

**FACULTE D'INGENIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTE – ILIS
UNIVERSITE DROIT ET SANTE DE LILLE – LILLE II**

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

**MASTER INGENIERIE DE LA SANTE
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTE**

Mémoire de Master 2

**Parcours de santé du patient âgé dénutri
Lille, Septembre 2017 - Aout 2018
Valérie PETIT**

Soutenance le 3 octobre 2018

Président du Jury : François PUISIEUX

Directeur du mémoire : Thérèse PSIUK

Tuteur pédagogique : Thérèse PSIUK

Tuteur professionnel : Nicolas BRÛLÉ

**Faculté Ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS**

REMERCIEMENTS

Je remercie,

Monsieur le Professeur François PUISIEUX pour sa disponibilité, son soutien, son aide dans mon parcours professionnel depuis toutes ces années et pour ce master qui m'a beaucoup apporté.

Madame Thérèse PSIUK, un grand merci à toi Thérèse pour l'accompagnement depuis le début de ce projet, ton énorme disponibilité, ta force de conviction, ton dynamisme qui ne peut que nous faire avancer.

Monsieur Nicolas BRÛLÉ, Monsieur Clément BAILLEUIL, Madame Marie Sophie PANNIER, un grand merci pour votre accueil, ce stage qui m'a beaucoup apporté. J'ai beaucoup appris de nos différents échanges très riches.

Madame le Docteur Marie Marguerite DEFEBVRE, Madame Brigitte CARON, Madame Corine DUPONT, pour votre accompagnement sur ce projet depuis quelques années.

Madame Jocelyne VANQUATEM, merci Jocelyne pour tes conseils, ton soutien si précieux sur le territoire et nos longues discussions tardives sur ce projet.

Le Docteur Elisabeth BROCCQUET, le Docteur Céline DELECLUSE pour la collaboration débutée sur ce projet, ce parcours que nous co-construisons désormais ensemble

Madame Marie-Laure CAPPE, Monsieur le Docteur Patrick LE COZ qui soutiennent ce projet sur le GHAT.

Madame Josette EDOUART et l'équipe du Réseau de Santé Gériatrique Ternois Arrageois qui a rejoint ce projet depuis 3 ans ainsi que l'équipe du Réseau de Santé Gériatrique Lille Agglo.

Monsieur Didier MICHEL, Madame Aline DELATTRE, Madame Anne-Sophie SAVARY, Madame Aurélie MALFAIT, Madame Christiane CATTIAUX et l'ensemble des équipes des champs du sanitaire, médico-social, social de la prévention qui s'impliquent et accompagnent ce projet depuis maintenant quelques années.

Un remerciement tout particulier enfin, aux différents membres de l'EMEG qui suivent ce projet depuis maintenant plus de 10 ans avec motivation et ténacité même si cela n'a pas toujours été bien facile !! Grand merci à Aude ROUSSEL « notre diététicienne coordinatrice » et au Docteur Vincent FLORENT « notre spécialiste ».

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	8
a. Histoire et contexte du projet.....	8
b. Notion de territoire.....	15
POLITIQUES DE SANTE – DEFINITIONS	19
a. Politiques de santé.....	19
b. Définitions.....	24
PROBLEMATIQUE – QUESTION DE RECHERCHE	27
ANALYSE ET SYNTHESE DES RESULTATS	28
I. ANALYSE ET SYNTHESE DES RESULTATS DU RAPPORT D’ACTIVITE 2017 DE LA DIETETICIENNE AU DOMICILE.....	28
I.A. Profil des 28 personnes dénutries ou dénutries sévères prises en charge au domicile.....	29
I.B. Conditions d’évolution favorable de l’état nutritionnel.....	31
I.C. Difficultés rencontrées par la diététicienne.....	31
II. METHODOLOGIE, ANALYSE ET SYNTHESE DES ENTRETIENS EFFECTUES AUPRES DES DIFFERENTS ACTEURS ENGAGES DANS LA CO- CONSTRUCTION DU PARCOURS DE SANTE DU PATIENT AGE DENUTRI...	33
II.A méthodologie.....	33
II.B analyse et synthèse des entretiens effectués auprès des différents acteurs engagés dans la co-construction du parcours.....	34
III. ENTretien AVEC UNE FAMILLE DE PATIENTE AGEE DENUTRIE SEVERE..	41
DISCUSSION	43
MODELISATION « EXTENSION DU PARCOURS DE SANTE DU PATIENT AGE DENUTRI SUR LE TERRITOIRE DU RGTA » - PERSPECTIVES	53
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXES	

GLOSSAIRE

Sigle	libellé
- ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
- ANAH	Agence Nationale de l'Habitat
- ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
- APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARS	Agence Régionale de Santé
- CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
- CC	Communauté de Commune
- CHA	Centre Hospitalier d'Arras
- CLS	Contrat Local de Santé
- CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- CTS	Conseils Territoriaux de Santé
- CUA	Communauté Urbaine d'Arras
- EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- EMEG	Equipe Mobile d'Evaluation Gériatrique
- EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
- FHF	Fédération Hospitalière de France
- GHAT	Groupement Hospitalier Artois Ternois
- GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
- HAS	Haute Autorité de Santé

Sigle**libellé**

- HCCAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
- IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
- MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
- MA	Maison de l'Autonomie
- MDS	Maison du Département Solidarité
- MSA	Mutualité Sociale Agricole
- PPS	Plan Personnalisé de Santé
- PRS	Projet Régional de Santé
- RGTA	Réseau de Santé Gériatrique Ternois Arrageois
- SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
- SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
- UNASS	Union Nationale des Associations agréées d'usagers du Système de Santé
- URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

a) Historique et contexte du projet

« Parcours de santé du patient âgé dénutri »

L'équipe mobile d'évaluation gériatrique (EMEG) du Centre Hospitalier d'Arras (CHA) travaille depuis 2007 à la mise en place du parcours de santé de la personne âgée fragile avec initialement la mise en place d'un dispositif de repérage de la personne âgée fragile au service des urgences après formation de l'ensemble de l'équipe de ce service. Une évaluation de ce dispositif a été effectuée durant 6 mois (octobre 2010 à avril 2011). Elle a permis d'analyser 600 parcours de patients âgés repérés fragiles au service des urgences sur cette période à savoir : leur mode d'arrivée, leur motif d'hospitalisation, leur profil, les syndromes gériatriques présentés, la situation médicale, le profil des aidants, leur parcours au sein de l'établissement. Pour les patients rentrés directement au domicile n'ayant pas nécessité d'hospitalisation, chaque médecin traitant a été contacté afin de connaître leurs difficultés et besoins dans la prise en charge du patient qui aurait permis d'éviter le recours au service des Urgences. Des besoins en termes de prises en charge ambulatoires alternatives à l'hospitalisation (consultations, hospitalisations de jour) en termes d'aide à l'orientation (numéro d'appel direct au gériatre) ont émergé.

La problématique de la dénutrition a été repérée comme un critère de fragilité prévalent parmi les syndromes gériatriques repérés pour les 600 patients.

Dans ce contexte, dès 2012, le choix a été fait de travailler plus particulièrement sur ce déterminant de la fragilité gériatrique, de développer « le parcours de santé du patient âgé dénutri : prévention, dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital » ceci à partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) « stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » - 2007 [17] et « suivi de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques » - janvier 2008.[18] avec l'appui du médecin nutritionniste du CHA.

De 2012 à 2015, une recherche action a été menée avec l'accompagnement de l'Agence Régionale de Santé (ARS), visant à orienter les personnes âgées dénutries ou à haut risque de dénutrition vers un parcours de prise en charge adaptée et graduée selon le risque.

[19].

Cela a permis entre autre de définir un parcours de soins intégrant la prévention, le dépistage, la prise en charge de la dénutrition et de mobiliser des acteurs hospitaliers, des services ambulatoires, 5 médecins généralistes volontaires. Un chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition par l'EMEG » a été élaboré (annexe 1).

En 2016, le projet a pu se poursuivre grâce à un financement d'un temps de diététicienne pour le domicile par l'ARS et l'identification d'un numéro d'appel unique (secrétariat EMEG) à destination des professionnels de santé, des patients et leur proche, des CCAS, des établissements de santé et médico-sociaux pour toute problématique liée à la fragilité des personnes âgées. « Une double régulation » de cet appel est effectuée par la secrétaire, l'infirmière de l'EMEG avec orientation vers la prise en charge la plus adaptée aux besoins après validation du gériatre.

La Communauté Urbaine d'Arras (CUA), a élaboré un Contrat Local de Santé (CLS) en avril 2013, avec la collaboration et le soutien de nombreux partenaires locaux. Ce dernier a été signé le 7 octobre 2014 avec l'ARS, la Préfecture, le Conseil Départemental, la CPAM de l'Artois. Trois enjeux sont identifiés :

- *Enjeu 1* : donner aux habitants de la CUA la possibilité d'être acteurs de leur santé, en favorisant la mise en place de projets novateurs
- *Enjeu 2* : maintenir une coordination à l'échelle de la CUA et conforter une démarche de partenariat avec l'ensemble des acteurs institutionnels, des professionnels, des associations, des habitants
- *Enjeu 3* : développer la culture de l'évaluation partenariale, en matière de politique de santé

Après la réalisation d'un diagnostic partagé, les signataires du CLS ont retenu six orientations stratégiques dont un « Rester autonome et bien vieillir dans son environnement ».

Dans le cadre de cet axe stratégique, deux fiches actions ont été élaborées :

- Le projet territorial de prévention du bien vieillir
- Le parcours de santé de la personne âgée fragile, ceci à partir du travail initié par l'EMEG du CHA, l'objectif étant de fédérer les partenaires, simplifier les organisations autour de la personne âgée, définir qui fait quoi ? L'idée était de commencer par la thématique de la dénutrition, d'impliquer les différents services et acteurs dans la co-construction du parcours de santé du patient âgé dénutri

D'emblée, lors des premières réunions regroupant des acteurs des champs du sanitaire, du médico-social, du social et de la prévention, le constat a été fait d'un manque de lisibilité des différents dispositifs existants, d'un manque de connaissance des rôles et missions de chacun. Ceci a pu être « travaillé et rétabli » au cours des différentes rencontres. L'ensemble des échanges et réflexions menés ainsi que le financement d'un temps de diététicienne pour le domicile ont permis de faire évoluer le « parcours de soins » construit au CHA vers un « parcours de santé » (intégrant le parcours de soins/chemin clinique) co-construit avec l'ensemble des acteurs et structuré autour de trois axes : la prévention, le repérage et le dépistage, la prise en charge de la dénutrition à domicile.

