.099.0207.

TABLE DES MATIERES
--------------------

<b>PAGE DE GARDE .....</b>	<b>1</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>I - ETAT DES LIEUX.....</b>	<b>5</b>
1. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION .....	5
1.1. <i>En France</i> .....	5
1.2. <i>Dans le Nord</i> .....	5
2. FRAGILITE ET SYNDROME DE CHUTE .....	7
2.1. <i>La fragilité</i> .....	7
2.2. <i>La chute</i> .....	8
3. PARCOURS ET POINTS CRITIQUES .....	11
3.1. <i>Parcours du patient</i> .....	11
3.2. <i>Points critiques</i> .....	12
4 ETAPES DU PARCOURS ASSOCIEES A L'HOSPITALISATION.....	14
4.1 <i>Le service de court séjour gériatrique</i> .....	14
4.2 <i>Le service de soins de suite et de réadaptation</i> .....	15
4.3 <i>La sortie d'hospitalisation</i> .....	16
4.4 <i>Ville / Hôpital</i> .....	17

5	ACTEURS DE L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE.....	18
5.1	<i>La famille</i> .....	18
5.1.1	La personne âgée .....	18
5.1.2	L'entourage .....	18
5.2	<i>Les professionnels de santé</i> .....	19
5.2.1	Le médecin généraliste .....	19
5.2.2	Les services de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D).....	19
5.2.3	Le kinésithérapeute .....	20
5.3	<i>Partenaire de la coordination</i> .....	20
5.3.1	Le Centre Local d'Information et de Coordination (C.L.I.C) .....	20
5.3.2	Les réseaux gérontologiques .....	21
5.4	<i>Les services sociaux</i> .....	21
5.4.1	L'assistante sociale .....	21
5.4.2	Les moyens et les aides .....	22
<b>II.</b>	<b>ETUDE</b> .....	<b>25</b>
1.	MATERIEL ET METHODE.....	25
1.1	<i>Type d'étude</i> .....	25
1.2	<i>L'objectif</i> .....	25
1.3	<i>Population de l'étude</i> .....	25
1.4	<i>Recrutement</i> .....	26
1.5	<i>Recueil de données</i> .....	26
1.6	<i>Analyse des données</i> .....	27
2.	RESULTATS .....	28
2.1	<i>Présentation des données</i> .....	28
2.2	<i>Personne âgée « chuteur »</i> .....	29
2.2.1	Contexte de la chute multifactorielle.....	29
2.2.2	Syndrome post-chute .....	30

2.2.3 Dynamique familiale.....	31
2.3 <i>Continuité des soins</i> .....	32
2.3.1 Temps de consultation.....	32
2.3.2 Cloisonnement du soin.....	33
2.3.3 Interruption de prise en charge .....	33
2.3.4 Interface hôpital/ ville .....	34
2.4 <i>Coordination</i> .....	35
2.4.1 Complication évitable.....	35
2.4.2 Interruption du suivi.....	36

### **III. DISCUSSION.....37**

1. LES LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	37
1.1. <i>Les biais</i> .....	37
1.2. <i>Les atouts</i> .....	38
2. LES POINTS DE RUPTURE IDENTIFIES .....	39
2.1. <i>L'hospitalisation</i> .....	39
2.1.1. Le passage aux urgences .....	39
2.1.2. L'hôpital.....	39
2.2. <i>Le domicile</i> .....	39
2.2.1. Conditions de vie.....	39
2.2.2. La continuité des soins.....	40
2.2.3. Les services à la personne.....	42
3. LES LEVIERS DANS LA PRISE EN CHARGE.....	45
3.1. <i>L'information</i> .....	45
3.2. <i>Les services de rétablissement</i> .....	45
3.3. <i>L'assistance sociale</i> .....	46
3.4. <i>Le lien ville-hôpital</i> .....	47

3.5. <i>L'adaptation de l'environnement</i> .....	48
3.6. <i>Les intervenants</i> .....	48

<b>CONCLUSION</b> .....	<b>49</b>
-------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>52</b>
----------------------------	-----------

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>56</b>
---------------------------------	-----------

<b>LISTE DES SCHEMAS ET TABLEAUX</b> .....	<b>60</b>
--	-----------

<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>61</b>
--------------------------------	-----------

<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>62</b>
------------------------	-----------

## LISTE DES SCHEMAS ET TABLEAUX

### 1 - SCHEMAS

**Schéma 1** : 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Rev Prat 1984, p.8  
34 :888 par J.P Bouton.

**Schéma 2** : Prévention de la perte d'autonomie, diagnostic des besoins, p.9  
conférence des financeurs du Finistère, octobre 2016.

