



BERCQ CELINA

Année universitaire 2018 - 2019

**IDENTIFICATION DES FACTEURS RESPONSABLES DES RUPTURES DE
PARCOURS DE VIE A DOMICILE DANS LE DOMAINE DE LA GERIATRIE SUR
LE TERRITOIRE DE LA MAIA DU VALENCIENNOIS**

Sous la direction de Madame PSIUK Thérèse

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

Master Ingénierie de la Santé parcours Coordination des Trajectoires de Santé

Président de jury : Mr François PUISIEUX

Directeur de mémoire : Mme Thérèse PSIUK

Tuteur pédagogique : Mme Thérèse PSIUK

Tuteur professionnel : Mme Christine DUREUIL

*Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé - ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu ma directrice de mémoire, Madame PSIUK ainsi que ma responsable, Madame DUREUIL Christine, pour leur soutien, leur expertise ainsi que leur disponibilité et leur gentillesse me permettant de rédiger ce travail.

Je souhaite remercier également l'équipe pédagogique du Master Coordination des Trajectoires de Santé pour la qualité des enseignements dispensés qui m'ont permis d'acquérir les compétences nécessaires à l'obtention du diplôme.

Je remercie également mes collègues ainsi que les personnes ayant participé à l'étude pour leur aide précieuse et sans qui l'enquête n'aurait pu aboutir.

Enfin, je remercie mon conjoint ainsi que mes proches pour leurs encouragements de tous les jours, leur soutien et leur amour.

Une pensée particulière à mes collègues de formation, merci pour la solidarité, la bienveillance et la bonne humeur qui ont rythmé ces deux années de formation.

Sommaire

I. Introduction.....	1
II. Etat des lieux.....	3
A. Les acteurs de la coordination	3
1) Le Réseau de santé gériatrique.....	3
2) Les Centres Locaux d'Information et de Coordination – Relais autonomie	5
3) La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie	7
B. Population.....	10
1) Pour la MAIA.....	10
2) Pour le réseau de santé gériatrique.....	11
3) Pour le CLIC relais autonomie.....	12
C. Le territoire.....	13
1) Organisation	13
2) Données territoriales.....	16
III. Questionnement et question de recherche.....	16
IV. Les Concepts.....	17
A. Parcours.....	17
B. Coordination.....	22
C. Complexité	23
D. Rupture	25
V. Méthodologie de recherche	26
A. Méthode de recherche	26
B. Analyse des résultats.....	27
C. Discussion.....	33
VI. Conclusion.....	38

Bibliographie	40
ANNEXE 1 : Le Formulaire d’Orientation Partagé	I
ANNEXE 2 : Formulaire de demande Réseau Reper’age	III
ANNEXE 3 : Carte du territoire MAIA et Réseau de santé gériatrique.....	VII
ANNEXE 4 : Grille d’identification des « situations complexes CLIC »	VIII
ANNEXE 5 : Outil d’enquête	X

I. Introduction :

Au mois de juillet 2018, j'ai intégré un poste de gestionnaire de cas à la MAIA¹ du Valenciennois. A la suite de ma prise de poste, j'ai souhaité m'impliquer davantage et à intégrer des groupes de travail en place avec des partenaires du territoire (coordinatrices de CLIC, de services d'aide, représentant d'associations, etc...) notamment sur la communication, sur l'articulation entre les services, etc...

Le service de gestion de cas est confronté à des difficultés liées à une liste d'attente grandissante et à des situations qui se sont fortement dégradées au moment de l'inclusion en gestion de cas (délai d'attente de neuf mois). L'équipe a donc été renforcée afin d'augmenter la capacité mais une liste d'attente perdure. Cette dernière engendre de multiples impacts sur l'activité : demandes d'orientations annulées, changement du projet de vie de la personne, gestionnaire de cas devant agir immédiatement (alors que l'action découle de l'évaluation faite après 3 rencontres), certains acteurs avouent également ne plus faire d'orientation car le délai de prise en charge est trop conséquent.

Lors de l'inclusion (l'inclusion arrivant après l'évaluation multidimensionnelle), nous étions confrontées à des personnes ayant été institutionnalisées ou devant l'être en raison d'un maintien à domicile devenu dangereux.

Devant ce constat préoccupant, j'ai mené une réflexion sur les situations que j'avais en charge, notamment sur la raison pour laquelle la situation était devenue « complexe ». Par ailleurs, la pilote local MAIA, responsable du service, a proposé de mettre en place un groupe de travail suite aux échanges avec les membres de la table tactique (dont les acteurs de la coordination du territoire) sur les difficultés évoquées précédemment et partagées de tous.

Il est vrai qu'une double transition s'opère actuellement sur la population. D'une part, une transition démographique avec le vieillissement de la population, et d'autre part, une transition épidémiologique avec l'émergence des maladies chroniques et des incapacités.

¹ Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

Ainsi, le nombre de demandes d'accompagnement spécialisé de situations complexes augmente. C'est pourquoi il est primordial de le prendre en compte afin de pouvoir l'appréhender avec une méthode adaptée.

Ce groupe de travail s'est donc constitué de plusieurs acteurs de la coordination du territoire : les Centres Locaux d'Information et de Coordination - Relais autonomie, le réseau de santé gériatrique ainsi que les gestionnaires de cas MAIA mais aussi le pôle autonomie du Conseil Départemental et quelques membres du PAERPA².

Effectivement, comme détaillé plus précisément dans le développement ci-après, en plus de la gestion de cas, la MAIA a également une mission d'observatoire et doit renseigner plusieurs indicateurs permettant de refléter les besoins du territoire c'est pourquoi le sujet est porté par ce dispositif.

De plus, se trouvant dans la même difficulté que la MAIA, certains partenaires comme le CLIC ainsi que le réseau de santé gériatrique de Valenciennes ont pris part à la réflexion.

Au regard des éléments évoqués précédemment, une question s'est posée : comment identifier la cause de la complexité et comment agir afin d'éviter qu'elle ne soit trop difficile à appréhender ?

Pour répondre à ces questions, le travail suivant se compose de plusieurs parties. La première consiste en une présentation (par ordre d'arrivée sur le territoire) des acteurs de la coordination sollicités dans le cadre de ce travail à savoir : la MAIA, le CLIC relais autonomie et le réseau de santé gériatrique. Les équipes du PAERPA ne sont pas incluses dans le groupe d'acteurs de la coordination évoqué dans ce travail étant donné qu'ils n'interviennent pas sur la même population. Celle-ci sera présentée avec le territoire dans la continuité de la première partie.

Ensuite, un développement des différents concepts fera suite au questionnement et la présentation de la question de recherche. A cette occasion, nous verrons les différentes notions du parcours, comment s'articule les acteurs de la coordination, les définitions quelque peu complexes de la complexité et comment est qualifiée la rupture.

Enfin, la recherche qui a été conduite sera présentée avec la méthode utilisée ainsi que l'analyse des résultats obtenus et la discussion.

² Voir définition page 13

II. Etat des lieux

A. Les acteurs de la coordination

1) Le Réseau de santé gériatrique

Depuis plus de vingt ans, l'organisation des soins s'est vue renforcée avec l'apparition des réseaux de santé. Spécialisés en maladie chronique (diabète, cancer, obésité, etc...) et/ou à destination des populations dites complexes (personnes âgées, personnes en fin de vie, etc..), les réseaux ont un point commun : répondre aux besoins de santé. Ce sont ces derniers que nous prendrons en compte dans ce travail. En effet, en raison du sujet étudié, le réseau de santé concerné est à visée gériatrique.

Comme précisé précédemment, le nombre de personnes âgées augmente et le nombre de sujets porteurs d'une maladie chronique également. Cette population présentant des problèmes de santé spécifiques, la prise en charge par les professionnels doit être dédiée. C'est pourquoi le réseau s'occupe uniquement de ce public.

Le réseau de santé gériatrique vient en appui des professionnels de santé de premier recours et particulièrement le médecin traitant qui est directement concerné dans leur intervention.

En effet, sans l'accord de ce dernier, l'intervention du réseau de santé gériatrique ne peut avoir lieu. Après sollicitation, le réseau de santé gériatrique concerné permettra, au travers d'une expertise gériatrique, de :

- Dépister les pathologies gériatriques
- Etablir un diagnostic des besoins de la personne âgée
- Orienter de manière ciblée vers les diverses ressources du territoire

Cette expertise est réalisée en binôme par un gériatre et une infirmière et peut faire l'objet, si nécessaire, d'une synthèse réunissant les autres acteurs concernés. Cette expertise peut également permettre la mise en œuvre d'un Plan Personnalisé de Santé (ou plan de soins et d'accompagnement), envoyé, validé et coordonné par le médecin traitant. Ce dernier établit un plan d'action sur deux axes : le soin et l'accompagnement. Plusieurs aspects sont ensuite visés : le traitement, l'hygiène, la douleur, etc...

Lors de leur évaluation au domicile, la présence d'un proche est recommandée afin d'apporter ou de valider les informations. Médecin et infirmière coordinatrice abordent plusieurs domaines afin d'obtenir des renseignements permettant d'élaborer ensuite le Plan Personnalisé de Santé. Une seconde visite de suivi peut ensuite avoir lieu et permet, en plus de suivre l'évolution de la situation, de favoriser et d'observer la réalisation ou non des recommandations du PPS.

Le réseau de santé gériatrique a également une autre mission dans les retours d'hospitalisation : organiser la continuité des soins entre la ville et l'hôpital après une hospitalisation.

Cette mission vise à :

- Eviter une rupture dans la continuité des soins,
- Assurer un retour à domicile durable et de qualité,
- Prévenir les ré-hospitalisations évitables (hospitalisations non programmées survenues dans les 30 jours suivants la sortie)

Les missions des réseaux de santé sont régies au travers de l'article L6321-1 du Code de la Santé Publique qui précise : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires* ».

Le réseau de santé gériatrique ne se substitue pas à l'équipe hospitalière ou autre dispositif territoriale mais travaille en partenariat dans l'intérêt du patient.

Dans les Hauts-De-France, 39 réseaux territoriaux ou régionaux sont répertoriés avec des réseaux mono et pluri thématiques. Toutefois, les deux thématiques les plus rencontrées portent sur les soins palliatifs et la gériatrie.

Le réseau de santé gériatrique Reper'âge de Valenciennes (initié en 2004) emploie deux médecins gériatres, 3 infirmières coordinatrices ainsi que deux secrétaires. Ce réseau travaille en étroite collaboration avec le service de gestion de cas puisqu'il est le principal acteur à effectuer des orientations MAIA.

Au titre de 2018, 65,79% des orientations émanaient du réseau Reper'âge³. Afin de favoriser l'acceptation de l'accompagnement MAIA, les infirmières coordinatrices accompagnent régulièrement les premières visites.

Un autre acteur de la coordination est partenaire du réseau puisqu'il intervient souvent en amont : le centre local d'information et de coordination.