Dans le cadre de la prévention de la dénutrition, une première action collective a été menée en octobre 2016 sous forme d'une journée de sensibilisation grand public « j'ai décidé de bien vieillir » en partenariat avec la CUA, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) d'Arras, la Maison de l'Autonomie (MA), le CHA, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) d'Arras partenaire de ce projet, (la participation d'étudiants infirmiers permettant la sensibilisation de futurs professionnels de santé). (annexe 2)

Dans le cadre du repérage et dépistage de la dénutrition, un programme de sensibilisation des aides à domicile à l'équilibre alimentaire, la prévention et le repérage de la dénutrition a été débuté, assuré par la diététicienne en collaboration étroite avec la MA. Le projet global « parcours de santé du patient âgé dénutri » a pu être présenté en réunion « groupe qualité des Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) », groupe piloté par la MA, sept associations ont accepté de participer à ce programme. Des auxiliaires de vie et aides ménagères ont pu bénéficier de cette sensibilisation avec un programme défini par catégorie professionnelle, construit et évalué avec des formateurs de l'IFSI du CHA (annexe 3).

La prise en charge de la dénutrition à domicile s'est organisée quant à elle dans le cadre du Réseau de Santé Gériatrique Ternois Arrageois (RGTA), avec la diététicienne. Le chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition par l'EMEG » a été adapté pour le domicile « chemin clinique dépistage et prise en charge de la dénutrition à domicile par le Réseau de Santé Gériatrique pour les patients de plus de 70 ans » (annexe 4). Ce dernier se décline en 3 étapes. L'étape 1 est la phase « recherche diagnostique » Cinq diagnostics sont possibles « pas de facteur de risque ni de dénutrition, présence de facteurs de risque de dénutrition avec MNA de dépistage ou total normal, risque de dénutrition, dénutrition modérée, dénutrition sévère ». 5 groupes homogènes de patients sont ainsi définis. Pour chacun d'entre eux, des actions de prise en charge sont proposées. Il s'agit de l'étape 2. L'étape 3 est « le suivi et l'évaluation des actions mises en place ».

La diététicienne ne se déplace au domicile que sur certains critères décrits dans le chemin clinique. En cas de nécessité, la personne dénutrie sévère peut être orientée en consultation spécialisée de nutrition avec le médecin nutritionniste référent de ce projet au CHA.

Le parcours de santé du patient âgé dénutri initialement porté par l'EMEG, est depuis 2016 porté par l'EMEG et le RGTA (temps partagé du gériatre, des infirmières et de la diététicienne).

Depuis 2 ans, sur le secteur de la CUA, une véritable collaboration entre certains acteurs (EMEG, RGTA, équipes médicosociales, gestionnaires de cas, gestionnaires de situations complexes) s'est mise en place avec l'organisation « d'Intervisions » mensuelles permettant d'échanger autour de situations communes dites « complexes ». Cela permet des actions concrètes et orientées vers des objectifs communs de prise en charge.

Cette organisation mise en place a amélioré considérablement la lisibilité, pour les différents acteurs, des rôles et missions de chacun. Elle a permis aux professionnels concernés de se connaître, d'avoir une vision partagée des situations.

Depuis 2016 et parallèlement, une réflexion est en cours sur la prise en charge des situations à risque de dénutrition décrites par l'HAS ^[17] dont la situation à risque « traitements médicamenteux au long cours ». Un partenariat se développe sur cette situation à risque avec le Réseau de Santé Gériatrique Lille Agglo. Une réflexion est également en cours concernant la prise en charge d'autres situations à risque notamment les troubles bucco-dentaires, les troubles de la déglutition.

Depuis 2017, un groupe de travail « coordination des acteurs » organisé et animé par la pilote MAIA composé de SAAD dont l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), SSIAD, infirmières libérales, URPS infirmier, représentants EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), RGTA, CCAS d'Arras, gestionnaires de cas complexes, pharmaciens. Il n'y a, à ce jour dans ce groupe, pas de médecin généraliste. L'objectif de ce groupe est de travailler sur les « outils de coordination et de communication » (réflexion en cours sur le PPS, un classeur appelé classeur de coordination au domicile des personnes âgées).

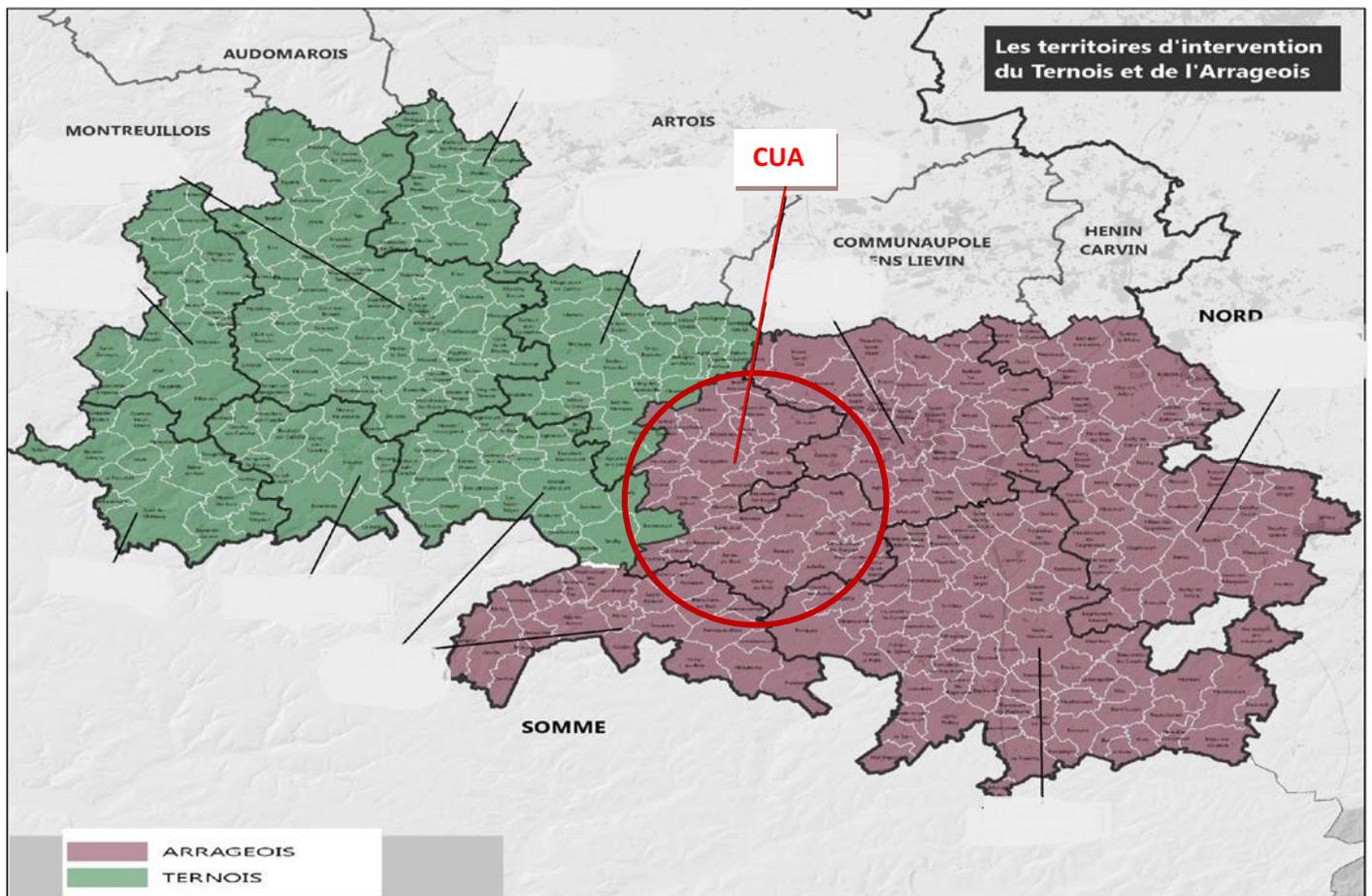
D'autres partenaires rejoignent ce projet dont la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), des infirmières libérales suite à la rencontre avec la référente de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) infirmiers des Hauts de France.

Ce projet « parcours de santé du patient âgé dénutri » évolue depuis quelques années. Il a permis de mobiliser entre autres, des médecins généralistes volontaires, des équipes hospitalières, deux Réseaux de Santé Gériatrique, un CCAS, la MA, l'IFSI, des SAAD, des infirmières libérales, la CARSAT, les membres du CLS de la CUA.

A ce jour, ce parcours ne se développe que sur le territoire de la CUA, à la fois en ce qui concerne les actions de prévention, de repérage et dépistage, de prise en charge de la dénutrition à domicile. L'objectif est, à partir de l'expérience sur la CUA, d'étendre ce parcours sur l'ensemble du territoire d'intervention du RGTA.