### 2 - TABLEAUX

**Tableau 1** : Caractéristiques de l'échantillon de la population ciblée. p.28

## LISTE DES ANNEXES

**Annexe I - 3/3** : Grille d'entretien.

**Annexe II – 6/6** : Entretien référencé 03.GJ.

## GLOSSAIRE

- A.G.G.I.R.** : Autonomie **G**érontologique et **G**roupe Iso-**R**essources.
- A.L.D.** : Affection de Longue **D**urée.
- A.P.A.** : Allocation **P**ersonnalisée d'**A**utonomie.
- C.A.R.S.A.T.** : **C**Aisse de **R**etraite et de **S**anté **Au T**ravail.
- CE.R.F.E.P.** : **C**Etre de **R**essources et de **F**ormation à l'**É**ducation du **P**atient.
- C.L.I.C.** : **C**entre **L**ocal d'**I**nformation et de **C**oordination.
- E.H.P.A.D.** : Etablissement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes.
- G.I.R.** : **G**roupe Iso-**R**essource.
- H.A.S.** : **H**aute **A**utorité de **S**anté.
- I.L.I.S.** : Institut **L**illois d'**I**ngénierie de la **S**anté.
- I.N.P.E.S.** : L'**I**nstitut **N**ational de **P**révention et d'**E**ducation pour la **S**anté.
- I.N.S.E.E.** : Institut **N**ational de la **S**tatistique et des **E**tudes **E**conomiques.
- S.S.R.** : **S**oins de **S**uites et de **R**éadaptation.
- S.S.I.A.D.** : **S**ervices de **S**oins **I**nfirmiers **A** **D**omicile.

**TRAME D'ENTRETIEN**

---

**Entretien :****IDENTITE :**

- Quel âge avez-vous ?
- (Homme/femme)
- Est-ce que vous vivez seul(e) ou en couple ?
- Êtes-vous en activité ?
- Avez-vous des enfants (présents ou non) ?
- Avez-vous des loisirs ?

**HOSPITALISATION :**

- Qu'est-ce qui vous est arrivé ? (Hospitalisation)
- Pendant combien de temps, avez-vous été hospitalisé ?
- Comment avez-vous vécu cette période ?
- Qu'avez-vous compris sur vos problèmes, est-ce qu'on vous a expliqué ?
- Qu'est-ce qui vous a manqué (informations) ?
- Est-ce qu'une rééducation a été mise en place ?
- Ou l'avez-vous fait ?

**DOMICILE :**

- Le retour à domicile, comment s'est-il passé, comment l'avez-vous vécu ?
- Qu'est-ce qui a été le plus difficile ?
- Qu'est-ce qui vous a le plus manqué ?
- Pouvez-vous me parler des personnes qui vous ont accompagné(e) pendant cette période :
  - Médecins
  - Infirmiers
  - Kinés
  - Aide à domicile
  - Vos proches
  - Assistante sociale
- Qu'est-ce qui vous a le plus aidé ? Qui a le mieux compris vos besoins ?
- Des aides ont-elles été mise en place pour votre retour à domicile ? Par qui ?
- A-t'il a fallu adapter votre logement ?

Si oui. Quel en a été le coût financier ?
- Les aides mises en place ont-elles répondu à vos besoins ? (Y en a-t-il eu trop ou pas assez)
- Avez-vous du modifier votre façon de vivre ?
- Comment avez-vous ressenties ces adaptations ?
- Les aides sont-elles arrêtées ?

Si oui. Pourquoi ?
- Une personne a-t-elle effectué le suivi de votre prise en charge ?

**LA PRISE EN CHARGE :**

- Selon vous, est ce que ces personnes communiquent entre elles ? Quand ?  
Comment ?
- Avez-vous eu votre mot à dire ?
- Qui selon vous, vous écoute le plus pour tenir compte de votre avis ? Et le moins ?
- Avez-vous eu l'impression qu'il y a des manques ou des trous dans l'organisation de soins ? Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire ?

Dans chacune des retranscriptions d'entretiens relatives à l'étude, les personnes ne sont pas nommées, l'anonymat leur ayant été garanti.