2) Les Centres Locaux d'Information et de Coordination – Relais autonomie

La circulaire DAS-RV2 n°2000-310 du 6 Juin 2000 précise les missions des CLIC relais autonomie : « une vocation pluridisciplinaire qui prend en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées, qu'ils touchent aux soins, à l'accompagnement de la personne, à la qualité et au confort du cadre bâti (environnement/habitat) mais aussi à la vie sociale, culturelle et citoyenne ».

De plus, les CLIC relais autonomie sont reconnus comme établissements et services sociaux et médico-sociaux dans l'article L312-1 du code de l'action Sociale et des Familles.

Le développement des CLIC relais autonomie provient d'une phase d'expérimentation et d'observation de 25 sites pilotes en 2000 puis d'une phase opérationnelle un an après. 200 nouveaux CLIC relais autonomie ont ensuite été développés chaque année.

Le CLIC relais autonomie est un dispositif au cœur d'un réseau de plusieurs partenaires ayant un rôle dans l'accompagnement de l'utilisateur. Comme son nom l'indique, le CLIC relais autonomie est un Centre Local d'information et de coordination avec le mode d'intervention suivant :

- Accompagnement individuel
- Actions collectives d'information et de prévention
- Coordination des partenaires

L'équipe du CLIC relais autonomie est composée de plusieurs compétences :

- ❖ La/le responsable : le chargé de mission qui a pour rôle de gérer le fonctionnement et le développement du CLIC relais autonomie

³ Source : Rapport d'étape MAIA du valenciennois, 2018

- ❖ L'assistant de coordination/Agent d'accueil qui assure le premier contact avec la personne afin de récolter les informations sur la demande, son rôle est d'informer et d'orienter, d'aider à la coordination
- ❖ La/Le coordinatrice/coordonnateur qui peut intervenir selon la demande au domicile et recueillir et évaluer les besoins de la personne et proposer un plan d'accompagnement personnalisé en concertation avec les professionnels intervenants, proposer une coordination et un suivi des actions avec réajustement si possible.

Cette équipe travaille également en étroite collaboration avec les partenaires et dispositifs du territoire comme la MAIA et le réseau de santé gériatrique.

Selon les CLIC relais autonomie, les équipes sont constituées différemment. En effet, certains CLIC relais autonomie, comme celui du Valenciennois (créé en 2004), sont constitués d'un(e) chargé(e) de mission ainsi que de coordonnatrices/eurs, d'assistant(e)s de coordination et de secrétaire(s). Le CLIC relais autonomie du Plateau de Mormal (créé en 2006), intervenant sur le Quercitain⁴, également sur le territoire de la MAIA du Valenciennois, est composé d'une coordinatrice, d'une assistante sociale ainsi que d'une secrétaire. Pour finir, celui de la Porte du Hainaut intervenant sur le territoire du Denaisis (ouvert en 2005) est composé d'un(e) chargé(e) de mission, d'un(e) coordinatrice/eur, ainsi que d'un(e) secrétaire. Toutefois les missions restent identiques et le financeur également puisqu'il s'agit du Conseil Départemental. Les porteurs quant à eux diffèrent puisqu'il s'agit d'une association pour les CLIC relais autonomie du valenciennois et de la porte du Hainaut et d'un centre hospitalier pour le CLIC relais autonomie du Plateau de Mormal.

Dans le cadre de ses missions et avec la dynamique de territoire, des actions sont également mises en place afin d'informer les professionnels du territoire et créer du lien entre eux, notamment lors des concertations locales où plusieurs sujets sont abordés et où de nombreux partenaires sont présentés. Des temps d'information et de sensibilisation ont également lieu afin d'informer les usagers (conférence par exemple) mis en place par des groupes de travail animés par les CLIC relais autonomie.

⁴ Voir carte du territoire en annexe 3

Le 17 décembre 2015, le Conseil Départemental du Nord vise la simplification de l'accès à l'autonomie sur l'ensemble du territoire avec la création des « relais autonomie ».

3) La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

Face à l'enjeu du vieillissement grandissant de la population et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladie chronique, la notion de « dépendance » devient prégnante et l'accompagnement est primordial.

Le système de santé fait le constat que les prises en charge des personnes âgées sont très fragmentées. La fragmentation du système crée une incidence sur la continuité des accompagnements. Les personnes atteintes de pathologies neurodégénératives sont particulièrement sensibles à cette fragmentation. En réponse à cette fragmentation, les politiques publiques créent un outil s'articulant autour de la notion d'intégration : la méthode MAIA.

Ainsi, dans le cadre du plan national Alzheimer 2008-2012, une première expérimentation sur la MAIA, initialement nommée « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer » est conduite par la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en 2008. Un an plus tard, une expérimentation de plus grande envergure est lancée sur 17 territoires. En 2011, un cahier des charges national décrit la base légale des MAIA afin d'assurer le déploiement généralisé de ces dernières. La MAIA du valenciennois a été déployée en 2011, portée par un Groupement de Coopération sanitaire, une réunion de plusieurs établissements de santé du territoire afin de répondre aux besoins identifiés de la population gériatrique. Fin 2013, 6 communes sur 10 sont couvertes avec 202 dispositifs MAIA.

Le rapport d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012 établi en 2013 par les professeurs ANKRI et VAN BROECKHOVEN regroupe un certain nombre de constats et permet de déterminer certaines priorités. En premier lieu, la France a fait le choix de proposer une démarche regroupant plusieurs pathologies dans une seule dynamique de progrès. Ainsi le « Plan Alzheimer » est suivi du « Plan Maladies neuro-dégénératives».

« Le rapport d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012 fait en ce sens un certain nombre de constats et en tire les préconisations qui ont été utiles à l'élaboration du présent plan autour de deux enjeux : celui de la poursuite et de l'amplification des actions, celui de l'élargissement à d'autres problématiques proches. »⁵.

Le nouveau Plan Maladies neuro-dégénératives prévoit également d'achever la couverture territoriale de l'offre MAIA avec le financement de nouveaux dispositifs. L'acronyme a également évolué en « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins pour l'autonomie ».

En 2018, 100% des communes françaises sont couvertes avec 352 dispositifs qui sont financés et déployés. 338 pilotes MAIA sont comptabilisés avec 966 gestionnaires de cas⁶.

Les missions sont définies dans un cahier des charges national approuvé par décret⁷.

De plus, un cadre légal régit le fonctionnement des MAIA dans l'article L113-3 du code de l'action sociale et des familles.

La mise en œuvre de MAIA est également régie par un pilotage à plusieurs niveaux :

- Au niveau national par la CNSA qui accompagne le développement des dispositifs MAIA,
- Au niveau régional par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui assurent le développement du dispositif sur leur région et en lien avec le Conseil Départemental,
- Au niveau local par le pilote MAIA qui, comme le cahier des charges l'indique : « a pour mission de travailler à l'intégration des services de soins et d'aides sur le territoire MAIA⁸ ».

Le but étant de ne pas créer une nouvelle structure ou en substituer une autre mais de s'appuyer et potentialiser les ressources, les dispositifs et les acteurs existants.

⁵ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf

⁶ Source : CNSA

⁷ Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

⁸ Paragraphe 2.3 du cahier des charges

Pour ce faire, la MAIA repose sur 3 mécanismes :

- La Concertation
 - o Concertation stratégique : espace collaboratif et décisionnel entre décideurs et financeurs
 - o Concertation tactique : espace collaboratif et décisionnel entre les producteurs d'aides et de soins

- Le Guichet intégré

Mécanisme s'assurant d'une réponse harmonisée, complète et adaptée aux demandes des usagers quel que soit l'endroit du territoire.

Le guichet intégré est une organisation partagée entre tous les partenaires impliqués dans l'information, l'orientation et la coordination des usagers du territoire.

- La Gestion de cas

Les gestionnaires de cas sont des professionnels proposant un suivi intensif et au long court et assurant la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe.

Ces 3 mécanismes sont structurés par des outils communs : l'accueil, l'orientation et l'observation des besoins des usagers.

Les équipes de la MAIA sont toutes constituées de la même manière à savoir : un pilote ainsi que 3 gestionnaires de cas. Une évaluation s'est conduite au mois de décembre 2017 au sein de la MAIA du Valenciennois en raison d'une liste d'attente trop conséquente. Cette évaluation a été menée par l'ARS Hauts-De-France afin d'étudier chaque dossier sur plusieurs critères: les motifs d'entrée en gestion de cas, le temps d'accompagnement, le nombre de visites, les résultats des évaluations multidimensionnelles, etc... L'activité a été justifiée et pour répondre à cette liste d'attente, deux postes supplémentaires ont été accordés.

En raison du fonctionnement basé sur la concertation, la MAIA travaille en étroite collaboration avec les acteurs du territoire notamment avec le réseau de santé gériatrique, qui est à l'origine de la majorité des orientations.

B. Population

1) Pour la MAIA

La gestion de cas MAIA s'adresse à un public poly-pathologique de plus de 60 ans ou un public atteint de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées de moins de 60 ans.

Une personne peut être orientée vers le service de gestion de cas si elle réunit les critères nationaux et cumulatifs suivants :

- Situation instable qui compromet le maintien à domicile en raison de :
 - problème d'autonomie fonctionnelle (activités de la vie quotidienne⁹ et/ou activités instrumentales de la vie quotidienne¹⁰),
 - et problème relevant du champ médical,
 - et problème d'autonomie décisionnelle
- Les aides et soins sont insuffisants ou inadaptés
- Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et de coordonner dans la durée les réponses aux besoins (personne isolée, entourage épuisé)

En effet, pour que l'orientation d'une personne vers le service de gestion de cas puisse être prise en considération, il faut qu'elle soit obligatoirement orientée par un professionnel via le Formulaire d'Orientation Partagé (voir annexe 1).

A la réception de ce formulaire, l'orientation est analysée afin d'observer si les critères sont respectés. Dans l'affirmative, la personne entre sur la liste d'attente ou est directement prise en soin par un(e) gestionnaire de cas selon les disponibilités du service. Toutefois, si les critères ne sont pas réunis, la personne qui oriente la situation est contactée afin d'obtenir plus d'informations et la demande est réorientée vers le dispositif adapté. Si la demande est prise en considération mais que la personne est placée sur liste d'attente, le service de gestion de cas contacte le professionnel pour l'informer de la liste d'attente et échange de la situation afin d'envisager des relais en attendant la gestionnaire de cas.

Enfin, suite à la prise en charge par un(e) gestionnaire de cas, trois visites au minimum seront effectuées au domicile de la personne.

⁹ Se laver, s'habiller, se nourrir, éliminer, etc...

¹⁰ Faire les courses, préparer le repas, faire le ménage, se mobiliser (transport), etc...

Ces trois visites vont permettre de récolter son consentement pour l'accompagnement ainsi qu'un maximum d'informations permettant de réaliser une première évaluation multidimensionnelle.

Cette évaluation multidimensionnelle, réalisée au minimum tous les 6 mois ou à chaque sortie d'hospitalisation, permet de rendre compte de la situation, de fixer des actions à entreprendre afin de répondre aux différentes problématiques identifiées.