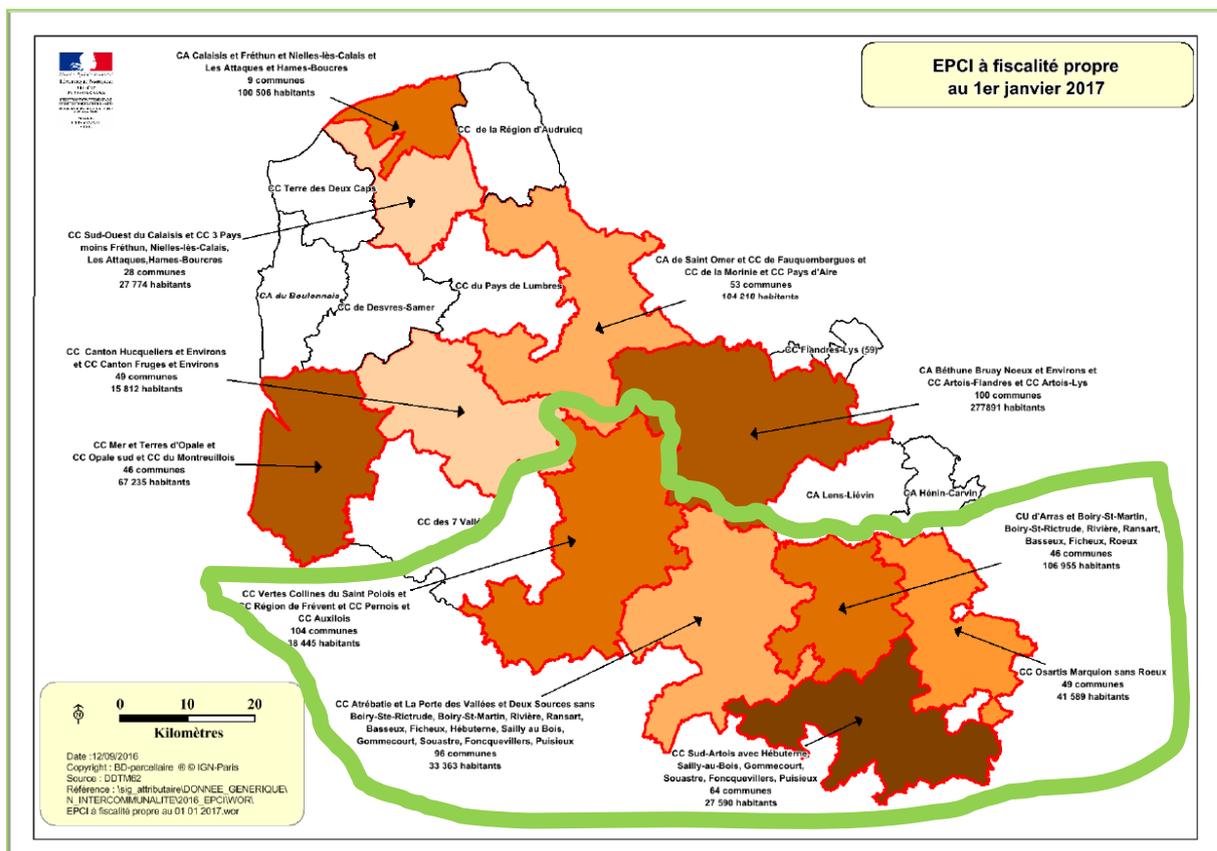
b) Notion de territoire

Le territoire d'intervention du RGTA est représenté sur la carte ci-dessous



– Sur le territoire du RGTA, se trouvent 6 Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) ou Communautés de Commune (CC) :

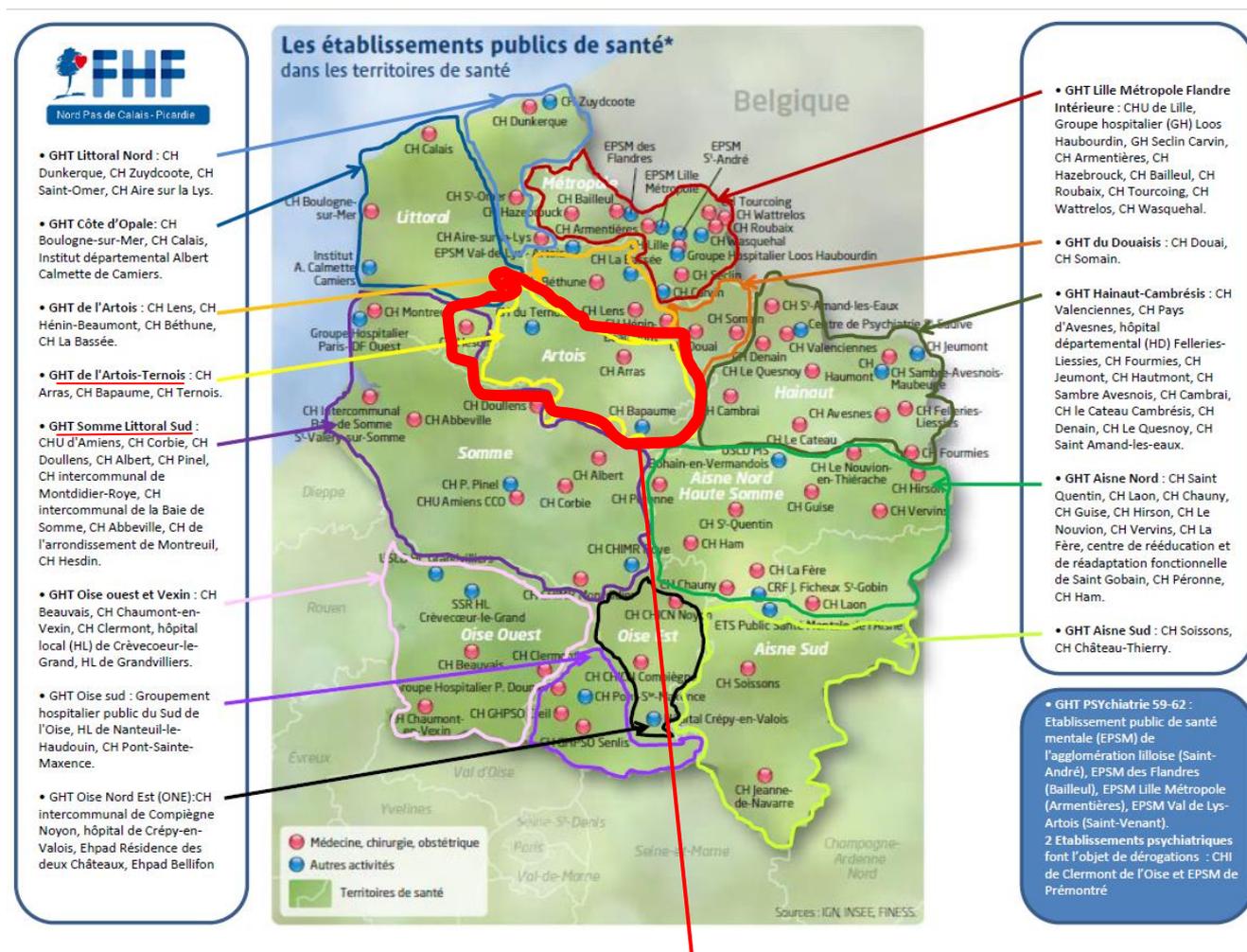
- La Communauté Urbaine d'Arras
- La CC Osartis Marquion
- La CC du Sud Artois
- La CC des Campagnes de l'Artois
- La CC du Ternois (regroupe St Pol Sur Ternoise, Frévent, Auxi-le-Chateau)
- La CC des 7 Vallées



— Territoire RGTA

Sur le territoire du RGTA se trouvent 2 Groupements Hospitaliers de
Territoire (GHT) :

- Le GHT de l'Artois Ternois (GHAT)
- Le GHT Somme Littoral Sud



Territoire RGTA

- Sur le territoire du RGTA, il existe 2 CLS : celui de la CUA et celui du Ternois
- Sur le territoire du RGTA se trouvent 2 Maisons du Département Solidarité (MDS) comprenant chacune une MA : celle de l'Arrageois et celle du Ternois
- La méthode MAIA n'existe pas sur l'ensemble du territoire du RGTA. En effet, elle est déployée sur les 203 communes de l'Arrageois, soit le Bapalmois (communauté de commune sud Artois, CUA, une partie de la communauté de commune campagne de l'Artois). Sur la communauté de commune du Ternois et une partie de la communauté de commune campagne de l'Artois, il n'y a pas de « méthode MAIA ». A noter que sur la communauté de commune des 7 vallées, est déployée la méthode MAIA du Montreuillois (donc une autre équipe que sur l'Arrageois)
- Le RGTA se trouve sur le territoire de démocratie sanitaire du Pas de Calais.



POLITIQUES DE SANTE – DEFINITIONS

a. Politiques de santé

La 1^{ère} conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à OTTAWA, a adopté le 21 novembre 1986 une « charte pour la promotion de la santé » : objectif de la santé pour tous. Le constat est fait que « le système de santé ne peut plus être organisé seulement pour la prise en charge de la maladie aiguë mais doit se concevoir pour « la vie en santé ». La santé est conçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but dans la vie, c'est un concept positif ». [1]

La loi HPST portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au journal officiel du 22 juillet. Elle propose une réorganisation globale du système de soins, en traitant prioritairement les questions de lutte contre les déserts médicaux, du décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, de la performance des hôpitaux, de l'attractivité des métiers de la santé, de la santé des jeunes et d'une manière générale de la coordination du système de santé.[2]

Cette loi définit ce que doit faire un médecin généraliste de premier recours (porte d'entrée dans les soins). C'est l'équivalent de soins de santé primaires.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), dans son rapport « assurance maladie et perte d'autonomie » (2010-2011), met en évidence « la complexité du parcours de santé, la diversité et le cloisonnement des acteurs à mobiliser, l'insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, médico-sociale et sociale, cause de rupture de parcours, le déficit de partage de l'information par manque de système d'information organisé ».

Le HCAAM décrit pour la première fois le modèle de parcours (la nécessité d'arrêter la politique de succession d'actes). [3]

L'agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) publie en 2012 « les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire » et en 2013 « construire un parcours de santé pour les personnes âgées ». [4]-[5]

La loi de modernisation de notre système de santé (janvier 2016) précise dans son titre liminaire que :

Article 1^{er} :

Art.L.1411-11 : La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, l'égalité entre les femmes et les hommes, à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention aux soins.

La politique de santé comprend un certain nombre d'axes dont l'organisation des parcours de santé.

Le 1^{er} janvier 2016, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement entre en vigueur. Elle a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de la vie dans un processus répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, transport, vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. [7]

Cette loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions et vise, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, à leur apporter une meilleure protection avec :

- Des mesures concrètes pour améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches.
- La reconnaissance et le soutien des proches aidants.
- Un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées avec une nouvelle organisation et des financements supplémentaires pour la prévention de la perte d'autonomie au niveau du département. Dans chaque département, une conférence des financeurs de la perte d'autonomie va adopter un programme coordonné de financement des actions de parcours pour toute personne âgée de plus de 60 ans. Elle a pour vocation de financer à la fois des actions collectives de prévention et de lutte contre l'isolement mais aussi des aides individuelles pour faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées aux revenus modestes. Elle est présidée par le Président du Conseil Départemental et vice présidée par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS), réunit toutes les institutions impliquées de la prévention : l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat), caisses de retraite, organismes régis par le code de la mutualité.
- Un renforcement de la transparence et de l'information des pratiques en EHPAD.
- Une réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées.

Le Projet Régional de Santé (PRS) (2018-2028) a été arrêté le 5 juillet 2018 par la Directrice Générale de l'ARS. Il définit la stratégie de santé dans les Hauts de France pour les 10 ans à venir, avec un renforcement de la transversalité de la proximité au profit des parcours de santé, d'une approche territorialisée et régionale des organisations de services et de la démocratie sanitaire [8].