Le code entretien a été obtenu en numérotant les interviews par ordre de réalisation suivi d'un point, puis des initiales de la personne.

Entretien n°3 (19 minutes)

Code : 03.GJ

**Quel âge avez-vous ?**

*82 ans*

**Vous vivez seul ?**

*Eh oui.*

**Vous êtes en retraite ?**

*Eh oui.*

**Vous avez des enfants ?**

*2, un fils et un fils.*

**Qui sont présents ?**

*Oui oui mon fils euh bon il habite près de Seclin mais bon il travaille hein et ma fille elle est dans l'immobilier elle est responsable de Lille et de Strasbourg alors elle est toujours en déplacement cette semaine elle est sur Lille mais je la vois quand elle m'invite le dimanche mais sinon elle est souvent en déplacement je peux pas compter sur elle quoi non absolument pas.*

**Est-ce que vous avez des loisirs ?**

*Ben pas tellement, mes loisirs c'est mes jeux toute seule, je ne lis pas tellement j'arrive pas à lire beaucoup je fais beaucoup de mots croisés, de mots fléchés, de scrabble, de Rummikub mais beaucoup toute seule beaucoup beaucoup.*

**Qu'est-ce qu'il vous est arrivées alors ? Votre hospitalisation ?**

*La première fois j'ai glissé sur le verglas dans Leers, je suis tombé carrément sur le pavé ma hanche cassé je savais plus me bouger, on m'a trainé et puis de là j'ai été opéré mais je sais même plus combien de temps je suis resté à la première fois je me souviens plus c'est dingue ça, je suis resté un petit quinze jours peut-être même pas et puis après mais où est-ce que j'ai été la première fois j'ai déjà été ? Je m'en souviens plus la première fois. J'aurai été deux fois en SSR ? Je suis incapable de la dire c'est incroyable hein comme j'oublie. La deuxième fois (fracture deuxième hanche) c'est sur là j'ai été en SSR, j'étais très bien j'allais faire la gymnastique euh au sous-sol euh j'ai été un mois là-bas puis après je suis rentré chez moi et puis voilà je suis resté toute seule hein.*

**Est-ce que, comment vous avez vécu cette période d'hospitalisation ?**

*Bah pas mal, moi on m'aurait dit de rester encore 1 mois en SSR je serai resté parce que je faisais j'étais bien, je faisais ma toilette toute seule, on me donnait une douche une fois par semaine on me laver les cheveux je faisais beaucoup mes jeux, mes mots, j'avais la télé, j'allais à la gymnastique tous les matins donc moi j'étais très bien, je mettais fait quelques amies oui je mettais fait une très bonne amie c'était bien moi je serai bien resté parce que j'étais pas toute seule voilà c'est toujours pareil c'est toujours cette solitude.*

**Qu'est-ce que vous avez compris sur vos problèmes, est-ce qu'on vous a bien expliqué ce que vous aviez, ce qu'il allait se passer ?**

*Non non on ne m'a pas trop expliqué non.*

**Il vous a manqué des informations ?**

*Bah non parce que je faisais de l'ostéoporose donc euh fragile mais on m'a pas trop expliqué on m'a mis une prothèse et puis voilà quoi.*

**Est-ce qu'il y a une rééducation qui a été mise en place ?**

*Ben j'ai fait de la kiné là-bas et j'en ai re fait chez moi j'ai fait 25 séances chez moi.*

**Et donc là-bas vous êtes resté combien de temps en rééducation ?**

*A en SSR je suis resté un mois et puis après la kiné de là-bas je l'aimais beaucoup alors elle venait elle est venue me faire des séances chez moi.*

**Une fois que vous êtes rentré à la maison, euh comment ça s'est passé, comment vous avez vécu votre retour à domicile ?**

*Roh bin écoute je ne serai même pas bien le dire mais bon bin je m'y suis faite hein il a bien fallu. J'étais euh ça fait drôle quand même quand on rentre qu'on se retrouve toute seule alors qu'on a été un mois entouré, ça fait un peu drôle mais bon j'ai quand même des gens qui viennent me voir euh mais enfants, mon beau fils il est venu jusque maintenant il venait manger tous les jeudis, mon fils vient aussi manger avec moi euh des coups de fils de ma belle-fille c'est tous les jours tous les jours tous les jours elle m'appelle non je me suis pas sentie trop isolé ça été.*