Elle permet également de valider la conformité des critères renseignés pour l'entrée en gestion de cas. En effet, parfois, les situations sont prises en charge 6 mois après l'orientation. La situation peut alors avoir évolué dans un sens positif ou négatif au point où le maintien à domicile n'est plus envisageable (notamment avec des mises en danger de la personne). L'outil d'évaluation (Outil d'Evaluation MultiDimensionnelle OEMD) utilisé va émettre une alerte pour risque d'entrée en institution. Cet outil utilise la méthode de codage et va formuler des signalements/alertes en fonction des informations saisies.

Lorsque le maintien à domicile est compromis, la personne sera orientée vers un établissement adapté (type établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante) et ne relèvera donc plus de la gestion de cas puisque la prise en charge ne peut avoir lieu en établissement médico-social. Si, à l'entrée en gestion de cas, le projet de vie de la personne est d'entrer en institution, elle ne sera pas incluse étant donné que la gestion de cas intervient dans le but d'améliorer l'accompagnement à domicile pour que la personne puisse y rester.

En cas de non inclusion suite aux 3 visites, la personne sera orientée vers d'autres professionnels pouvant répondre à ses besoins.

2) Pour le réseau de santé gériatrique

Le réseau de santé gériatrique prend prioritairement en charge les personnes âgées de 75 ans et plus, avec une fragilité médicale qui peut être associée ou non à une fragilité psycho-sociale, rendant la personne à haut risque de dépendance psychique et/ou physique. La personne doit également vivre dans un domicile privé et non en structure médico-sociale.

En raison des répercussions observées d'un recours trop tardif aux soins, toute personne de 60 ans et plus peut être prise en charge par le réseau si elle présente une poly-pathologie, avec risque psycho-social, rendant précaire le maintien à domicile, et en particulier les malades Alzheimer ou apparentés. Sont exclues les personnes en situation de maladie chronique avec une seule pathologie, sans autre facteur de risque psychosocial et âgées de moins de 75 ans.

Afin d'être pris en charge par le réseau de santé gériatrique, l'orientation d'une personne doit passer par un formulaire de demande adapté (voir annexe 2) au besoin : expertise gériatrique ou dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation. Pour une expertise gériatrique, la situation doit réunir 3 critères d'inclusion parmi :

- Fragilité psycho-sociale,
- Poly-pathologie et/ou 2 hospitalisations non programmées dans l'année
- Iatrogénie
- Dépendance dans les actes de la vie quotidienne
- Syndromes gériatriques (chute, dénutrition, dépression, douleur, troubles cognitifs, incontinence)
- Rupture dans le parcours de soins (absence de médecin traitant)

Dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, l'inclusion de la personne n'est possible que si un des critères de la fiche d'orientation est présent. La demande doit provenir d'un professionnel et être transmise au réseau qui étudiera la demande.

Quel que soit la raison de la demande (expertise gériatrique ou sortie d'hospitalisation), l'accord de la personne et de son médecin traitant seront recherchés avant l'intervention.

3) Pour le CLIC relais autonomie

Le CLIC relais autonomie intervient pour des personnes âgées de plus de 60 ans ainsi que leur entourage sans critère spécifique.

Depuis peu de temps, les CLIC relais autonomie se sont également ouverts au public en situation de handicap avec uniquement une mission d'information, ils n'interviennent pas au domicile pour ce public.

Pour solliciter le CLIC relais autonomie, la personne doit également vivre à son domicile et ne pas être hébergée en institution. A la différence de la MAIA, pour que l'intervention du CLIC relais autonomie ait lieu, la personne doit accepter à minima de recevoir l'information. De même, la durée d'intervention est également différente puisqu'elle est limitée dans le temps sauf lorsqu'il s'agit de pallier à l'attente pour l'entrée en gestion de cas.

La demande d'intervention peut se faire par téléphone ou sur rencontre au sein de leur lieu d'accueil. Dans le cadre d'une évaluation des besoins avec plan d'accompagnement, les rencontres peuvent avoir lieu au domicile de l'utilisateur.

C. Le territoire

1) Organisation

La MAIA ainsi que le réseau de santé gériatrique partagent le même territoire de 136 communes réunissant le Valenciennois, l'Amandinois, le Denaisis et le Quercitain (voir annexe 3). Ce territoire est celui de 3 agglomérations ou établissements public de coopération intercommunale :

- Communauté d'agglomération Valenciennes métropole
- Communauté d'agglomération des Portes du Hainaut
- Communauté de communes du Pays de Mormal

Les Centres Locaux d'information et de Coordination relais autonomie couvrent également ce territoire mais à plusieurs.

En effet, sur ce territoire de 136 communes, 3 CLIC relais autonomie sont présents :

- Le CLIC relais autonomie du Valenciennois pour le Valenciennois
- Le CLIC relais autonomie de la Porte du Hainaut pour le Denaisis et l'Amandinois
- Le CLIC relais autonomie du Pays de Mormal pour le Quercitain
- 2 communes (Emerchicourt et Prisches) sont couvertes par 2 autres CLIC relais autonomie qui ne seront pas développés dans ce travail étant donné qu'ils ne partagent respectivement qu'une commune avec les autres acteurs

Il est important de préciser que le territoire de la MAIA du Valenciennois est dynamique puisqu'au sein de celui-ci est conduit l'expérimentation PAERPA pour « *Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie* » avec comme objectif « *d'améliorer les coopérations et la coordination entre les différentes prises en charge et expertises sanitaires, sociales et médico-sociales afin de réduire les ruptures dans le parcours de santé des personnes âgées, de limiter le recours à l'hospitalisation et enfin d'améliorer la vie au domicile des personnes et de leurs entourages* »¹¹. Cette expérimentation a débuté en 2015 et se poursuit jusque fin d'année 2019.

Le PAERPA concerne l'ensemble de la population de plus de 75 ans et l'ensemble des acteurs de la prise en charge en s'appuyant sur les dynamiques locales existantes (CLIC, Réseaux, MAIA, etc...) ainsi que sur de nouvelles ressources expérimentales. Il a pour vocation de faciliter le repérage des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et d'organiser le parcours de santé.

Plusieurs dispositifs ont donc été mis en place afin de répondre aux risques de ruptures lors du parcours de soins de la personne âgée :

- la chute : équipe spécialisée de prévention, réadaptation et éducation à domicile (ESPREAD)
- la dépression : équipe mobile de psychogériatrie (EMPG)
- la iatrogénie médicamenteuse : l'évaluation conciliation médicamenteuse en lien avec l'équipe mobile gériatrique du centre hospitalier de Denain ainsi que les pharmaciens d'officine
- la dénutrition (seul ce risque n'a pas obtenu de dispositif)

De plus, une équipe d'animateurs territoriaux a été constituée afin de mener des évaluations en binôme avec l'infirmière libérale de la personne dans le but d'évaluer ces 4 risques.

Le principal objectif était d'amener les professionnels libéraux à effectuer seuls ces évaluations chez leurs patients. Toutefois, il a été constaté après plusieurs années de fonctionnement que l'évaluation n'est faite qu'en présence de l'animateur territorial.

¹¹ Rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : évaluation qualitative PAERPA, mai 2017

Une plateforme gériatrique de territoire a vu ses missions s'élargir avec l'expérimentation PAERPA. Cette dernière permet :

- D'informer et d'orienter les personnes âgées et leurs familles, et les professionnels les entourant sur les ressources du territoire,
- De soutenir les professionnels dans la construction et le suivi des Plans Personnalisés de Santé,
- D'apporter un soutien aux établissements de santé afin de préparer les sorties d'hospitalisation,
- De gérer les démarches d'hébergement temporaire de l'expérimentation PAERPA et réguler les séjours temporaires sur les 4 EHPAD partenaires.

Pour finir, l'expérimentation a permis de doubler les effectifs de l'équipe mobile d'information et d'orientation gériatrique de l'hôpital de Valenciennes.

En accueillant cette expérimentation, le territoire du valenciennois a déployé les offres dans le domaine de la gériatrie et possède un riche maillage territorial. Plusieurs années auront été nécessaires afin que les différents dispositifs se connaissent et travaillent ensemble.

A la suite du PAERPA, le porteur de l'expérimentation, le Groupement de Coopération Sanitaire filière gériatrique du territoire du Valenciennois (également porteur de la MAIA du Valenciennois) a vu son projet retenu par l'Agence Régionale de Santé pour porter la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA).

« La Plateforme Territoriale d'Appui vient en soutien de l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe. Elle contribue à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours. »¹²

Au sein du Centre Hospitalier de Valenciennes a également été mis en place un « gériatre référent ». Ce gériatre est constamment disponible par téléphone et peut si nécessaire organiser une hospitalisation avec le médecin traitant de la personne sans avoir à passer par les urgences. Ce gériatre peut également apporter ses connaissances et conseiller les professionnels.

¹² Cahier des charges PTA, avril 2018, Agence Régionale de Santé Hauts-De-France

2) *Données territoriales*

Sur ce territoire, sur 351 836 habitants, partagés entre l'agglomération de Valenciennes et des territoires plus ruraux et hormis le Quercitain, 22,07% ont plus de 60 ans et 8 % ont 75 ans et plus¹³. Toutefois, ces chiffres risquent de fortement augmenter.

Comme énoncé précédemment, la croissance du nombre de personnes très âgées devrait intervenir, surtout dès 2025 où un quart de la population aura 60 ans et plus, 8,8% aura 75 ans et plus. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait ainsi augmenter de 59%. Au 1^{er} octobre 2018, 4 381 personnes bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile sur le valenciennois. Sur ce territoire, 36 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont présentes.

Concernant les communes du Quercitain, elles regroupent, en 2015, 48 465¹⁴ habitants ainsi que 8 EHPAD.

III. Questionnement et question de recherche

A la suite de cet état des lieux, nous pouvons observer que plusieurs dispositifs sont présents et visent à répondre aux problématiques de la personne âgée. D'autres sont même en expérimentation ou en phase de développement. Ils interviennent à différents moments du parcours et travaillent en collaboration mais cette collaboration pourrait s'améliorer pour être plus efficace.

Ainsi, avec ces diverses ressources, la première interrogation qui se pose est de savoir si ces difficultés sont partagées de tous et pourquoi elles apparaissent. Plus globalement, pourquoi y a-t-il des situations complexes, ne pourraient-elles pas être accompagnées en amont ?

De plus, après plusieurs années de fonctionnement de ces dispositifs, le constat est une activité en évolution constante. La raison de cette évolution est une question sans réponse et les professionnels risquent l'épuisement. Comment se fait-il qu'il y ait de plus en plus de demandes ? Et surtout, pourquoi la complexité est de plus en plus difficile à gérer ? Y a-t-il des facteurs non pris en compte et/ou inexistantes ?

¹³ Source : Département du Nord

¹⁴ Source : INSEE, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200043321>

Comme évoqué en introduction, l'évolution de la population requiert une attention particulière tout comme l'inquiétude des dispositifs spécialisés auprès de cette population. Le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation des pathologies chroniques entraînent un besoin croissant d'accompagnements qui se veulent spécialisés par les différents organismes cités précédemment.