L'orientation stratégique 2 est « mobiliser les acteurs de santé pour apporter des réponses aux ruptures dans le parcours de santé » (objectif général 5 : accompagner le vieillissement et soutenir les aidants).

L'orientation stratégique 7 est « reconnaître l'usager comme acteur du système de santé ».

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a marqué une avancée majeure en matière des droits individuels et collectifs des patients. « Développer la démocratie sanitaire » fait partie de ses objectifs.[9]

La démocratie sanitaire est une démocratie qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dès l'élaboration et la mise en service de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de construction.[10]

Avec la loi de modernisation de 2016 de notre système de santé, les instances de démocratie sanitaire ont été renforcées avec l'obligation au renforcement de la représentation des usagers au niveau des instances de gouvernance, la mise en place d'un dispositif de formation et d'indemnisation des représentants des usagers, la création de l'Union Nationale des Associations agréées d'usagers des Systèmes de Santé (UNASS) et la création des Contrats Territoriaux de Santé (CTS), des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), de la commission des usagers des établissements de santé [6]

La démocratie sanitaire s'exerce à 2 niveaux : la démocratie sanitaire au « sens strict » centrée sur la participation collective des usagers et citoyens à la définition de la politique de santé au niveau national et local, et la démocratie sanitaire « au sens large » centrée sur la participation individuelle des patients à leur propre parcours de soins.[6]

Les contrats locaux de santé (CLS) participent à la constitution des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre les actions, au plus près des populations.[11]

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». *Art.L. 1434-17 du code de santé publique*

Il s'agit d'un outil souple, modulable, qui établit le lien entre les PRS et les projets portés par les collectivités qui nécessite une dynamique collective (Les signataires du contrat sont les collectivités territoriales et les ARS. Les préfets, les services de l'état, les acteurs de santé et les associations peuvent être associés au dispositif).

Le projet est participatif avec une stratégie et des objectifs définis en commun, un programme d'actions pluriannuel co-construit à partir des besoins locaux et un suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats conjoints

Pour les ARS, le dispositif permet de prendre en compte plusieurs enjeux :

- Mettre en cohérence le projet stratégique de l'agence avec les politiques de santé menées par les collectivités
- Mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local de santé
- Consolider par contrat les partenariats locaux et inscrire la démarche dans la durée

2 objectifs prioritaires pour les territoires sont définis :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- Mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité

Le contrat local de santé permet une réponse adaptée au plus près des besoins de la population

Les initiatives sont souvent dédiées à la promotion et la prévention de la santé. Mais le CLS incite à élargir le champ de la contractualisation à l'ensemble des domaines d'intervention de l'ARS et de l'assurance maladie : promotion et prévention de santé, offre de premier recours, accompagnement médico-social, faciliter les parcours de soins et de santé (prévention de la santé, soins, accompagnement médico-social) et prendre en compte les autres facteurs qui ont une incidence sur la santé et la vie des populations (logement, environnement, éducation, relations sociales, travail) [11]

b. Définitions

Un parcours se définit comme « la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur sur un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène et le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement ». [12]

On distingue différentes approches de parcours :

- Le parcours de santé : « Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale » (Article 1^{er} de la loi modernisation de notre système de santé modifiant l'article L1411-1 du code de la santé publique) [6]

- Le parcours de soins: Il comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins (consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus, décompensation, accès aux prises en charge médicales ou sociales).

La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondée sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme.

Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échange d'informations entre tous les acteurs impliqués [13]

En France, le parcours de soins correspond au chemin clinique. Selon l'HAS « le chemin clinique est centré autour du patient. Il a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du parcours de prise en charge en suivant le parcours du patient ». Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. Il s'agit d'apporter un outil organisationnel multidisciplinaire permettant la gestion de la qualité des soins par la standardisation des personnes. Il est démontré dans la pratique clinique que la mise en place des chemins cliniques permet de diminuer la variabilité dans la pratique clinique. [15]

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 avril 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de mutualisation des soins. [14]

- Le parcours de vie. : Celui-ci intègre les parcours de soins et de santé. Il est une réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Il intègre l'ensemble des acteurs de la sphère sociale et notamment les interactions avec l'éducation et l'emploi. C'est aussi une prise en charge globale de l'utilisateur, prenant en compte ses choix, en coordination avec l'ensemble des acteurs. Pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) la « notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle, relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne ». [16]

PROBLEMATIQUE – QUESTION DE RECHERCHE

Au stade du niveau d'avancement du projet « Parcours de santé du patient âgé dénutri », décrit en introduction de ce travail, l'objectif fixé est maintenant l'extension sur le territoire du RGTA.

En effet, le fait que le parcours de santé du patient âgé dénutri ne soit développé que sur la CUA induit une inégalité en terme d'offre de prise en charge en matière de prévention, repérage et dépistage, prise en charge de la dénutrition au domicile sur le territoire du RGTA.

La question posée est : Quels sont les facteurs de réussite et les axes d'amélioration pour une modélisation, une extension du parcours de santé du patient âgé dénutri, mis en place sur la CUA, sur l'ensemble du territoire du RGTA?

Pour répondre à cette question, je propose d'effectuer une évaluation du parcours de santé du patient âgé dénutri tel qu'il a été mis en place sur la CUA à partir :

- D'une analyse et synthèse des résultats du rapport d'activité 2017 de la diététicienne au domicile,
- D'une enquête qualitative effectuée à partir d'entretiens auprès des différents acteurs engagés dans la co-construction de ce parcours (annexe 5),
- D'un entretien avec une famille de patiente âgée dénutrie sévère.

ANALYSE ET SYNTHÈSE DES RESULTATS

I. ANALYSE ET SYNTHÈSE DES RESULTATS DU RAPPORT D'ACTIVITE 2017 DE LA DIETETICIENNE AU DOMICILE

A partir du chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition à domicile par le Réseau de Santé Gériatrique pour les patients âgés de plus de 70 ans » (annexe 4).

99 personnes âgées vivant au domicile sur le territoire de la communauté Urbaine d'Arras sont concernées.

Le diagnostic de « risque de dénutrition » a été posé pour 68 personnes, et celui de dénutrition ou dénutrition sévère pour 31 personnes par l'équipe du RGTA.

De janvier à décembre 2017, comme décrit dans le chemin clinique, la diététicienne a effectué 68 appels téléphoniques pour les personnes diagnostiquées à risque de dénutrition. Elle a programmé 31 visites à domicile pour les personnes diagnostiquées dénutries ou dénutries sévères.

28 visites sur les 31 programmées ont été réellement effectuées, 3 personnes ayant refusé d'ouvrir la porte ou étaient absentes du domicile.

I.A. Profil des 28 personnes dénutries ou dénutries sévères prises en charge au domicile :

- Profil des personnes âgées
 - ✓ Sexe : 21 femmes, 7 hommes
 - ✓ Age moyen : 85 ans (75ans – 92ans)
 - ✓ Communes : CUA

- Diagnostic nutritionnel à la première visite au domicile
 - ✓ 3 personnes à risque de dénutrition
 - ✓ 19 personnes en dénutrition modérée
 - ✓ 6 personnes en dénutrition sévère

- Nature des actions proposées par la diététicienne à la première visite au domicile

• Surveillance du poids	28 personnes
• Conseils alimentaires (Fractionnement alimentation, enrichissement alimentation, adaptation texture)	28 personnes
• Adaptation de l'organisation autour du repas en lien avec les associations d'aides à domicile (Stimulation au repas, stimulation à l'hydratation, adaptation du plan d'aides)	24 personnes
• Proposition de prescription de compléments nutritionnels oraux au médecin traitant	17 personnes
• Consultation spécialisée avec le nutritionniste	3 personnes
• Conseils de matériel adapté	1 personne

La diététicienne a adressé systématiquement le compte rendu de visite à domicile au gériatre du RGTA et au médecin traitant. Elle a également adressé les conseils alimentaires par courrier à la famille et au service d'aides à domicile.

- Personnes impliquées dans la prise en charge lors de la première visite à domicile en dehors du médecin traitant (pour chaque personne prise en charge le médecin traitant avait préalablement donné un accord)
 - La famille pour 24 des 28 personnes âgées
 - L'auxiliaire de vie pour 5 des 28 personnes âgées
 - L'infirmière libérale pour 2 des 28 personnes âgées

- Le suivi par la diététicienne après la première visite à domicile
 - La diététicienne a proposé une visite de suivi à domicile pour 21 des 28 personnes concernées suite à la première visite
 - 20 ont pu être réalisées, 1 personne n'a pas ouvert la porte

- Evolution de l'état nutritionnel au terme du suivi (1 ou 2 visites à domicile) pour les 20 personnes chez qui le suivi a été effectué
 - Evolution favorable de l'état nutritionnel : 14 personnes sur 20 (évolution du statut de « dénutri modéré » à un statut de « risque de dénutrition »)
 - Stabilisation de l'état nutritionnel : 1 personne (dénutrition modérée)
 - Evolution défavorable : 2 personnes
 - ✓ 1 personne dénutrie sévère est décédée
 - ✓ 1 personne a évolué d'un statut de dénutrition à dénutrition sévère

Ces 2 personnes présentaient des pathologies sévères évoluées
 - Non renseigné : 3 personnes
 - ✓ 1 personne a été hospitalisée
 - ✓ 2 personnes n'ont pas accepté le suivi à domicile

I.B. Conditions d'évolution favorable de l'état nutritionnel :

La diététicienne rattache l'évolution favorable de l'état nutritionnel à :

- ✓ La bonne mise en pratique des conseils laissés
- ✓ La bonne observance des compléments nutritionnels oraux
- ✓ L'implication de la famille
- ✓ Le suivi des recommandations par les aides à domicile (surtout si elles étaient présentes lors de la visite initiale), le médecin traitant, l'infirmière libérale
- ✓ Le plan d'aide adapté (entretiens et fréquence)

I.C. Difficultés rencontrées par la diététicienne :

- Concernant les personnes âgées à risque de dénutrition, les appels téléphoniques de la diététicienne effectués selon le chemin clinique défini sont chronophages, d'autant plus que les patients ou leur entourage ne sont pas toujours joignables au moment où l'appel est fait. Ceci occasionne de nombreux appels sans réponse ainsi qu'une perte de temps. Par ailleurs, aucune évaluation du suivi des recommandations n'est possible.
- 3 « erreurs de diagnostic » L'équipe du RGTA avait fait pour 3 patients le diagnostic de dénutrition modérée non confirmé par la diététicienne, qui a considéré le diagnostic « risque de dénutrition. »
- La mesure ou le suivi du poids
Toutes les personnes âgées n'ont pas de pèse personne au domicile.
La difficulté relative à la mesure du poids chez les personnes grabataires est contournée par la mesure du grip test et des circonférences brachiales, le transport de la chaise de pesée étant compliqué.