**Et donc pour votre retour à domicile, qu'est ce qui a été le plus difficile ?**

*Ben je serai même pas maintenant que c'est passé je serai pas le dire c'est peut-être d'aller en ville. Oui au début je prenais mon déambulateur*

**Et qu'est-ce qui vous a le plus manqué quand vous êtes rentré ?**

*Ah la solitude ! C'est pénible ça c'est et pis alors moi je suis une fille, moi j'étais aide familiale dans le temps, j'étais toujours en contact avec les familles, j'étais dans les familles euh et puis alors ici j'ai une voisine qui a mon âge et qui est même plus vieille que moi et c'est une sauvage de chez sauvage elle ouvre son volet quand elle a envie sinon elle le laisse fermer et ici elle a eu la grippe comme moi mais tout fermé fermé personne ne peut y aller et puis elle ne vient jamais chez moi et puis moi je n'ai jamais été chez elle depuis 44 ans que j'habite ici hein. Euh par contre moi, j'ai oui j'ai une amie que je voyais quelque fois aux courses on a lié une amitié et on jouait tous les deux ensemble tous les jeudis après-midi mais après avec mes problèmes bons ici on va certainement recommencer. Après j'ai mon amie MT c'est une amie depuis 50 ans euh si j'ai besoin elle vient euh je veux aller au cimetière elle m'emmène en voiture je peux compter sur elle et puis je peux compter sur mes voisins j'ai des bons voisins, il fait toutes mes courses à Auchan le jeudi et si j'ai besoin y sont là la je peux pas dire, et puis j'ai d'autres amis dans la résidence. Hier, le monsieur il est venu me voir, il y avait longtemps qu'il ne m'avait pas vu alors je lui ai dit bah oui j'ai la grippe et lui il l'a eu aussi et donc il est venu me dire bonsoir. Non mais ça fait 44 ans que j'habite ici. Oui. Alors euh je suis pas une isolée mais je suis quand même beaucoup beaucoup beaucoup toute seule hein, ça... Y a mes enfants, mais mes enfants ils travaillent il viennent pas comme ça. Hum hum. P quand il livre ses lits et tous des fois il rentre chez lui y est 20h là-bas à Seclin, euh Phalempin il va pas venir euh il vient quand il est sur Roubaix y dit maman je peux venir manger avec toi bah si j'ai quelque chose il vient manger avec moi quoi mais c'est tout et ma fille je peux pas compter sur elle beh non elle s'est pas la peine je vais manger le dimanche de temps en temps.*

**Qui a le mieux compris vos besoins ? Au niveau médical, les médecins, les infirmiers qui a le mieux compris vos besoins ?**

*Ben je sais pas.*

**Est-ce que vous pouvez me parler des personnes qui vous ont accompagnés durant cette période ?**

Les médecins ? Votre médecin traitant par exemple

*Bah oui bah mon médecin traitant c'était Mme X mais elle s'est cassé le bras donc elle est venue la dernière fois et puis après elle s'est recassé le bras donc elle a été 3-4 mois fermé donc moi j'ai besoin de médicament pour mon cœur parce que j'ai été opéré j'ai eu un pontage, un double pontage donc j'ai des médicaments que je dois prendre tout le temps donc il a bien fallu que je trouve un docteur sauf qu'à Leers Mr Y n'a pas voulu me prendre, j'avais plus que L mais lui il m'a pris parce que ma grande amie celle que je connais depuis 50 ans MT elle est cliente alors il m'a pris parce que elle a demandé pour moi il a dit parce que voilà sinon il prenait plus personne. A Leers on est servi aussi, y a plus personne qui veut nous prendre après Dr X elle est revenue elle m'a appelé elle m'a dit Mme G j'ai recommencé j'ai dit oui docteur mais j'ai dit ça fait 3 mois moi je peux pas rester sans médicaments donc je dis j'ai été obligé de prendre un autre alors elle me dit qui est-ce que vous avez pris bah j'ai pris le docteur L alors elle a pas dû être contente mais bon elle a raccroché et puis je garde L maintenant je peux pas m'amuser à changer sans arrêt quoi puis en plus il est très agréable, je l'ai appelé ce matin mais il était toute la journée au cabinet donc il m'a dit je viens demain matin bah demain à 8h c'est sûr qu'il est là. Il me donne mon traitement courant et puis y est et puis voilà quoi c'est surtout ça j'ai besoin de mon traitement pour mon cœur quoi de mes médicaments.*