La montée en charges des demandes générant des délais de réponses voire des listes d'attentes renvoi à la qualité du service rendu. En effet, les acteurs de la coordination ont aussi conscience que sur les situations complexes, il est important d'être réactifs. Ainsi, l'objectif principal serait de comprendre et identifier ce qui peut mettre les acteurs de la coordination en difficulté en amont afin d'appréhender la complexité avant qu'elle n'atteigne un niveau compliqué à gérer. Quel est le grain de sable ? Quelles sont les ruptures et à quel moment elles interviennent ? Ainsi, la question de recherche est la suivante :

Comment identifier les facteurs responsables des ruptures de parcours à domicile sur le territoire de la MAIA du Valenciennois ?

Les objectifs secondaires seront donc d'illustrer et de préciser les concepts concernés puis de trouver un moyen d'identifier ces facteurs afin de pouvoir, tant que possible, y remédier.

IV. Les Concepts

A. Parcours

Le terme « parcours » est défini comme un « itinéraire à suivre ou trajet suivi par quelqu'un »¹⁵.

Mais plusieurs parcours existent, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) les illustre ainsi :

¹⁵ Dictionnaire Larousse



Illustration 1 : Les différents parcours

Le parcours de vie correspond à « la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie »¹⁶.

Le parcours de santé correspond à « l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médicosocial et le social »¹⁷

« Le parcours de soins comprend et décrit la prise en charge d'un patient/usager dans lequel interviennent les acteurs du système sanitaire hospitalier et ambulatoire. »¹⁸

Le parcours de soins peut également se définir comme « un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission dans un établissement de santé jusqu'à sa sortie ».¹⁹

Bien qu'ils puissent être standardisés, c'est-à-dire qu'ils puissent être modélisés avec des caractéristiques définies, les parcours sont individualisés et visent à répondre aux besoins de l'utilisateur avec ses propres composantes qui le structurent.

¹⁶ CNSA (2012)

¹⁷ ARS Bretagne (2012)

¹⁸ ARS Bourgogne Franche-Comté, 2015.

¹⁹ « Structurer les parcours de soins et de santé » de Mourad AISSOU, Jean-Pierre DANOS, Alexia JOLIVET, Les Etudes Hospitalières Edition, 2016

Dans ce travail, c'est la notion de parcours de vie qui est utilisée puisqu'elle représente au mieux la prise en charge effectuée par les acteurs de la coordination. En effet, à domicile, tous les niveaux sont impactés. Le parcours est influencé par l'environnement ainsi que la justice, la situation sociale, la santé, etc... Ainsi, le parcours de vie est propre à une personne mais il peut influencer le parcours de santé et de soins.

Aujourd'hui, la notion de parcours est de plus en plus utilisée face au système de santé qui est fragmenté et aux volontés de lever les barrières.

Bien que des moyens soient déployés pour y faire face, le système sépare le sanitaire du social, l'hôpital de la ville, etc... C'est pourquoi plusieurs dispositifs ont été créés comme les MAIA qui ont pour mission d'être le maillon réunissant les acteurs des différents domaines. Le pilote MAIA a également un rôle fondamental dans la structuration des parcours puisqu'une de ses missions consiste à analyser, au travers des différentes instances qu'il fédère et en co-responsabilité avec les partenaires, les fragmentations structurelles dans les parcours et de concevoir et d'impulser avec les acteurs du territoire des solutions organisationnelles pour réduire les ruptures.

De plus, en 2016, la loi de modernisation du système de santé²⁰ exprime également la nécessité de décloisonner les prises en charge. Elle précise dans son article 1er modifiant article L. 1411-1 du code de la santé publique que « [...] *La politique de santé comprend : [...] 5° L'organisation des 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 [...] »*

Un acteur est alors fondamental pour s'assurer du décloisonnement et la continuité du parcours de l'utilisateur : l'Agence Régionale de Santé. Les ARS ont pour mission d'assurer à l'échelle régionale, le pilotage du système de soins. Ainsi, elles assurent une fluidité dans le parcours de soins de l'utilisateur en assurant une cohérence et une efficacité des politiques de santé menées sur le territoire.

²⁰ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C1F97B885032DEE57782CCAF506024E5.tplqfr43s_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

Afin de répondre aux besoins de la population et pour construire les parcours, les ARS mettent en place des stratégies avec les acteurs institutionnels et travaillent en collaboration avec les acteurs de terrain. Par exemple avec la PTA citée précédemment, les ARS pilotent le développement de celles-ci sur les divers territoires. Un appel à candidature est ainsi lancé et des référents ARS sont nommés afin d'aider les acteurs de terrain dans la mise en place et la réalisation des commandes.

La Haute Autorité de Santé accorde également une importance particulière aux parcours et surtout aux parcours de soins, comme par exemple dans son rapport d'activité de 2012. Grâce à ses multiples ressources (production de recommandations, certification, informations patients, etc...), elle a pour objectif d'orienter et d'accompagner les changements vers les parcours. Plusieurs guides ont ainsi été rédigés concernant plusieurs pathologies (Bronchopneumopathie chronique obstructive, Parkinson, insuffisance cardiaque, etc...). Un chapitre est également consacré aux recommandations en termes de parcours dans le manuel de certification V2014 afin d'inciter les établissements à raisonner de cette manière. Si la HAS incite cette méthode, c'est que cette dernière a des vertus et apporte bon nombre d'avantages dans la prise en charge des usagers.

Suite au déploiement de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie, un rapport final d'évaluation²¹ a été publié en février 2017.

L'enquête s'est conduite auprès de 17 référents ARS des différentes MAIA entre avril et juin 2016 ainsi qu'auprès de 11 représentants de Conseils Départementaux, entre mai et septembre 2016.

Par contre, en raison d'un déploiement s'effectuant sur plusieurs années, l'évaluation ne peut faire office de point de repère. En effet, à cette date, le dispositif n'est pas ancré dans le fonctionnement de plusieurs territoires. La CNSA ainsi que plusieurs acteurs de terrain témoignent d'un processus « *globalement effectif mais lent* ». De plus, il n'est pas envisageable de se comparer aux autres pays afin d'en tirer les bénéfices en raison de la spécificité de notre système de santé.

²¹ Rapport final d'évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations, Réalisée pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en Janvier 2017

Dans ce rapport, plusieurs aspects ont été évalués dont l'impact de la MAIA sur les parcours.

Effectivement, un des enjeux de la MAIA est de permettre la continuité des parcours des personnes âgées. En raison du stade du déploiement, les indicateurs d'impact du guichet intégré ne sont pas opérationnels pour mesurer objectivement les effets sur la simplification des parcours des personnes âgées.

Toutefois, un bénéfice observable est l'amélioration des relations entre la ville et l'hôpital. Effectivement, 60% des pilotes MAIA ayant mis en œuvre le guichet intégré, observent une amélioration de ces relations avec une meilleure connaissance des ressources et des missions des divers acteurs.

Il est important de préciser qu'en raison de la population ainsi que du territoire qui lui est propre, il n'existe pas de MAIA « type » mais plutôt une diversité de MAIA. Les améliorations, bénéfiques et avantages observés peuvent être différents voir opposés selon les territoires.

L'efficacité de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie se mesure donc à l'échelle territoriale et ne peut être une généralité. D'autant plus que l'organisation entre dispositif est très différente selon les territoires. Par exemple, le fonctionnement et l'articulation entre les services d'aides et de soins et les professionnels libéraux du département de l'Hérault est totalement différent du nôtre. Sur ce territoire, la répartition des soins est organisée afin que les dispositifs travaillent en complémentarité. Ainsi, les soins effectués par des professionnels libéraux ne sont pas à charge des services d'aide à domicile. Si nous prenons l'exemple de l'aide à la toilette, ce soin est pris en charge par les services d'aide à domicile et également par les infirmiers libéraux.

Quelques fondamentaux sont regroupés afin de faciliter le parcours de l'utilisateur et cela entraîne un besoin de décloisonner les différents secteurs et d'apprendre à travailler, à communiquer ensemble et d'utiliser un langage commun malgré une expertise et des compétences différentes. En effet, dans la notion de parcours de vie nous entendons également l'intégration des notions de déterminants de santé qui élargissent le parcours. Il est donc crucial que cette multitude d'acteurs et de professionnels apprennent à travailler ensemble pour un objectif commun : l'intérêt de la personne.

B. Coordination

Le terme de coordination a été défini à de multiples reprises et par de multiples acteurs depuis plusieurs années notamment dans le domaine du management. Le concept est ensuite devenu un fondamental de la gestion des organisations.

Une prise de conscience collective des besoins de coordination a lieu dans les années 1980, mettant en lumière le terme de la coordination dans le domaine sanitaire notamment avec le développement des réseaux de soins suite à l'épidémie du VIH.

Aujourd'hui le terme est très répandu et peut être qualifiée comme une « *Organisation mise en place autour d'un projet partagé entre les acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel, géographique).* »²²

Avec la création de réseaux dans les années 1990, d'autres dispositifs se sont développés comme un bureau d'information gérontologique (1995). La Caisse nationale d'assurance vieillesse a également publié une circulaire en 1993 pour promouvoir le développement de réseaux gérontologiques pour favoriser la coordination des divers services. La création des réseaux de soins a même été inscrite dans les codes de la sécurité sociale et de la santé publique.

Aujourd'hui, devant un contexte de croissance de la prévalence des pathologies chroniques et du nombre de patients poly-pathologiques, une diversification des soins et des services, une complexification des parcours de soins et de santé et un ajustement difficile des systèmes de santé avec des cloisonnements persistants entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le social, le besoin d'améliorer les parcours de soins est crucial. Ainsi, la création de nouveaux métiers semble indispensable.

²² Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales « L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » en mai 2011

Plusieurs acteurs clés de la coordination à domicile ont été évoqués précédemment. Ces derniers possèdent également leur propre définition et leurs propres outils de coordination :

- Pour les CLIC relais autonomie : le plan d'accompagnement personnalisé et les réunions de coordination pluri-professionnelles dites réunions de synthèse
- Pour le réseau : le PPS (Plan Personnalisé de Santé) et les réunions de coordination pluri-professionnelles dites réunions de synthèse
- Pour la gestion de cas : le PSI (Plan de Service Individualisé) et les réunions de concertation « table clinique »

Afin de mieux cerner leur articulation, le schéma de l'étude PRISMA de la CNSA sera utilisé comme base :

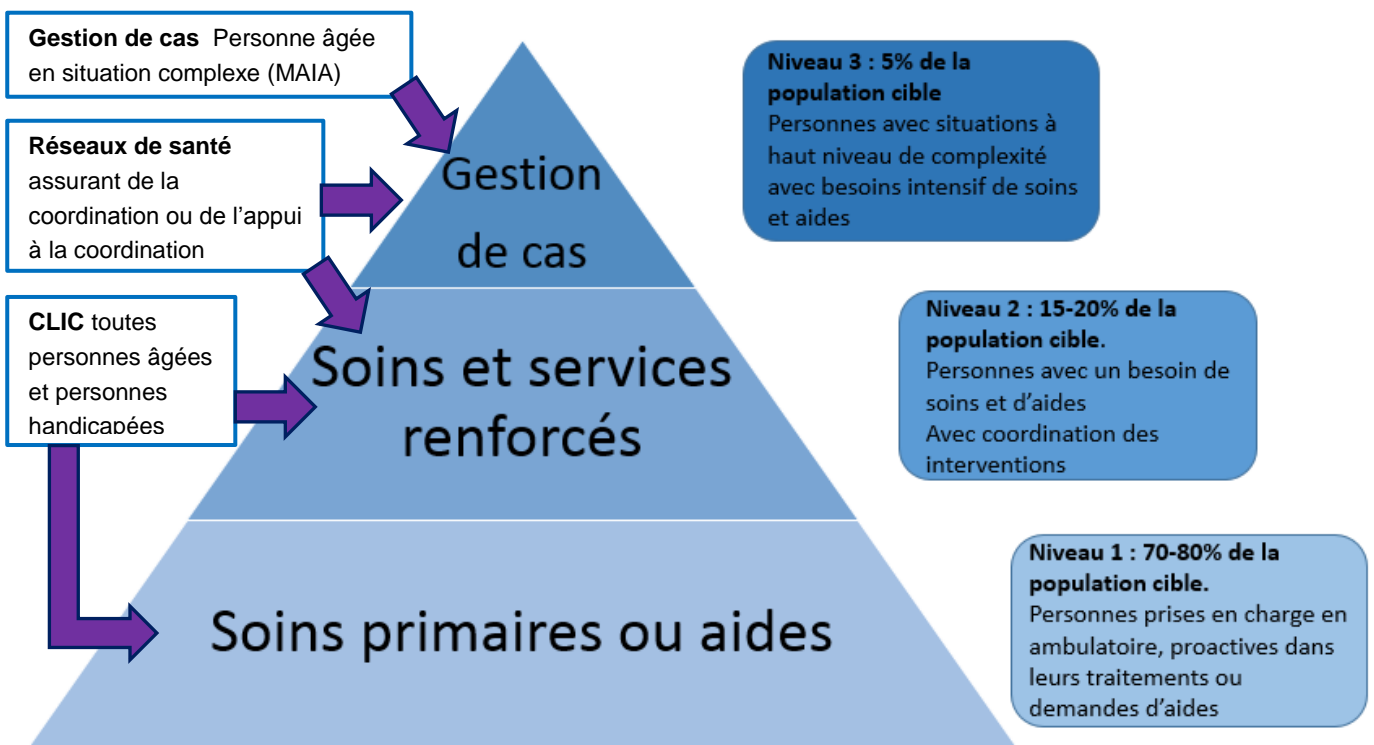


Illustration 2 : Articulation des acteurs de la coordination selon les besoins de la population

En sachant que seule la gestion de cas propose un accompagnement au long terme.

C. Complexité

Pour beaucoup d'acteurs l'origine de la complexité vient de la multitude d'intervenants des différents champs autour d'un usager.

Mais la complexité peut également être liée à l'accumulation de plusieurs facteurs (médicaux, psychosociaux, environnementaux, économiques, etc...).

Comme cité précédemment, une évaluation a été conduite avec la phase d'expérimentation de la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie. Cette évaluation précise que le travail des gestionnaires de cas participe à défaire la complexité d'une situation. En effet, ces derniers interviennent dans les situations complexes selon des critères d'inclusion nationaux précis définis en 2014 par le plan des maladies neurodégénératives. Toutefois, la complexité est définie différemment selon les professionnels et selon les dispositifs.

Pour la MAIA, la complexité renvoie aux critères d'orientation évoqués précédemment. Pour les CLIC relais autonomie du Département du Nord, une grille d'identification est disponible²³, permettant d'évaluer plusieurs critères et de définir en fonction de leur nombre et de leur compensation si la situation est considérée comme complexe. Un référentiel de chaque critère figure au dos de la grille afin de limiter les possibles interprétations du répondant. Ces critères touchent la santé de l'utilisateur, son environnement, sa situation psycho-sociale, etc... Ainsi, dès lors que 4 critères sont considérés comme « Non compensés », la situation est complexe pour le CLIC. Enfin, le réseau de santé gériatrique ne qualifie pas la complexité et ne possède pas de critères.

Nous pouvons donc observer que la complexité n'est pas la même selon le point de vue des professionnels. Effectivement, la complexité étant associée au champ d'intervention, chacun tient compte de ses propres difficultés et donne sa définition. C'est pourquoi cette définition peut être très différente entre les acteurs du domicile et les professionnels intra-hospitaliers par exemple.

Cependant, certains éléments restent récurrents dans les définitions : l'organisation et les relations entre les champs sanitaire, social et médico-social, l'accumulation des problématiques pour une même personne (administrative, psychique, somatique, etc...) ainsi que le refus d'aide et de soin de la personne.

²³ Voir annexe 4

Par conséquent, la complexité peut-être illustrée au travers d'un schéma, présenté lors d'un enseignement²⁴ de deuxième année de master :



Illustration 3 : Les causes de la complexité

D. Rupture

La rupture est un événement ayant un impact et pouvant modifier le parcours de la personne. Les ruptures peuvent être liées à plusieurs facteurs différents, c'est pourquoi elle est difficile à appréhender.

Devenu une réelle difficulté dans le parcours de l'utilisateur (parcours de soin ou de santé), de multiples institutions travaillent pour éviter la rupture en développant divers organisations.

Dans le milieu intra-hospitalier, la résolution des ruptures se fait par exemple par la création de parcours pour certaines maladies chroniques.

²⁴ UE A4 « Notions essentielles de la DÉMARCHE DE PARCOURS DE SANTÉ », présentation par Monsieur BAYEN, Madame BERTIN et Monsieur DREUIL

L'objectif est d'améliorer les parcours de la maladie vécus par les patients en s'appuyant sur l'expérience du patient et de ses proches. Des préconisations pourront être élaborées afin de sécuriser le parcours autour des principaux points de rupture.

Par exemple dans un parcours sur l'insuffisance cardiaque issu du Comité Ville-Hôpital du CHRU de Lille, le diagnostic tardif est identifié comme un point de rupture. En réponse à ce point de rupture, la préconisation est de ne pas retarder le diagnostic.

En dehors de l'hôpital, de multiples expérimentations évoquées précédemment (PAERPA, PTA) voient le jour afin de réfléchir à des solutions et éviter ces ruptures.

Les acteurs de terrain étant convaincus que les ruptures peuvent être évitées, ils ont ainsi participé à la recherche de solution.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a également participé à la recherche de solutions aux ruptures en menant un projet de modélisation des parcours de santé des personnes âgées. Aux côtés de plusieurs ARS, l'ANAP a travaillé à la réalisation d'un diagnostic territorial partagé. Des axes d'amélioration ainsi que des actions opérationnelles ont été proposées aux ARS ainsi que des contrats de territoire et contrat local de santé. L'ANAP a également suivie et aidé la mise en place de l'expérimentation PAERPA.

V. Méthodologie de recherche

A. Méthode de recherche

Deux types d'étude existent : les études qualitatives et les études quantitatives.

Selon Huberman et Miles (2003, p. 11 et 24) « les données qualitatives se présentent sous forme de mots plutôt que de chiffres. [...] Les mots se fondent sur l'observation, sur des entretiens ou des documents ». Effectivement, l'objectif de l'étude étant d'analyser les facteurs pouvant engendrer des situations complexes, il a donc été fait le choix d'une méthode qualitative. C'est pourquoi l'étude est une recherche rétrospective étant donné qu'une conséquence est étudiée afin de déterminer la cause. Les données sont déjà connues mais l'objectif est de trouver la raison.

Ainsi, un outil²⁵ a été créé afin d'inviter les acteurs de la coordination du territoire de la MAIA du Valenciennois à évoquer une situation qu'ils ont accompagnée et de l'analyser. Les répondants ont été invités à donner leur point de vue sur l'origine de la complexité.

De cette manière, il est possible d'observer la comparaison entre les critères de complexité fixés par le dispositif et le point de vue du professionnel.

Pour finir, les participants sont interrogés sur les facteurs ayant impacté le parcours de l'usager, autrement dit, les facteurs ayant engendré la rupture.

Avant de lancer l'enquête, les représentants des dispositifs ont été sollicités afin d'accepter la réalisation de cette dernière au sein de leurs équipes. L'outil a été présenté ainsi que les objectifs et les modalités de réalisation.

De plus, afin de favoriser les réponses, un entretien a eu lieu avec les participants afin d'expliquer l'enquête, l'objectif et l'outil. Les répondants avaient en leur possession mes coordonnées afin de me solliciter en cas d'interrogation.

B. Analyse des résultats

Comme énoncé précédemment, l'étude a été réalisée auprès des professionnels de la coordination du territoire de la MAIA du Valenciennois.

Ont donc été sollicitées :

- 4 gestionnaires de cas,
- 3 infirmières coordinatrices de réseau de santé gériatrique,
- 6 coordinatrices/assistante sociale/chargée de mission.

Pour que l'enquête soit significative, le nombre de résultats est déterminant. C'est pourquoi, les professionnelles ont été invitées à exposer trois situations, soit remplir trois questionnaires chacune.

²⁵ Voir annexe 5

Suite aux entretiens préliminaires, trois dispositifs ont accepté la réalisation de l'enquête :

- Le CLIC du Valenciennois,
- La MAIA du Valenciennois,
- Le réseau de santé gériatrique

Le CLIC du Plateau de Mormal ainsi que le CLIC de la porte du Hainaut n'ont pas donné suite aux sollicitations. Ainsi, 23 réponses ont été comptabilisées.

Dans la première question, les répondants devaient décrire la situation. Ils étaient ainsi libres d'entrer dans le détail en mentionnant certaines informations (comme le nombre d'enfants, les ressources financières, etc...) ou de rester évasif et mentionner uniquement les informations nécessaires à la compréhension.

Dans ces 23 situations, la majorité des personnes sont des femmes. La majorité ont plus de 75 ans. L'âge et le sexe étant les seules données sociodémographiques présentes sur toutes les situations, elles sont les seules présentées. Ces dernières n'ont pas été textuellement demandées puisqu'elles peuvent être abordées comme une difficulté (ressources, habitat).