Pour les personnes récemment hospitalisées en établissement de santé public ou privé, la diététicienne ne dispose généralement pas du poids de sortie d'hospitalisation.

- La communication avec le médecin traitant

Il n'est pas toujours facile pour la diététicienne de joindre le médecin traitant ce qui peut retarder la prise en charge.

- Le bilan biologique

Celui-ci est généralement demandé au médecin traitant par téléphone par l'infirmière du RGTA suite à l'évaluation gériatrique effectuée en respectant les indications décrites dans le chemin clinique. Il n'est cependant pas toujours effectué. La diététicienne ne peut alors pas en disposer lors de la première visite.

- Les personnes âgées présentant des troubles cognitifs refusant la prise en charge.

II. METHODOLOGIE, ANALYSE ET SYNTHESE DES ENTRETIENS EFFECTUES AUPRES DES DIFFERENTS ACTEURS ENGAGES DANS LA CO-CONSTRUCTION DU PARCOURS DE SANTE DU PATIENT AGE DENUTRI

II.A. Méthodologie

14 entretiens ont été effectués sur la période de mars à juin 2018 auprès de 14 acteurs qui ont participé à la construction du parcours de santé du patient âgé dénutri.

Ils ont consisté en des entretiens individuels conduits à partir d'une grille d'entretien (annexe 5). Ils ont duré entre 30 minutes à 1 heure. Deux des 14 entretiens ont été réalisés par téléphone.

II.B. Analyse et synthèse des entretiens effectués auprès des différents acteurs engagés dans la co-construction du parcours

- Les 14 acteurs concernés rencontrés sont :
 - La diététicienne coordinatrice
 - Le médecin nutritionniste
 - Une directrice adjointe du GHAT, référente du pôle politique en faveur des personnes âgées
 - Une directrice de l'IFSI
 - Une infirmière du RGTA
 - Un médecin généraliste (un des cinq généralistes volontaires de l'expérimentation 2012-2015 et en projet d'ouverture d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire)
 - Une infirmière libérale
 - Le conseiller délégué à la prévention de la Santé de la CUA
 - La coordinatrice du CLS de la CUA
 - La responsable de la MA
 - La pilote MAIA
 - Une responsable d'un SAAD (l'association qui a adressé le plus d'employés à la sensibilisation des aides à domicile)
 - La référente des aides ménagères du CCAS d'Arras
 - Une référente CARSAT

- Parmi ces acteurs, 6 interviennent dans le champ du sanitaire, 3 dans le champ du médico-social, 1 dans le champ du social, 1 dans le champ de la prévention.

Les autres acteurs interviennent dans le cadre du CLS de la CUA, l'IFSI.

- Les différents acteurs interrogés disent être tous confrontés à la problématique de la dénutrition de la personne âgée dans le cadre de leur activité, de leur mission de prévention ou de coordination.

- Ils participent à la mise en place du parcours de santé du patient âgé dénutri sous différentes formes :
 - Actions de prévention : 14 acteurs
 - Actions de dépistage/repérage : 13 acteurs
 - Actions de prise en charge : 9 acteurs
 - Coordination/pilotage : 11 acteurs
 - Déploiement du dispositif : 8 acteurs
 - Etapes de validation : 7 acteurs

- Le CLS a provoqué la mise en place du parcours de santé du patient âgé dénutri.

Il a joué un rôle facilitateur pour 11 acteurs à savoir :

 - La diététicienne coordinatrice
 - Le nutritionniste
 - La directrice adjointe du GHAT, référente du pôle politique en faveur des personnes âgées
 - La directrice de l'IFSI
 - Une infirmière du RGTA
 - Le conseiller délégué de la prévention de la santé de la CUA
 - La coordinatrice du CLS de la CUA
 - La responsable de la MA
 - Le pilote MAIA
 - La référente des aides ménagères du CCAS d'Arras
 - La référente CARSAT

- Le CLS est jugé facilitateur pour ces acteurs « outil de copilotage du projet », « relai-promotion du projet », « coordination du projet », « aide au décroisement, à la communication », « coordination des acteurs ».

- En revanche, le CLS n'est pas connu par le médecin généraliste, l'infirmière libérale, et la responsable d'un SAAD qui n'ont pas participé à la « construction globale du parcours » mais ont surtout été impliqués dans la prise en charge au domicile de patients âgés dénutris.
- L'organisation du parcours mis en place répond aux attentes de 10 acteurs sur les 14, partiellement pour 4 acteurs (diététicienne, conseiller délégué à la prévention de la santé de la CUA, infirmière du RGTA, infirmière libérale). Les motifs invoqués par ces 4 acteurs sont le manque de lien ville-établissement de santé pour certaines transmissions comme le poids, le dispositif non déployé sur l'ensemble du territoire du RGTA, la difficulté de prise en charge au domicile en l'absence de famille impliquée et le coût (eau gélifiée par exemple).
- Pour 11 acteurs, (acteurs des 3 champs sanitaire, médico-social et social) la mise en place du parcours du dénutri a eu un impact sur la vision de la prévention, du repérage et de la prise en charge de la dénutrition à savoir sur la « notion de prévention », sur « le rôle et le lien possible avec le réseau de santé gériatrique », sur « une prise de conscience de la problématique de la dénutrition », sur « l'amélioration des pratiques », sur la « vision transversale de la dénutrition », sur la « problématique de l'isolement social », sur « une autre vision du rôle des aides ménagères » (un autre statut, une valorisation de leur rôle), avec pour la référente des aides ménagères du CCAS d'Arras, une évolution de leur fiche de poste, « agent de maintien à domicile ».

- Les impacts exprimés sur l'orientation et la prise en charge des personnes sur le parcours sont :
 - Sur l'organisation globale du parcours : 10 acteurs (acteurs des trois champs)
 - Sur la connaissance des acteurs du parcours : 10 acteurs (acteurs des trois champs)
 - Sur le dépistage et le repérage de la dénutrition : 9 acteurs (acteurs des trois champs)
 - Sur la prise en charge (Conseils alimentaires, surveillance du poids, diagnostic, prescription de compléments nutritionnels oraux) avec l'aide des « interventions » mises en place : 5 acteurs. (acteurs champs sanitaire et médico-social)
 - Sur le numéro d'appel unique : 4 acteurs (acteurs champs sanitaire et médico-social)
 - Sur les personnes « ressource » à contacter : 4 acteurs (acteurs champs médico-social et social)

- Concernant les points à améliorer cités lors des entretiens :

En matière d'actions de prévention

- Le « maillage » des actions de prévention de la dénutrition sur le territoire du RGTA
- La coordination des différentes actions de prévention déjà effectuées par différents partenaires et celle du parcours de santé du patient âgé dénutri sur le territoire du RGTA avec le lien avec les différentes actions de prévention dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
- Le développement d'un programme Education Thérapeutique spécifique à ce parcours en Maison de Santé pluridisciplinaire

En matière d'actions de repérage/dépistage

- Le lien et la coordination des actions de sensibilisation/formation des aides à domicile avec les autres formations déjà existantes sur le territoire. Proposition de certains acteurs, de revoir le format de la formation effectuée dans le cadre du parcours du patient âgé dénutri, en lien avec le contenu des différentes formations déjà existantes
- La « reconnaissance » de la formation des aides à domicile proposée dans le cadre de la formation continue des associations
- La formation des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)
- La formation de l'ensemble des professionnels de santé au chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition au domicile pour les patients âgés de plus de 70 ans »

En matière de prise en charge

- La nécessité d'une implication et d'une coordination de l'ensemble des acteurs du domicile autour du patient âgé, (transmission des informations)
- Les transmissions entre la ville et les différents établissements de santé du territoire
- L'adaptation du plan d'aide des patients âgés dénutris (temps de l'auxiliaire de vie au domicile pour donner le repas)
- L'implication indispensable des familles

- Autre

- La communication du projet
 - ✓ La communication du projet global et de son évolution à l'ensemble des acteurs des différents champs dont les professionnels de santé de premier recours (outils de communication spécifique pour les professionnels de premiers recours), les diététiciennes libérales et travaillant en établissement de santé, les CCAS, la mutualité sociale agricole (MSA)
 - ✓ La communication aux élus : la « valorisation politique » du projet est jugée importante pour la pérennité du projet pour un acteur
 - ✓ La communication du numéro d'appel unique

- Les patients/famille - « usagers »
 - ✓ Leur place dans l'organisation de la mise en place du parcours

- La prise en compte des situations à risque de dénutrition décrites par la Haute Autorité de Santé (2007) ^[17] dont les troubles bucco-dentaires

- Le lien « parcours de santé du patient âgé dénutri et maisons de santé pluridisciplinaires du territoire

- Le lien « parcours de santé du patient âgé dénutri » et « Plateformes Territoriales d'Appui »,

- L'ensemble des acteurs souhaite continuer à s'impliquer dans la mise en place du parcours de santé du patient âgé dénutri à la fois dans les actions de prévention, dépistage et repérage, prise en charge de la dénutrition avec un souhait de développement de ce parcours sur l'ensemble du territoire, de faire plus de communication et d'aborder d'autres thématiques de la fragilité gériatrique, développer d'autres parcours (chute, lien avec le parcours de psycho-gériatrie du territoire)

III. ENTRETIEN AVEC UNE FAMILLE DE PATIENTE AGEE DENUTRIE SEVERE

L'entretien a été un entretien ouvert portant sur les conditions de réussite de la prise en charge au domicile.

Madame X, 90 ans, présente une détérioration intellectuelle de type Alzheimer très évoluée, évoluant depuis 14 ans. Elle est maintenant grabataire. Elle a été prise en charge dans le cadre du parcours de soins du patient âgé dénutri. Sa famille est très impliquée. Elle est au domicile plusieurs fois par jour.

Madame est prise en charge par sa famille, un SAAD (auxiliaire de vie) d'une association formée, une infirmière libérale qui intervient 2 fois par jour au domicile et rencontre son médecin traitant tous les 15 jours.