**Est-ce que vous avez des infirmiers ?**

*Bah des infirmiers j'en ai pas tellement euh avant je prenais les infirmiers ici et puis les prises de sang c'est elles qui doivent les porter à Wattlelos ça pose un problème alors comme moi avant j'habitais à Wattlelos il y a 45 ans euh je vais au cabinet euh à Wattlelos et elles viennent les infirmières alors quand j'ai besoin c'est à Wattlelos. D'accord*

**Euh les kinés ?**

*Ah des kinés, c'est un petit peu de la rigolade je trouve. Ah oui ? Oui moi je trouve que... Pourquoi ? Enfin la fille qui me voyait au vert près elle m'a fait beaucoup plus de mouvements que le petit que j'avais pris de Leers ici. Elle me faisait aller dans mon lit, elle me faisait soulever elle m'a bien fait j'ai bien fait des bonnes séances de kiné avec elle, ça je vais pas dire c'était très bien et elle m'a fait marcher et tout, ça c'était bien. Ok. J'étais contente.*

**Est-ce que vous avez des aides à domicile ?**

*Bah j'ai cette petite qui vient maintenant et puis je suis contente. Elle fait tout l'aspirateur, les poussières et puis elle lave là elle a été donner un petit coup d'aspirateur en haut, elle a fait la salle de bain c'est super je la prends 2h tous les quinze jours. D'accord*

**Et vos proches, est-ce que pendant cette période... ?**

*Non non et pour le jardin j'ai un petit jardinier qui vient dès le printemps il va revenir là. D'accord. Et si j'ai un gros besoin mon beau fils y vient aussi mais en principe c'est mon petit jardinier qui vient. D'accord. C'est un monsieur que je connais depuis longtemps quoi*

**Et est-ce que vous aviez vu une assistante sociale lors de votre hospitalisation ?**

*Euh peut-être qu'à l'hôpital oui, y a peut-être une qui est venu dans ma chambre oui. D'accord. Mais ça n'a pas apporté*

**Est-ce qu'il y a des aides qui ont été mise en place pour votre retour à domicile ?**

*Non.*

**Est-ce qu'il a fallu adapter votre logement ?**

*Non, non parce que j'ai su monter dans ma chambre euh non pas eu besoin de mettre de lit en bas, mon fils il m'en aurait amené un mais non j'ai su aller même la maintenant j'ai plus de mal fin j'ai pas de mal mais je prends pas de risque j'ai un pare douche j'ai mon lavabo j'ai ma baignoire. Oui. Qui fait une douche qui se décroche et que je alors j'arrive encore et j'ai un tapis je monte je reste debout je me douche je me rince et je descends je m'assois pas, je prends pas de risque de ça mais j'arrive encore bien comme y faut à prendre ma douche et quand ça j'avais demandé j'ai un petit plombier dans ma résidence et je lui avais dit demandé de tout me casser et de me faire une douche à l'italienne quoi alors il m'a dit oui Mme G mais j'ai l'impression qu'il est débordé mais c'est beaucoup de travail je crois alors du coup pour l'instant il vient pas c'est comme ça quand ça n'ira plus j'insisterai pour qu'il vienne et qu'il me fasse une douche quoi.*

**Euh est-ce que vous avez dû modifier votre façon de vivre ?**

*Non, du tout.*

**Euh est ce que donc vous n'avez pas eu d'aide, est-ce que vous en auriez eu besoins ?**

*En sortant oui mais j'ai vite été faire mes courses avec mon déambulateur et puis il faut dire que c'est mon boucher qui me livre, ma marchande de légume et fruits qui me livre y a que le (...) mais si je veux y a coxi market il me livre mais bon mon voisin il me ramène tout de Auchan. J'ai pas de problème de ce côté-là. La pharmacie si je sais pas j'appelle et il me livre alors ils l'ont fait une fois. Non ça va encore*

**Est-ce que selon vous, est-ce que les personnes alors les kinés, les médecins, votre médecin traitant, les infirmiers. Est ce qu'ils communiquent entre eux ? Et si oui comment ?**