Pour la deuxième question, à savoir la cause de la complexité, les acteurs ont cité un ou plusieurs critères. Certains de ces critères sont répétés par plusieurs acteurs, notamment l'isolement qui est cité dans presque la moitié des situations. D'autres critères qualifiant la complexité sont également cités à plusieurs reprises :

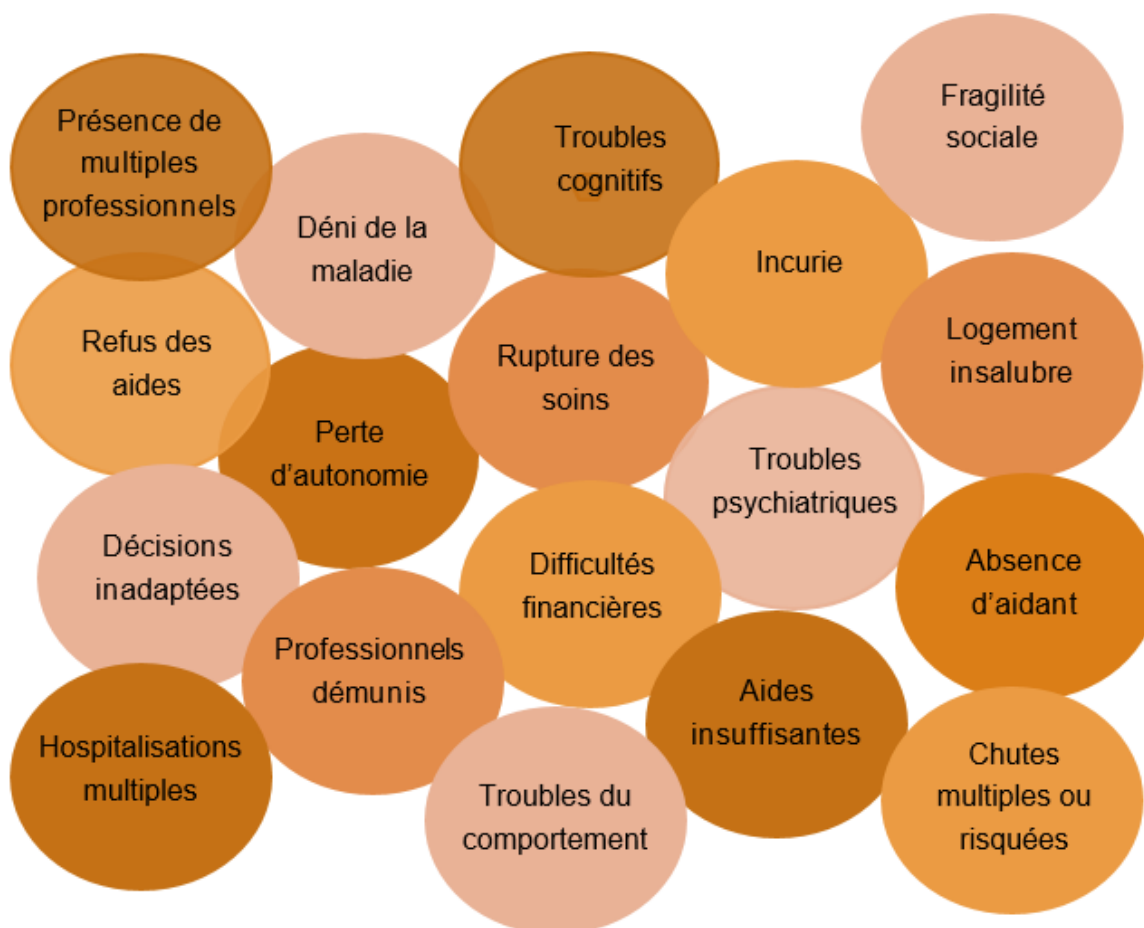


Illustration 3 : Causes de la complexité relatives aux situations selon les répondants

Afin de faciliter l'analyse, certains critères ont été regroupés. En effet, la fragilité sociale comprend également un élément cité dans une situation : la présence de conflits familiaux. De plus, il est important de préciser que le terme « multitude de professionnels » sous-entend aussi la divergence de points de vue ainsi que des difficultés d'organisation entre ces derniers.

D'autres critères n'ont été évoqués qu'une seule fois :

- Addiction
- Problème éthique
- Maintien à domicile difficile
- Maltraitance
- Désaccord soignant/patient
- Professionnel en difficulté
- Réseau familial épuisé
- Mise en danger
- Problème décisionnel
- Difficultés administratives

Un des objectifs était de comparer les facteurs de complexité cités par les professionnels et ceux fixés par le dispositif auquel ils appartiennent. Les résultats montrent que dans les situations décrites par les gestionnaires de cas, les critères de complexité ne correspondent pas en totalité aux critères d'inclusion qualifiant la situation de complexe. En effet, l'ensemble des trois critères n'est jamais retrouvé. Souvent, un ou deux des critères sont mentionnés mais parfois la complexité n'est aucunement liée à ces derniers.

Enfin, certaines situations cumulent les critères qualifiant la complexité mais d'autres n'en ont qu'un. La situation peut alors être complexe en raison d'une addition de plusieurs critères ou en raison d'un seul critère. De plus, nous pouvons observer la multitude et le caractère multifactoriel des critères. En réalité, tout peut rendre une situation complexe, c'est pourquoi il est naturel de se demander comment obtenir une définition précise d'une situation complexe.

Afin d'analyser les réponses à la question visant à identifier les facteurs responsables de la rupture, appelés « facteurs ayant impacté le parcours de l'utilisateur », l'outil précédemment présenté sera utilisé :



Illustration 3 : Les causes de la complexité

Les réponses des participants ont été réparties dans ces 4 domaines.

Le domaine ayant cumulé le plus de facteurs est celui de l'environnement familial, social et professionnel.

En effet, beaucoup de situations sont impactées par une absence d'aidant ou des aidants épuisés. Certains usagers sont également isolés géographiquement ou socialement. De plus, le domaine de l'environnement comprend également les difficultés liées à l'habitat, à savoir notamment les personnes atteintes de syndrome de Diogène et où l'habitat est très encombré. La prise en charge de cette pathologie à domicile est très compliquée, particulièrement dans l'accès au domicile et l'acceptation des aides. Il y a également parfois des domiciles très sales où certains services d'aide refusent d'intervenir et où la mise en place d'un plan d'aide prend énormément de temps.

Ensuite, le deuxième domaine à rassembler le plus de facteurs de rupture est intitulé « la personne ». Ce dernier rassemble les fragilités, les traits de personnalité, les croyances de la personne.

Effectivement, l'histoire de vie peut entraîner certaines fragilités ou engendrer des croyances impactant le parcours de la personne pouvant aller jusqu'à créer une rupture dans le parcours. Malheureusement, la maltraitance est encore rencontrée et entraîne énormément de difficultés dans la prise en charge. La maltraitance peut faire barrage et générer une rupture du parcours.

Le déni de la maladie et de ces troubles, très souvent rencontré, est également inclus dans ce domaine puisqu'il peut être lié à la personnalité et les croyances de la personne plus qu'à la pathologie.

Vient en troisième position le domaine « état de santé » qui regroupe la poly-pathologie, la sévérité de la maladie, la fragilité. Un facteur rencontré à de multiples reprises et étant un réel motif de rupture est la pathologie psychiatrique. La prise en charge est naturellement compromise à domicile mais l'est d'autant plus avec le public gériatrique. Très peu de professionnels se déplacent au domicile et les rendez-vous en institution ne peuvent être envisageables avec un public ayant des difficultés de mobilité.

Enfin, le domaine concernant les intervenants ainsi que leur organisation. Dans ce domaine est inclus les ruptures de suivi médical avec notamment l'absence de médecin traitant ou l'absence de visite à domicile entraînant un arrêt du suivi médical, véritable rupture dans le parcours de santé. De plus, l'absence de visite à domicile empêche de prendre connaissance des difficultés.

Une autre cause de rupture est la multitude des intervenants non coordonnés. Lorsque chaque professionnel apporte son point de vue, il est possible que des incohérences soient rencontrées.

Une autre difficulté peut être rencontrée lorsque plusieurs professionnels sont présents et non coordonnés : une difficulté à savoir qui effectue les démarches. Par exemple, lorsqu'il est nécessaire d'effectuer des démarches administratives comme une demande de mesure de protection. Cette tâche n'est pas dédiée à un professionnel en particulier et représente une grande responsabilité.

C. Discussion

Pour commencer, deux dispositifs n'ont pas répondu aux sollicitations et n'ont pas participé à l'étude. Cela crée donc un biais de sélection²⁶ puisqu'ils font partie de deux zones du territoire. Ces deux dispositifs n'ont pas pu être rencontrés, il est donc simple de penser qu'il s'agit de la raison pour laquelle ils n'ont pas participé. Toutefois, ils ont été contactés à de multiples reprises.

Après distribution des outils, seul un dispositif a demandé plus d'informations. L'outil nécessite donc quelques ajustements avant d'être utilisé à nouveau.

Il est vrai que les « consignes » étaient volontairement évasives. L'entretien préalable a permis de présenter l'outil et d'apporter des informations sur les réponses à apporter.

Toutefois, ces entretiens ont eu lieu dans le cadre du travail de recherche et pour favoriser les réponses. Ainsi, si l'outil doit être partagé, il est nécessaire d'apporter des précisions sur les questions.

Pour rappel, l'objectif principal de l'étude était de prendre en compte ce qui pouvait mettre les acteurs de la coordination dans l'ennui en amont afin d'appréhender la complexité avant qu'elle n'atteigne un niveau compliqué à gérer. Pour ce faire, l'outil utilisé a permis de recueillir leur vision de la complexité.

Suite à l'analyse des réponses, nous avons vu que la complexité pouvait s'expliquer par la présence d'un ou plusieurs indicateurs.

De plus, nous avons vu qu'à ce jour, il n'y a pas de définition « officielle » de la complexité mais plutôt une multitude de définitions. En effet, chaque dispositif utilise sa propre définition. Nous comprenons alors l'impossibilité de caractériser les parcours complexes puisque ce dernier dépend d'un ensemble de facteurs.

Ensuite, les objectifs suivants consistent à identifier ce qui peut engendrer en amont la complexité afin de l'éviter tant que possible. C'est pourquoi la dernière consigne de l'outil consiste à évoquer les facteurs ayant impacté le parcours de l'utilisateur.

²⁶ « Les personnes sondées ne sont pas représentatives de la population générale »
[https://fr.wikipedia.org/wiki/Biais_\(statistique\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Biais_(statistique))

Autrement dit, les facteurs ayant pu engendrer une rupture. Les réponses n'étant pas standardisées, les réponses apportées pouvaient être formulées de plusieurs manières différentes.

Par exemple, pour le critère « isolement », les résultats ont été « absence d'aidant », « pas de famille » ou encore « aucun entourage ». Ainsi, il a été fait le choix de les regrouper ce qui peut apporter un biais d'interprétation²⁷ voir un biais de confirmation d'hypothèse²⁸.

Concernant l'action envisagée sur les divers facteurs afin de réduire le niveau de complexité, le principe de Pareto sera utilisé. En effet, « *la majorité des résultats ou des impacts, sont dûs à une minorité des causes* »²⁹. Ainsi plus de résultats seront comptés en agissant sur un faible taux des causes. L'important n'est pas d'agir sur l'ensemble des facteurs pour obtenir plus de résultats. D'autant plus que certains facteurs ne peuvent trouver de solutions comme certains événements de la vie (divorce, retraite, décès).

A la suite de l'analyse, les résultats montrent que la sphère « environnement » est plus souvent rencontrée que les autres domaines dans les facteurs prédictifs d'une rupture. L'objectif étant d'agir sur les facteurs en amont afin de diminuer la complexité, il faudrait prévenir ou pallier l'isolement. Effectivement, ce facteur est le premier recensé dans les difficultés liées à l'environnement.