La prise en charge au domicile n'est possible selon sa famille que sous certaines conditions :

- La « patience et la douceur de la famille »
- La disponibilité indispensable avec plusieurs passages par jour et la nécessité de veiller à la bonne organisation au domicile. La famille fait le lien entre les passages des différents intervenants
- La nécessité d'avoir une équipe d'auxiliaires de vie au domicile suffisamment « stable » formée qui connaît la personne âgée éviter les turn over. L'équipe doit connaître la personne âgée. Par ailleurs, pour la famille, les aides au domicile doivent avoir une formation pour la constitution de repas à domicile adaptés aux besoins et savoir adapter les textures.

- L'investissement de la famille pour les repas « nécessité de faire les repas ». Ceci n'est pas possible pour un auxiliaire de vie compte tenu du temps alloué dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Celui-ci ne peut être consacré à donner le repas (une heure est nécessaire pour la prise du repas de Madame X)
- Pouvoir faire face aux coûts : Le coût de l'eau gélifiée
- Savoir donner à manger, à boire et savoir repérer les troubles de la déglutition
- Être formée à la préparation de repas équilibrés. La famille souhaite avoir une liste de repas équilibrés avec les recettes par la diététicienne.
- Avoir une « équipe de recours » à qui demander des conseils si nécessaire avec un numéro d'appel direct.

DISCUSSION

Cette discussion va porter sur l'identification des facteurs de réussite et des axes d'amélioration retrouvés dans le cadre de l'évaluation du parcours de santé du patient âgé dénutri mis en place sur la CUA, ceci à partir des données des politiques de santé, des recommandations professionnelles, de l'enseignement reçu des cours de 1^{ère} et 2^{ème} année du Master « Coordination des trajectoires de santé », de l'analyse et de la synthèse des résultats du rapport d'activité 2017 de la diététicienne au domicile, de l'analyse et la synthèse des entretiens des différents acteurs engagés dans la construction de ce parcours ainsi que de l'entretien auprès de la famille de la patiente âgée dénutrie.

Cela va permettre d'envisager des perspectives pour une modélisation, une extension de ce parcours sur l'ensemble du territoire du RGTA.

Le parcours de santé du patient âgé dénutri, tel qu'il a été développé sur la CUA, répond à la définition d'un parcours de santé [6]. Il mobilise et implique en effet des acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, intègre la notion de prévention (individuelle et collective). Ces acteurs participent activement à la mise en place du parcours. En revanche, les professionnels de premier recours ont été très peu impliqués dans la construction globale du parcours. Ils ont surtout été impliqués dans la prise en charge au domicile du patient âgé dénutri.

Au sein du parcours de santé est défini le parcours de soins « Chemin Clinique » [13] centré sur le patient. A partir de la recherche diagnostique, des groupes homogènes sont définis (facteur de risque de dénutrition, risque de dénutrition, dénutrition modérée, dénutrition sévère) selon les recommandations HAS. [15] – [17]. (Annexes 1 et 4)

La loi du 4 mars 2002 insiste sur le fait « qu'il ne peut y avoir de système de distribution de soins de qualité, sans coopération accrue entre tous les acteurs de santé [...] qui doivent assurer une coordination, une continuité et une interdisciplinarité de prise en charge ». [9]

La coordination est « une des conditions incontestables de la continuité, de la qualité des soins et de la cohérence de la prise en charge globale des personnes âgées. Elle permet de mobiliser des compétences au juste niveau et de guider le patient dans son parcours de soins ». [20]

Le HCAAM souligne que l'insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales est cause de rupture de parcours. [3]

Cette notion d'une nécessaire coordination apparaît clairement dans les entretiens des acteurs impliqués dans la construction du parcours à la fois pour les actions de prévention (coordination des différentes actions de prévention effectuées par des acteurs différents, lien avec les actions de prévention financées dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.) et les actions de repérage/dépistage (coordination des actions de sensibilisation / formation des aides à domicile) sur l'ensemble du territoire du RGTA. Le CLS est jugé comme « outil de coordination » facilitateur avec le rôle important de la coordinatrice mais également un « outil de communication ».

La synthèse du rapport d'activité de la diététicienne, certaines données des entretiens effectués auprès des différents acteurs du parcours et l'entretien avec la famille de Madame X montrent que la coordination est également primordiale pour une prise en charge optimale des patients âgés dénutris.

En effet, l'évolution de l'état nutritionnel est favorable lorsque la prise en charge est coordonnée entre acteurs au domicile (suivi des recommandations de la diététicienne par le médecin traitant, l'infirmière libérale, les aides à domicile, plan d'aides adapté) avec l'implication de la famille surtout s'il y a des transmissions entre la diététicienne et les aides à domicile.

En revanche, l'évolution de l'état nutritionnel est défavorable lorsque la coordination au domicile est insuffisante, un des acteurs cités précédemment moins impliqué, le plan d'aides non adapté (en fréquence et en temps), le patient et/ou la famille non favorables à la prise en charge. Se pose également la question des patients présentant des difficultés cognitives ne leur permettant pas d'adhérer, de comprendre la prise en charge proposée.

Le chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition à domicile par le réseau de santé gériatrique pour les patients âgés de plus de 70 ans » est un outil « de coordination » organisationnel multidisciplinaire utilisé par le RGTA et la diététicienne. Il décrit les actions coordonnées en fonction du profil nutritionnel des patients (groupe homogène de patients auquel il appartient). Dans le cadre de la démarche continue d'amélioration qualité et pour optimiser les ressources notamment la diététicienne, il est nécessaire qu'il soit réévalué. Au regard des difficultés rencontrées pour les patients âgés à risque de dénutrition décrites, la prise en charge de ce groupe homogène de patients est à rediscuter. Par ailleurs, il paraît nécessaire que ce chemin clinique soit connu de l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge. Le chemin clinique pourrait être complété avec l'intervention des acteurs du sanitaire (médecin traitant, infirmière libérale) et du médicosocial (SAAD) à l'aide d'un tableau de soins coordonnés.

Se pose la question de la formation des professionnels de 1^{er} recours, les SAAD et SSIAD au chemin clinique, au parcours de soins, de faire « reconnaître cette formation ». Ceci permettrait un transfert des savoirs faire, une « diffusion de la culture gériatrique ».

Se pose également la question de la transmission des informations, des recommandations entre les différents acteurs concernés dans la prise en charge (par exemple avec le médecin traitant bilan biologique, prescription de compléments nutritionnels oraux). Les intervisions mises en place facilitent la transmission des informations. Un travail est en cours à la MA de l'Arrageois dans le cadre du groupe de travail « coordination des acteurs » animé par la pilote MAIA sur « les outils de coordination et communication ». Une réflexion débute sur le Plan Personnalisé de Santé (PPS) entre les différents acteurs comme défini par l'HAS en mars 2014.

[21]

Cependant, les médecins généralistes et professionnels de premier recours ne participent pas aux intervisions ni au groupe « coordination des acteurs ».

A ce jour, il n'y a pas de possibilité de transmission d'informations sécurisées. « Le manque de système d'information organisé peut concourir au déficit de partage d'information » comme le souligne le HCAAM [3]

La coordination souligne le rôle clé du coordinateur. Qui doit et qui est légitime pour exercer ce rôle ?

La loi place le médecin généraliste de 1^{er} recours au centre de la coordination des soins en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » (article L4130-1 du code de la santé publique). [14]

Pour les patients en situation complexe, appelant un recours à une diversité d'intervenants dans différents champs (sanitaire, social et médicosocial), le médecin généraliste de premier recours mais aussi les autres acteurs de l'offre de soins peuvent avoir besoin d'appui à la coordination des soins leur permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient. Ce besoin a été identifié par la HCAAM [3] qui juge nécessaire de mettre à disposition du médecin généraliste de premier recours un « appui fonctionnel ». Les fonctions d'appui sont définies comme l'ensemble des actions nécessaires à l'organisation des parcours mais ne pouvant directement être effectuées par les professionnels de santé primaire.[22]

Les travaux conduits par la DGOS permettent d'identifier les missions de l'appui à la coordination : organiser et planifier le parcours de santé et orienter la prise en charge du patient en situation complexe sous la responsabilité du médecin généraliste, apporter un appui aux différents intervenants (professions de santé de premier recours, sociaux, médicosociaux, famille) auprès du patient, favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi qu'identifier le coordinateur d'appui. Le PPS préparé par le coordinateur est validé par le médecin généraliste [22].

En 2014, l'HAS publie des recommandations pour l'organisation des fonctions d'appui aux professionnels de premier recours [23]. La Fédération Hospitalière de France (FHF) souligne dans un rapport de 2018 « renforcer le lien ville-hôpital » axe 1 « faciliter les liens entre la ville et l'hôpital » avec la proposition de rendre obligatoire la communication des résultats médicaux (comptes rendu, biologie, imagerie) aux médecins généralistes et réciproquement. [24]

Concernant le parcours du patient dénutri, la coordination au domicile est effectuée principalement par le RGTA en lien avec la diététicienne et non directement par le médecin généraliste. Se pose donc la question du développement de la coordination de l'équipe de soins primaires en lien avec les services du secteur médicosocial au domicile, la nécessité d'une implication et d'une coordination de l'ensemble des acteurs au domicile autour des patients. La nécessaire transmission d'informations est largement exprimée par les acteurs du parcours interrogés. Se pose également la question du positionnement du RGTA et de la diététicienne comme fonction d'appui et non « la coordination directe ».

Le RGTA devrait développer sa mission d'appui à la bonne organisation ville – établissement de santé en lien avec les intervenants des secteurs médico-sociaux, sociaux et sanitaires (une de ses missions est en effet d'intervenir en sortie d'hospitalisation), au regard des difficultés rencontrées dans la transmission de certaines informations primordiales pour le suivi du patient dénutri comme son poids. Le manque de transmission ville - établissement de santé de cette donnée déterminante pour la qualité de prise en charge induit un point critique, de rupture du parcours du patient dénutri. La question du suivi du poids au domicile (absence de pèse personne) se pose.

Les patients et leurs proches sont des « acteurs clés », des acteurs incontournables du parcours de soins depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades [9]. La loi de modernisation de notre système de santé renforce le droit des usagers [6]. Pour la diététicienne, un des facteurs d'évolution favorable de l'état nutritionnel est l'implication des familles des patients âgés dénutris. L'infirmière libérale interrogée précise qu'il est difficile de prendre en charge un patient âgé dénutri en l'absence d'une famille impliquée. Un des points à améliorer cité lors des entretiens est d'ailleurs l'implication des familles.