*Alors ça je le sais pas. Alors ça je serai pas vous le dire parce que L y a pas longtemps que je l'ai hein alors euh ça je serai pas le dire et puis on a même rigolé parce que elle est très désagréable Mme X on arrive on est 5-6 dehors elle va a sa boîte au lettre elle nous dit pas bonjour et puis elle est très désagréable alors ça la fait rire parce que je l'ai dit à Monsieur L bah il dit c'est peut-être de la timidité je dis oui mais ça tourne à l'impolitesse je dis oui on est client elle nous dit pas bonjour rien elle est très très ouh et bin je pense pas qu'il l'est appelé fin j'en sais rien il m'a jamais dit mais je crois pas. Elle a toujours mon dossier, alors après je sais pas comment il fait si parce que je sais pas si il lui a demandé, si il fait par internet je sais pas. Faudrait que je lui demande.*

**Est-ce que vous avez eu votre mot à dire dans votre prise en charge ?**

*Non on ne m'a rien demandé. Et vous auriez aimé qu'on vous demande ? Bah non ça s'est bien passé j'ai pas eu de problème.*

**Selon vous, qui vous écoute le plus pour tenir compte de vos besoins ? Le kiné, votre médecin traitant ou les infirmiers par exemple.**

*Ben je ne demande rien jusque maintenant.*

**Et celui qui vous écoute le moins ?**

*Moi ma fille elle est formidable mais elle est très très dur avec moi. Elle était folle de son père mais l'entente avec sa mère elle est moins bien entre nous deux, euh elle si ça va pas bah je me place ta qu'à te placer si ça va pas maman et moi je veux pas me placer mais si elle m'a dit tu peux venir maman à la maison mais faut savoir que tu seras toujours toute seule et elle a une maison immense à Chéreng et son mari il fait du tennis 2-3 fois par semaine, il fait de la marche, il fait de la moto donc je serai c'est sur toute seule dans cette grande maison. J'y vais des fois le samedi je dors là je reste mon dimanche et le dimanche vers 16h30 je rentre mais j'aime de moins en moins parce que ça me fait un drôle d'effet de rentrer chez moi comme ça mais bon dimanche si elle m'appelle je vais y aller quand même mais ça me fait drôle quand je rentre la maison elle est vide je suis toute seule mais bon chez mon fils c'est particulier il est toujours avec sa femme mais ils ne vivent plus ensemble, ils ont chacun leur, lui il a la belle maison qu'il avait bâti et elle elle est sur Seclin et une fois ça va et une fois ça va pas alors on peut pas compter sur eux quoi, ma belle-fille elle vient jamais euh mais elle m'appelle tous les jours et P c'est un garçon il vient manger avec moi et bien sûr si il m'achète du vins il fait pleins de trucs que j'ai besoin il me laisse pas tomber hein ça non mais bon*

**Est-ce que vous avez eu l'impression qu'il y est eu des manques ou des trous dans l'organisation des soins ?**

*Non je ne crois pas j'ai été bien soigné.*

*Merci beaucoup.*

## RESUME

L'allongement de la durée de vie implique une population avancée en âge plus importante. Le vieillissement réduit les capacités fonctionnelles des personnes, les rendant plus fragiles et vulnérables.

Ce contexte favorise les chutes, syndrome chronique de la fragilité, constituant un évènement traumatisant chez les personnes âgées. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique sachant qu'une personne âgée sur trois chutera dans l'année.

La prise en charge, de l'hôpital au retour à domicile, s'inscrit dans un parcours de soins, indispensable pour le patient, intégrant l'ensemble des professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Après l'hospitalisation, il est essentiel que la personne âgée retrouve son autonomie mais la coordination de tous les acteurs de santé, du social et du médico-social n'est pas des plus aisée.

Cette étude a pour objectif d'identifier les principaux points de ruptures existants dans un parcours de soin chez la personne âgée victime de chute.

***Mots clés*** : Personnes âgées – Chute – Hospitalisation – Retour à domicile – Prise en charge – Parcours de soins– Points de rupture.

## ABSTRACT

The lengthening of the life span implies an advanced population of more important age. Ageing reduces the functional capabilities of people, making them more fragile and vulnerable.

This context promotes falls, a chronic syndrome of fragility, constituting a traumatic event in the elderly. This is a major public health problem knowing that one in three elderly people will fall in the year.

The care, from the hospital to the return home, is part of a course of treatment, indispensable for the patient, integrating all the professionals of the health, social and medico-social fields.

After hospitalization, it is essential that the elderly person regain his autonomy, but the coordination of all the actors of health, social and medico-social is not the easiest.

The aim of this study is to identify the main points of rupture existing in a care pathway in the elderly person falling victim.

***Key Words*** : Seniors – Fall – hospitalization – return to home – management – Care Pathway – break-Points.