Décès du conjoint, éloignement des enfants, perte d'autonomie empêchant les relations sociales, beaucoup d'événements favorisent l'isolement surtout chez la personne âgée. Des solutions ont été recherchées afin d'agir sur ce phénomène comme recourir à une aide à domicile ou au portage de repas, recevoir des visites de convivialité (organisées par les centres communaux d'action sociale des communes).

Une autre solution est proposée en 2012 par la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie intitulée « Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés ».

²⁷ « Erreur dans le mode d'analyse des résultats » [https://fr.wikipedia.org/wiki/Biais_\(statistique\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Biais_(statistique))

²⁸ « Consiste à privilégier les informations confirmant ses idées préconçues ou ses hypothèses et/ou à accorder moins de poids aux hypothèses et informations jouant en défaveur de ses conceptions. » https://fr.wikipedia.org/wiki/Biais_de_confirmation

²⁹ <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/la-methode-des-20-80>

Cette démarche a pour but de faire émerger et croître des équipes citoyennes de proximité pour tisser, au niveau local, du lien social avec les personnes âgées.

Les bénévoles de la démarche travaillent en coopération avec les professionnels (collectivités territoriales, associations, caisse de retraite, etc...) afin de repérer et aider les personnes isolées. Aucune équipe citoyenne n'est actuellement présente sur le territoire du Valenciennois mais la mise en place pourrait représenter une solution au problème de l'isolement.

Après l'environnement, c'est le domaine de la personne qui a été le plus cité. Ce domaine regroupe l'histoire de vie, les croyances, les traits de personnalité, etc... Le refus des aides, non expliqué par les participants a donc été classé dans ce domaine ce qui explique qu'il ait été énormément cité. En effet, dans les situations complexes, le refus est très souvent rencontré.

Il est difficile de trouver une solution aux critères cités précédemment. Concernant le refus, la gestion de cas a pour but de travailler sur ce dernier et à terme, viser l'acceptation. Afin d'être acceptés au domicile, les gestionnaires de cas multiplient les appels ainsi que les visites. Certaines personnes refusent d'ouvrir leur porte avant plusieurs mois, d'autres ne l'ouvriront jamais. Pour le réseau de santé gériatrique ainsi que le CLIC, l'accord de la personne est un fondamental pour intervenir. Si un refus est toujours rencontré après quelques sollicitations, l'accompagnement n'aura pas lieu.

Au sujet du domaine état de santé, nous avons vu au travers de l'analyse qu'il concernait la poly pathologie, la fragilité, la sévérité de la maladie ainsi que la prise en charge psychiatrique à domicile. Comme énoncé en seconde partie de ce travail, le territoire de la MAIA du Valenciennois accueille une expérimentation concernant les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Ainsi, le repérage de la fragilité a lieu au travers de l'intervention des animateurs territoriaux qui effectuent des évaluations à domicile en binôme avec les professionnels libéraux (infirmière ou pharmacien). La présence de ce critère cité à de multiples reprises justifie le besoin de ce repérage en amont à l'heure où l'expérimentation prend fin (fin 2019). La continuité de l'activité des animateurs territoriaux n'est pour l'heure pas confirmée mais pour rappel, ce dispositif avait été mis en place afin d'apprendre aux professionnels libéraux à réaliser l'évaluation, le PPS.

L'objectif était qu'à terme, les animateurs territoriaux disparaissent et que les évaluations soient réalisées par les professionnels de terrain. Si toutefois ce dispositif devait être amené à disparaître, il serait bénéfique que l'objectif initial soit réalisé et que la fragilité soit à nouveau décelée et palliée en amont.

A propos de la prise en charge psychiatrique à domicile, consciente qu'il s'agit d'une réelle difficulté de terrain et que notre région est fortement impactée par les pathologies mentales, l'ARS a engagé des démarches. Une construction d'un projet médical et d'organisations des prises en charge en psychogériatrie a lieu à l'échelle des territoires MAIA. La réflexion est animée par la pilote MAIA ainsi qu'un trinôme composé de gériatres et psychiatre. Leur rôle est de réaliser un diagnostic territorial des ressources, de proposer un plan d'action et de l'organiser. A ce jour, le diagnostic territorial a été validé et la réflexion se poursuit avec notamment la réalisation de formations pour plusieurs professionnels.

Concernant la sévérité de la maladie ainsi que la fragilité, il serait intéressant d'impliquer davantage le médecin traitant. Cet acteur est souvent présent depuis plusieurs années, il connaît son patient, ses pathologies et les voit évoluer. Il peut donc alerter et solliciter les différents professionnels en cas de besoin. Toutefois, nous avons vu dans la deuxième partie de ce travail que la PTA allait être déployée sur le territoire pour répondre aux difficultés exprimées par les médecins libéraux. Ce nouveau dispositif a pour mission d'épauler et de répondre aux requêtes du médecin. Grâce à cela, nous pouvons espérer que le médecin traitant recevra l'aide nécessaire afin de remplir ce rôle pour ses patients.

Pour finir, le dernier domaine ayant reçu le moins de critères est celui des intervenants et de leur organisation. Dans les situations, les répondants expriment un manque de cohésion, d'harmonie des discours.

Il est vrai que parfois les aides se multiplient : auxiliaire de vie, portage de repas, infirmière à domicile, kinésithérapeute, etc... Tant d'acteurs ayant tous un point de vue différent et propre à leur domaine d'expertise. Ces acteurs n'intervenant pas forcément au même moment, aucune rencontre ni échange n'a lieu entre eux. C'est pourquoi certains organisent de leur propre chef des réunions de concertation afin d'harmoniser les discours. Toutefois, cela implique de posséder les informations sur le plan d'aide de la personne, ce qui n'est pas courant.

Pour cela, les unions régionales de professionnels de santé infirmier ont créé la carte de coordination de soins au format carte vitale que le patient range avec sa carte vitale et qui présente les noms et numéros de téléphone des professionnels gravitant autour de la personne.

Dans le cas d'un accompagnement en gestion de cas ou en réseau de santé gériatrique, les réunions de concertation sont souvent sollicitées.

En effet, dans le cadre d'une situation complexe avec l'intervention de plusieurs professionnels, il est important d'être coordonnés² tant dans la pratique que dans le discours. Ces réunions permettent alors d'échanger sur les difficultés rencontrées, la posture à adopter et les objectifs à atteindre. Mais la question se pose pour les autres usagers.

Il serait donc intéressant de sensibiliser les infirmiers libéraux ainsi que les services d'aide pour que la concertation devienne une habitude dans les situations complexes avec la présence de plusieurs acteurs.

VI. Conclusion

Le vieillissement de la population est une réalité démographique qui engendre de nouveaux enjeux dans la coordination des parcours de santé. Nous avons vu que de multiples dispositifs ont été déployés afin de diminuer les difficultés et favoriser un accompagnement adapté. Cela dans le but d'assurer le maintien à domicile, d'éviter les ruptures de parcours et les hospitalisations évitables. De plus, sur le territoire de la MAIA du Valenciennois, des expérimentations sont conduites afin de développer le repérage de la fragilité du sujet âgé et de prévenir la complication des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation. Ces expérimentations permettent également d'enrichir le maillage territorial dans le domaine de la gériatrie.

Malgré tout, certaines difficultés demeurent, notamment dans la prise en charge des situations complexes. L'objectif de ce travail a été de trouver un moyen d'identifier les facteurs responsables des ruptures de parcours. Le second objectif vise à proposer des actions afin d'agir sur ces facteurs et ainsi éviter les ruptures ou éviter que la complexité n'atteigne un niveau difficile à appréhender. L'objectif n'est pas d'agir sur tous les facteurs mais plutôt d'agir sur une minorité qui pourrait avoir davantage d'influence.

L'étude menée auprès d'acteurs de la coordination du territoire de la MAIA du Valenciennois (CLIC du Valenciennois, réseau de santé gériatrique, questionnaires de cas) a permis d'identifier plusieurs facteurs répartis en 4 domaines :

- L'environnement
- La personne
- L'état de santé
- Les intervenants et leur organisation

L'étude a permis aux acteurs de participer à la réflexion sur les situations complexes et de porter un regard différent sur les situations qu'ils accompagnent. Des actions ont pu être proposées au regard des facteurs identifiés en sachant qu'un avantage considérable est la dynamique du territoire avec notamment la mise en place prochaine de la plateforme territoriale d'appui. Effectivement, l'étude des situations a mis en exergue la nécessité de développer la collaboration avec les médecins traitants, objectif premier de la PTA.

De plus, comme évoqué avec les difficultés ressenties face à l'organisation entre les intervenants, il serait intéressant de développer la communication et la coordination entre les services d'aide et les professionnels de premier recours.

Ce travail permet également d'apporter des éléments à la réflexion en cours au sein de la MAIA du Valenciennois et apporte une première piste d'action. Une réflexion en collégiale pourrait apporter d'autres points de vue et propositions d'améliorations. La continuité de ce travail pourrait être d'étendre l'étude aux partenaires n'ayant pu y participer. A terme, il est possible d'envisager de partager l'outil aux autres MAIA afin d'étendre la réflexion.

Au regard des différentes organisations à venir sur le territoire, comme la PTA ainsi que la psychogériatrie, il serait également intéressant de réaliser cette étude en « feedback », c'est à dire après la mise en place. Cela permettrait de donner un retour sur les bénéfices apportés en comparaison avec les difficultés évoquées au travers de l'étude menée dans ce travail.

La coordination des parcours de soins est l'un des principaux enjeux de notre système de santé. La coordination des professionnels de santé et la communication apparaissent indispensables afin d'assurer une prise en charge efficiente du patient tout au long de son parcours. Pour ce faire, de nombreux dispositifs d'appui à la coordination ont été mis en place et d'autres sont à venir. L'ajout d'un nouveau dispositif va-t-il permettre d'apporter ce que d'autres essaient de mettre en place depuis une vingtaine d'années ?