L'exemple de Madame X montre combien sa famille est impliquée dans la prise en charge depuis quelques années, sa disponibilité, son investissement, ses compétences (savoir donner à manger, à boire, repérer les troubles de la déglutition, connaître les besoins alimentaires, savoir adapter les textures) mais également ses « exigences » en matière de prise en charge de qualité avec notamment la nécessité d'avoir une équipe d'auxiliaires de vie formées, informées de la situation de madame X et relativement « fixe ». La famille « pallie » au plan d'aides insuffisant (déjà au maximum dans le cadre de l'APA) en préparant les repas et fait le lien entre les différents intervenants.

Cette famille précise le coût de la prise en charge confirmé par l'infirmière libérale (eau gélifiée).

Dans cette situation, il est intéressant de constater que la famille est devenue « famille experte », avec son vécu de la prise en charge d'une patiente âgée dénutrie sévère.

Elle exprime également avoir besoin d'une « équipe d'appui » avec numéro d'appel direct en cas de difficultés. Cette famille a accès au numéro d'appel (EMEG) et appelle en cas de besoins. Cette demande paraît essentielle. Cette famille experte a besoin d'aides pour ne pas se fatiguer, se lasser et « démissionner ». Cela est de la prévention.

Le parcours du patient dénutri implique le patient, la famille dans la prise en charge. Ceux-ci participent à leur propre parcours de soins (Démocratie sanitaire au sens large). [6]

En revanche, ils ne sont pas impliqués dans la construction et l'organisation du parcours (Démocratie sanitaire au « sens strict »). [6] Ce serait intéressant de le faire après avoir fait évoluer la modélisation des chemins cliniques. Le cadre de référence permettrait une discussion avec la famille pour personnaliser le parcours, faire le lien avec le PPS.

Enfin, le CLS est peu connu des professionnels de premier recours et la responsable du SAAD interrogée. Ceux-ci ne connaissent pas toujours l'ensemble du projet global du parcours du dénutri.

Une communication sur l'ensemble du projet s'avère nécessaire pour l'ensemble des acteurs des différents champs de la prévention, les élus : l'historique, de l'avancée du projet, le CLS, les différentes actions menées, le chemin clinique, le numéro d'appel...

Le tableau ci-dessous reprend les différents facteurs de réussites et axes d'amélioration retenus.

Il est intéressant de constater dans les axes d'amélioration **l'importante collaboration à développer et à mettre en place avec les équipes de premier recours, les médecins généralistes** à la fois en termes d'implication, de mobilisation, de coordination, d'information, de formation, de continuité de prise en charge. Cela va être l'objectif principal de ce projet.

7 dimensions	Facteurs de réussite	Axes d'amélioration
<u>Des acteurs du parcours mobilisés et impliqués</u>	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation et implication d'acteurs des différents champs (sanitaire, social, médicosocial, prévention) 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des professionnels de santé de 1^{er} recours dans la co-construction du parcours
<u>Différents niveaux de coordination dans le parcours avec des outils adaptés</u>	Actions de prévention/repérage, dépistage de la dénutrition	
	<ul style="list-style-type: none"> Implication d'acteurs des différents champs 	<ul style="list-style-type: none"> Implication des professionnels de santé de 1^{er} recours Coordination des actions « maillage sur le territoire »
	Prise en charge de la dénutrition au domicile	
	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge coordonnée des acteurs au domicile (médecin traitant, infirmière libérale, services médicosociaux et sociaux) avec plan d'aide adapté en lien avec le RGTA et la diététicienne Intervisions « situations complexes » 	<ul style="list-style-type: none"> Rôle de chacun et modalités organisationnelles à définir <ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordination par l'équipe de soins primaires en lien avec les équipes médicosociales ✓ Appui à la coordination RGTA/diététicienne du parcours/EMEG
	« Outils de la coordination »	
<ul style="list-style-type: none"> CLS Chemin clinique Groupe « coordination des acteurs pour la prise en charge au domicile » Table tactique 	<ul style="list-style-type: none"> Tableau de soins coordonnés Outils de coordination PPS ? classeur de coordination au domicile de la personne âgée ? Système information partagé ? Mobilisation, implication de médecins généralistes dans le groupe « coordination des acteurs » 	
<u>Différents niveaux de communication</u>		<ul style="list-style-type: none"> Communication aux différents acteurs des différents champs du territoire sur l'ensemble du projet, aux élus Communication sur les outils de coordination Communication du numéro d'appel unique du parcours du patient âgé dénutri Méthodes et moyens de communication à définir, auprès des professionnels de 1^{er} recours

7 dimensions	Facteurs de réussite	Axes d'amélioration
<u>Des équipes de soins et d'accompagnement informées et formées</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des associations d'aides à domicile (responsables et agents) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation des différentes équipes sanitaires et médicosociales au chemin clinique, aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles • « Reconnaissance de la formation »
<u>Une continuité de prise en charge</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge coordonnée avec transmissions des informations entre acteurs impliqués dans la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la prise en charge coordonnée du domicile ente acteurs de santé et les transitions établissement santé/ville • Matériel nécessaire (pèse personne pour suivi du poids au domicile)
<u>Une démarche continue d'amélioration qualité</u>		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation continue de la prise en charge du chemin clinique • Informatisation du chemin clinique
<u>Du patient et sa famille...à l'usager</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation /« capacités cognitives de compréhension» du patient • Implication dans la prise en charge/disponibilité • Compétences/Formation en matière de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication dans la construction et l'évaluation du parcours • Coût de la prise en charge (eau gélifiée « recettes » à donner à la famille ?)

**MODELISATION « EXTENSION DU PARCOURS DE SANTE
DU PATIENT AGE DENUTRI SUR LE TERRITOIRE DU RGTA »
PERSPECTIVES**

L'objectif est d'étendre le parcours de santé du patient âgé dénutri sur l'ensemble du territoire du RGTA afin d'avoir une offre identique en terme de prévention, repérage/dépistage et prise en charge de la dénutrition, une équité sur le territoire. L'infirmière du RGTA a, dans son entretien, mentionné la problématique d'avoir une prise en charge différente du patient âgé dénutri en fonction de son secteur d'habitation notamment en ce qui concerne l'accès à la diététicienne au domicile. Les acteurs du médico-social et du social ont exprimé le souhait de développer le parcours sur le territoire, de « mailler sur le territoire » les actions de prévention, via les subventions possibles dans le cadre de la conférence des financeurs ainsi que les actions de formation/ sensibilisation des services d'aides à domicile.

Ce travail va servir de « base » pour étendre ce parcours sur le territoire. Les facteurs de réussite et les axes d'amélioration retrouvés vont être pris en compte.

La transférabilité à « l'identique » du parcours paraît difficile en raison des ressources différentes sur le territoire du RGTA

En effet, dans sa pratique quotidienne, l'équipe du RGTA a pu constater des variabilités au sein du territoire en ce qui concerne les organisations et habitudes des professionnels de premier recours, les habitudes et flux des personnes âgées, la diversité des acteurs et ressources, les relations entre acteurs, les pratiques en matière de coopération.

Sur le territoire du RGTA par exemple se trouvent 2 GHT, 2 MDS. La méthode MAIA n'est pas développée sur l'ensemble du territoire. Il existe 2 CLS. La ressource « diététicienne » est également très limitée pour un vaste territoire (0.4 équivalent temps plein). Il s'agit d'une des raisons pour laquelle initialement le dispositif n'a été mis en place que sur un secteur limité du territoire. Les besoins pour cette ressource seront à réévaluer. Il va être indispensable de tenir compte de l'ensemble de ces éléments.

En revanche, la transférabilité à l'identique du parcours est tout à fait possible en ce qui concerne le processus.

Le chemin clinique « dépistage et prise en charge de la dénutrition à domicile par le réseau de santé gériatrique pour les patients âgés de plus de 70 ans » va pouvoir être « affiné » avec ce travail notamment à partir du rapport d'activité de la diététicienne à domicile. Il peut être transposé à l'ensemble du territoire, pour avoir des indicateurs de résultats positifs centrés sur les patients âgés (amélioration de l'état nutritionnel).

La CUA est un des 6 EPCI du territoire du RGTA.

L'idée est de déployer de façon progressive le parcours du patient dénutri sur les différents EPCI en tenant compte de l'histoire, du contexte local et de la spécificité de chacun.

Les « leviers » pour une approche territorialisée vont être différents.

Le choix est fait, dans un premier temps, d'étendre le dispositif sur la communauté de commune du Ternois. Il s'agit de la seule des 5 EPCI qui dispose à ce jour d'un CLS qui au regard des résultats de ce travail, peut être considéré comme un levier pour l'organisation du parcours, un lieu de rencontre local des partenaires et un espace de concertations régulières. D'autres leviers, en l'absence de CLS, doivent être trouvés : Maison de santé pluridisciplinaire ? Professionnels de santé de premier recours ? Professionnel de santé isolé ? Service d'aides à domicile ? Groupe de « coordination des acteurs » sur les territoires des MDS ? Elus ?

Les différents axes du parcours (prévention, repérage/dépistage, prise en charge) seront probablement développés avec une chronologie différente en fonction des acteurs impliqués.

L'ANAP a publié en décembre 2013 « construire un parcours de santé de la personne âgée », dont il va falloir également tenir compte. Cette publication décrit les grandes étapes de construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées : du diagnostic territorial à la feuille de route, l'élaboration d'un programme de parcours de santé de territoire, la gouvernance, la contractualisation entre acteurs, l'animation territoriale, l'évaluation. [5]

CONCLUSION

Ce travail a permis d'identifier les facteurs de réussite et les axes d'amélioration du parcours de santé du patient âgé dénutri mis en place sur la CUA à partir d'une évaluation basée sur l'analyse et la synthèse du rapport d'activité 2017 de la diététicienne au domicile, d'une analyse et synthèse, d'entretiens auprès des différents acteurs engagés dans la co-construction de ce parcours et d'un entretien avec une famille de patiente âgée dénutrie sévère.

Les facteurs de réussite et axes d'amélioration peuvent être organisés autour de 7 dimensions :

- des acteurs des différents champs mobilisés et impliqués
- différents niveaux de coordination dans le parcours avec des outils adaptés
- différents niveaux de communication dans le parcours
- des équipes de soins et d'accompagnement informées et formées
- une continuité de prise en charge dans le parcours avec un point de vigilance sur les transitions ville/établissements de santé
- une démarche continue d'amélioration qualité
- l'implication des patients/familles... les usagers

Pour chacune des dimensions, il est important d'impliquer les professionnels de santé de premier recours

La mise en place de ce parcours a mobilisé des acteurs des différents champs sanitaire, médicosocial, social et de la prévention. Une réelle dynamique s'est mise en place permettant de participer au « décloisonnement » entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, les secteurs médico-sociaux, sociaux et de la prévention. Il y a eu un impact, comme précisé dans les entretiens des acteurs du parcours, sur la vision de la problématique de la dénutrition des personnes âgées, sur l'amélioration des pratiques, sur la connaissance et le rôle des différents acteurs, sur l'orientation avec la connaissance du numéro d'appel direct du parcours et sur l'organisation globale du parcours. Cela a même pu faire évoluer la vision et le rôle de l'aide-ménagère au domicile par la responsable du service d'aides ménagère du CCAS d'Arras. Le souhait de l'ensemble des acteurs est de poursuivre leur implication. Une offre supplémentaire de prise en charge dans le cadre de ce parcours est proposée par le médecin généraliste interrogé à savoir le développement d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique à ce parcours en maison de santé pluridisciplinaire, dans lequel pourrait être impliquées les familles « notion de famille experte ».

Cette expérience sur la CUA a permis à l'ensemble des acteurs de participer à une « dynamique de construction de parcours » et de travailler en collaboration.

L'objectif est d'étendre ce parcours sur l'ensemble du territoire du RGTA afin de garantir, par une approche territorialisée, une égalité d'offre en matière de prévention, repérage dépistage et prise en charge de la dénutrition de la personne âgée au domicile. Il apparaît que la modélisation, l'extension du parcours sur le territoire du RGTA ne peut se faire que de façon progressive à partir du « découpage EPCI » du territoire, des résultats de ce travail, des recommandations de l'ANAP « construction d'un parcours de santé sur les personnes âgées » de 2013. Seule la transférabilité du processus sera possible à l'identique, les acteurs et ressources étant différents d'un EPCI à l'autre.

Il faudra tenir compte des spécificités, du contexte local, des leviers potentiels pour la mise en place. La chronologie de mise en place des différents axes de ce projet (prévention/repérage/dépistage, prise en charge) sera probablement différente.

Il paraît nécessaire pour l'extension du dispositif sur le territoire de se poser la question de la coordination globale du parcours. Qui assure le lien entre les acteurs et actions de prévention, dépistage repérage et la prise en charge des patients ? Le lien entre le CLS, le groupe coordination des acteurs pour la prise en charge au domicile ?

A ce jour, globalement ce rôle est assuré par un « trinôme » : le gériatre en temps partagé à l'EMEG et RGTA, la coordinatrice du CLS, la secrétaire de l'EMEG au numéro d'appel unique en lien avec l'infirmière de l'EMEG qui « régule » les appels. L'organisation mise en place entre l'EMEG et le RGTA est une véritable plus-value pour « la transversalité » le lien ville/hôpital.

La continuité de ce travail pourrait être une recherche-action de type stratégique comme le décrit Marie Renée VERSPIEREN avec une réflexion en équipe sur le concept de coordination qui serait la phase recherche et la mobilisation des attributs de ce concept dans l'action avec une nouvelle évaluation. [25]

Le souhait de l'ensemble des acteurs est de poursuivre la construction de ce parcours, autour des situations à risques de la dénutrition décrites par l'HAS mais également de travailler sur d'autres parcours spécifiques à la personne âgée comme le parcours chute et faire le lien avec le parcours de psychogériatrie du territoire. Cela va permettre de travailler sur les différents syndromes gériatriques et finaliser le parcours de santé de la personne âgée fragile sur le territoire... Un premier pas vers la construction d'autres parcours de santé ... et vers un autre dispositif... « la Plateforme Territoire d'Appui... »

Le lien entre le parcours de santé et le parcours de soins apparaît clairement dans ce travail. L'idée est maintenant de développer la notion de parcours de vie, [16] de faire le lien entre les différentes approches de parcours (parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie). Une piste pour développer le parcours de vie ne serait-elle pas de faire le lien entre chemin clinique et Projet Personnalisé de Santé ?

L'objectif de cette approche parcours est bien de « faire en sorte que la population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment et contribue par la prévention au maintien ou à l'amélioration de son capital santé, le tout au meilleur coût ». [26]

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CHARTE D'OTTAWA pour la promotion de la santé – 1986, www.bdsp.ehesp.fr.
- [2] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – *Ministère des solidarités et de la santé* <http://www.legifrance.gouv.fr>.
- [3] HCAAM – « assurance maladie et perte d'autonomie » (2011) – www.securite-sociale.fr .
- [4] ANAP – 2012 - Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire – réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire.
- [5] ANAP – décembre 2013 - Construire un parcours de santé pour les personnes âgées.
- [6] LOI N° 2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé - <http://www.legifrance.gouv.fr>.
- [7] LOI N°2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement - <http://www.legifrance.gouv.fr>.
- [8] ARS – juillet 2018 – Le projet régional de santé Haut-de-France 2018-2028 <http://www.hauts-de-France.ars.sante.fr>.
- [9] LOI n° 2002-2003 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – <http://www.legifrance.gouv.fr>.
- [10] Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes – <http://www.ars.iledefrance.sante.fr> / démocratie sanitaire . 81526.o.html.
- [11] Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales – octobre 2012 - Contrats Locaux de Santé – agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires – parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie – <http://ars.sante.fr>.
- [12] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – 2012, SGMCAS - <http://ars.sante.fr>.
- [13] HAS – Parcours de soins questions/réponses – 2012 <http://www.has-sante.fr>.

- [14] LOI n°2004-810 du 13 avril 2004 relative à l'assurance maladie – <http://www.logifrance.gouv.fr>.
- [15] HAS – chemin clinique – une méthode d'amélioration de la qualité – <http://www.has-sante.fr>.
- [16] CNSA – 2012 – Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé – <http://www.cnsa.fr>.
- [17] HAS – 2007 - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée.
- [18] HAS – janvier 2008 - Suivi de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques.
- [19] PETIT V, DEFEBVRE M.M, CARON B, FLORENT V, ROUSSEL A, DELBROUQUE C, MARISSAL J.P, PUISIEUX F - octobre 2017 - La dénutrition dans une population de personnes âgées fragiles : Intérêt d'un parcours de soins adapté – *La revue de gériatrie, tome 42, n°8*.
- [20] PUEBLAS F – janvier-février 2013 – Coordination et qualité des soins. Soins gériatrique – n°99.
- [21] HAS - mars 2014 – Mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA).
- [22] DGOS – octobre 2011 – Améliorer la coordination de soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé ? – Guide méthodologique.
- [23] HAS – septembre 2014 – Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?
- [24] FHF – 2018 – Renforcer le lien ville-hôpital – Les éditions hospitalières de France.
- [25] VERSPIEREN MARIE RENEE – Recherche-action de type stratégique et science de l'éducation – coordination contradiction/L'harmattan 1990.
- [26] AISSOUM, Danos JP, Jolivet A – 2016 - Structurer les parcours de soins et de santé. Politique, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi santé – *Décideur – santé LEH Edition*.

ANNEXES

Annexe 1

PARCOURS DE SANTE DU PATIENT AGE DENUTRI

CHEMIN CLINIQUE

« DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION PAR L'EMEG »

Annexe 2

PARCOURS DE SANTE DU PATIENT AGE DENUTRI

ACTION COLLECTIVE DE PREVENTION

JOURNEE DE SENSIBILISATION GRAND PUBLIC

« J'AI DECIDE DE BIEN VIEILLIR »

Annexe 3

PARCOURS DE SANTE DU PATIENT AGE DENUTRI

SENSIBILISATION DES AIDES A DOMICILE

Annexe 4

PARCOURS DE SANTE DU PATIENT AGE DENUTRI

CHEMIN CLINIQUE

« DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION A DOMICILE »

Annexe 5

PARCOURS DE SANTE DU PATIENT AGE DENUTRI

GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES DIFFERENTS ACTEURS ENGAGES DANS
LA CONSTRUCTION DU PARCOURS

PETIT Valérie
MASTER INGENIERIE DE LA SANTE
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTE

Mémoire Master 2

Parcours de santé du patient âgé dénutri

Mots clés :

Parcours de santé personnes âgées – dénutrition – parcours de soins – chemin clinique – coordination – territoire.

Résumé :

Depuis 2012, l'équipe mobile d'évaluation gériatrique du centre hospitalier d'arras en lien avec l'équipe du réseau de santé gériatrique Ternois Arrageois, développe le parcours de santé du patient âgé dénutri : prévention, repérage/dépistage et prise en charge de la dénutrition et des situations à risque en équipe pluridisciplinaire ville-hôpital.

Ce parcours ne s'est développé que sur le secteur de la Communauté Urbaine d'Arras (CUA) ce qui induit une inégalité en terme d'offre de prise en charge en matière de prévention, repérage/dépistage et prise en charge de la dénutrition au domicile sur le territoire.

Ce travail a pour objectif d'évaluer le dispositif mis en place sur la CUA, d'identifier les facteurs de réussites et les axes d'amélioration pour une modélisation, une extension du parcours du patient âgé dénutri sur l'ensemble du territoire.

Le concept de coordination est essentiel à la fois pour les actions de prévention, repérage/dépistage et prise en charge entre les différents acteurs impliqués.

Les patients et leurs proches sont des acteurs incontournables du parcours.

Ce travail fait apparaitre que la transférabilité « à l'identique » du dispositif sera difficile en raison des ressources différentes sur l'ensemble du territoire. Le processus de prise en charge sera transférable à l'identique. Se pose la question de la coordination de l'ensemble de ce parcours.

Since 2012 Arras Hospital geriatric assessment team, in collaboration with the Ternois Arrageois geriatric health network team, is developing the elderly and undernourished patient process : prevention, spotting, screening and undernourishment and risky situations care in multidisciplinary city-hospital teams.

This process was only developed on the Communauté Urbaine d'Arras (CUA) which leads to inequalities in terms of preventive care, spotting, screening and home undernourishment care on the territory.

The goal of this work is to estimate the measures set up on the CUA, to identify the success factors and the improvement positions for a modeling and an extension of the elderly and undernourished patient's path on the whole territory.

The coordination concept is fundamental for the actors of prevention, spotting, screening and the care of the different actors involved. The patients and their relatives are unavoidable actors of the process. This work makes come into being that the transferability "as identical to" of the measures will be difficult because of the different resources of the whole territory. The care process will however be identically transferable. That raises questions about the coordination of the entire process.