Bibliographie

1. Article L6321-1 du Code de la Santé Publique, www.legifrance.gouv.fr
2. circulaire DAS-RV2 n°2000-310 du 6 Juin 2000, relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
3. Article L312-1 du code de l'action Sociale et des Familles, www.legifrance.gouv.fr
4. Rapport d'étape MAIA du valenciennois, 2018
5. Sites internet des partenaires :
 - <http://www.reperage-sante.fr/>
 - <http://www.association-emera.fr/CLIC%20DU%20VALENCIENNOIS>
 - <https://www.ch-lequesnoy.fr/etablissement/clic-plateau-mormal-relais-autonomie/>
6. Plan National Alzheimer 2008-2012, https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
7. Plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
8. Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024612056&categorieLien=id>
9. Article L113-3 du code de l'action sociale et des familles, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796445&dateTexte=&categorieLien=cid>
10. Rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : évaluation qualitative PAERPA, mai 2017, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/evaluation-qualitative-paerpa-rapport-final>
11. Cahier des charges PTA, avril 2018, Agence Régionale de Santé Hauts-De-France

12. « Structurer les parcours de soins et de santé » de Mourad AISSOU, Jean-Pierre DANOS, Alexia JOLIVET, Les Etudes Hospitalières Edition, 2016
13. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, <https://www.legifrance.gouv.fr/>
14. Rapport final d'évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations, Réalisée pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en Janvier 2017, <https://www.cnsa.fr/rapport-devaluation-des-dispositifs-maia>
15. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales « L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » en mai 2011
16. Enseignement de Master 2 Coordination des Trajectoires de Santé, UE A4 « Notions essentielles de la DÉMARCHE DE PARCOURS DE SANTÉ », présentation par Monsieur BAYEN, Madame BERTIN et Monsieur DREUIL

Table des illustrations

Illustration 1 : Les différents parcours	16
Illustration 2 : Articulation des acteurs de la coordination selon les besoins de la population.....	21
Illustration 3 : Les causes de la complexité.....	29

Sommaire des annexes

ANNEXE 1 : Le Formulaire d'Orientation Partagé	I
ANNEXE 2 : Formulaire de demande Réseau Reper'age	III
ANNEXE 3 : Carte du territoire MAIA et Réseau de santé gériatrique.....	VII
ANNEXE 4 : Grille d'identification des « situations complexes CLIC »	VIII
ANNEXE 5 : Outil d'enquête	X

ANNEXE 1 : Le Formulaire d'Orientation Partagé

FICHE D'ORIENTATION PARTAGEE (FOP)

Les professionnels du champ de la gérontologie sont dot es d'une fiche de liaison partagée pour les prises en charge des personnes âgées de + 60 ans du département du Nord.

Date de transmission : .../.../..... Type de contact : direct téléphone mail fax courrier

ORIGINE DE LA DEMANDE	
Nom - Prénom	
Fonction	
Structure	
Email	
Tél.	
Fax	

SUIVI MEDICAL ET PARAMEDICAL	
Médecin Traitant	
Tél.	
Commune	
Suivi médical	<input type="checkbox"/> Effectif <input type="checkbox"/> Absent
Informé de la démarche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Approuve <input type="checkbox"/> D�esapprouve
Paramédical	
Tél	
Pharmacien	
Tél.	

PERSONNE CONCERNEE	
Nom - Prénom	
Née	
Date de naissance ou âge	
Adresse	
CP - Ville	
Tél. domicile	
Tél. portable	
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Mari�e(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacs�e(e) <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) Nombre d'enfants :
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> Vit seul(e) <input type="checkbox"/> Vit avec.....
Protection Juridique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sauvegarde <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Tutelle
Caisses de retraite	
Aides financières	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Plan d'actions personnalis�e <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> Autre.....
Animaux à domicile	

Proche à contacter : <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Famille Proche <input type="checkbox"/> Autre
Nom – Prénom Tél.....
Adresse complète

AIDES (PROFESSIONNELLES OU NATURELLES) EN PLACE			
Intervenants (professionnels, familiaux, amicaux)	Coordonnées	Aide(s) Apportées	Fréquence

LE CONSENTEMENT	
La personne concernée est informée et favorable à l'orientation proposée.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
La personne concernée accepte la transmission des informations la concernant.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
⚡ Si non, les informations nécessaires pour faire les démarches ont été transmises à la personne.	<input type="checkbox"/>

Nom et Prénom de la personne concernée.....

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

- Difficulté dans les actes essentiels de la vie (se vêtir, se nourrir, se laver, se transférer...)
- Difficulté pour les actes domestiques (courses, ménage...)
- Difficulté à la mobilité (à domicile, à l'extérieur)

SANTE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

- Problème relevant du champ médical
- Chutes (risque, effectivité, phobie post-chute)
- Difficulté à avoir une alimentation adaptée
- Problème lié aux médicaments (prise, observance)
- Trouble de l'humeur
- Difficulté dans l'organisation du suivi
- Refus de soins et d'aides
- Nombre..... hospitalisation(s) non programmée(s) dans les derniers mois dont Passages aux urgences

ASPECTS FAMILIAUX ET SOCIAUX

- Personne isolée
- Faiblesse du réseau familial ou social (absent, peu présent, dépassé, épuisé, en refus du plan d'aide, dans le déni)
- Difficulté à participer à la vie sociale
- Indice ou suspicion de négligence, maltraitance

ASPECTS ECONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

- Difficulté à gérer son budget
- Difficulté à gérer l'administratif
- Droits non ouverts (caisses de retraite, CMU, APL,)
- Précarité financière

SECURITE INDIVIDUELLE ET ENVIRONNEMENTALE

- Précarité liée à l'habitat
- Précarité énergétique
- Difficulté à donner l'alerte (matériel, physique, ou mentale)

REGULARITE / INTENSIVITE

- Situation instable nécessitant un ajustement constant
- Plan de soins/aide/accompagnement
 - aucun
 - en échec partiel
 - en échec total

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les personnes peuvent s'opposer à l'information des données les concernant. Elles ont le droit de supprimer ou rectifier ces données en adressant un courrier à l'attention des responsables juridiques des établissements concernés.

ORIENTATION

Dispositifs gérontologiques de proximité

Plusieurs problématiques sont cochées, vous rencontrez des difficultés à orienter appuyez-vous sur l'expertise des CLIC.

- CLIC
- Réseau de santé
- Gestion de cas

Sur prescription médicale

Pour toutes orientations vers les professionnels libéraux, les consultations spécialisées, les établissements de santé (court séjour, SSR, UCC...), ESAD, SSIAD, la prescription du médecin traitant est indispensable.

- Médecin Traitant

Sans prescription médicale

- Association d'usagers
- Accueil de Jour
- CCAS / Mairie
- Caisse de retraite
- Espace Ressources Cancers
- Evaluator Médico-Social (APA, MDPH)
- Hébergement (accueil familial, foyer logement, Résidence services, EHPAD)
- Hébergement Temporaire
- Mandataire judiciaire
- Plateforme d'accompagnement et de répit
- Service à la Personne
- Service Prévention Santé
- Autre.....

BESOINS EXPRIMES PAR LA PERSONNE OBJECTIF DE L'ORIENTATION, COMPLEXITE, POINT DE BLOCAGE

ANNEXE 2 : Formulaire de demande Réseau Reper'âge



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE à faxer au 03 27 14 01 11

Version actualisée en décembre 2014

DATE :

CADRE DE LA DEMANDE : expertise gériatrique sortie d'hospitalisation (sortie de - de 10 jours)

Urgence de la nécessité d'intervention : non oui

EMETTEUR DE LA DEMANDE

Professionnel libéral Etablissement de santé SSIAD SAAD CLIC HAD

Autre (précisez) :

Dénomination de la structure (et du service si établissement hospitalier) :

Nom, prénom et fonction de l'interlocuteur :

☎ : 📠 :

O
R
I
G
I
N
E

L'INTERESSE(E)

Nom + prénom :

Nom de jeune-fille :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Commune :

Coordonnées téléphoniques :

Situation familiale : Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire

Bénéficiaire de l'APA : oui non demande en cours

Bénéficiaire d'une autre aide sociale : oui non demande en cours

L
A
P
E
R
S
O
N
N
E
A
G
E
E

LE REFERENT FAMILIAL* ET/OU AFFECTIF :

Nom + Prénom :

* préciser le lien de parenté :

☎ : 📠 :

LE MEDECIN TRAITANT

Nom + Prénom : Docteur

☎ : 📠 :

Informé(e) de la présente démarche : oui non // l'approuve la désapprouve

MOTIFS PRINCIPAUX DE LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

O
B
J
E
C
T
I
F
S

Complément d'informations

*demandes formulées dans le cadre d'une **expertise gériatrique***



PRE-REQUIS

+ **75 ans** : fragilité médicale associée ou non à une fragilité psycho-sociale la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique

ou

+ **60 ans** : polypathologie ou MAMA associée à un risque psycho-social rendant précaire le maintien à domicile et en particulier

score SEGA ≥ à 8 (cf grille au verso)

CRITERES D'INCLUSION DANS LE RESEAU EN VUE EXPERTISE		
CRITERE 1 <input type="checkbox"/>	FRAGILITE	<input type="checkbox"/> Fragilité psycho-sociale
CRITERE 2 <input type="checkbox"/>	POLYPATHOLOGIE AVEC UNE PATHOLOGIE A RISQUE DE DECOMPENSATION OU EVOLUTIVE et/ou 2 HOSPITALISATIONS NON PROGRAMMEES DANS L'ANNEE	<input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie psychiatrique <input type="checkbox"/> Pathologie rhumatologique <input type="checkbox"/> Cancer
CRITERE 3 <input type="checkbox"/>	IATROGENIE	<input type="checkbox"/> Polymédication : 5 médicaments ou plus (nb de médicaments différents per os, injectables ou patchs) <input type="checkbox"/> Problème(s) lié(s) à l'observance <input type="checkbox"/> Problème(s) lié(s) à la prescription
CRITERE 4 <input type="checkbox"/>	DEPENDANCE DANS LES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE	<input type="checkbox"/> à préciser (dont GIR) :
CRITERE 5 <input type="checkbox"/>	SYNDROMES GERIATRIQUES	<input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Troubles cognitifs avec ou sans troubles comportementaux <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Douleur
CRITERE 6 <input type="checkbox"/>	RUPTURE DANS LE PARCOURS DE SOINS	<input type="checkbox"/> Pas de médecin traitant référent notamment

INCLUSION EN RESEAU GERIATRIQUE DE TERRITOIRE EN PRESENCE DE 3 CRITERES
(sous réserve de recueillir l'accord du médecin traitant et le consentement du patient)

CRITERES D'INTERVENTION



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE à faxer au 03 27 14 01 11

Version actualisée en décembre 2014

DATE :

CADRE DE LA DEMANDE : expertise gériatrique sortie d'hospitalisation (sortie de - de 10 jours)

Urgence de la nécessité d'intervention : non oui

EMETTEUR DE LA DEMANDE

Professionnel libéral Etablissement de santé SSIAD SAAD CLIC HAD

Autre (précisez) :

Dénomination de la structure (et du service si établissement hospitalier) :

Nom, prénom et fonction de l'interlocuteur :

☎ : 📠 :

O
R
I
G
I
N
E

L'INTERESSE(E)

Nom + prénom :

Nom de jeune-fille :

Date de naissance :

Adresse :

Commune :

Coordonnées téléphoniques :

Situation familiale : Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire

Bénéficiaire de l'APA : oui non demande en cours

Bénéficiaire d'une autre aide sociale : oui non demande en cours

LE REFERENT FAMILIAL* ET/OU AFFECTIF :

Nom + Prénom :

* préciser le lien de parenté :

☎ : 📠 :

LE MEDECIN TRAITANT

Nom + Prénom : Docteur

☎ : 📠 :

Informé(e) de la présente démarche : oui non // l'approuve la désapprouve

L
A
P
E
R
S
O
N
N
E
A
G
E
E

MOTIFS PRINCIPAUX DE LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

.....
.....
.....
.....

O
B
J
E
C
T
I
F
S



Complément d'informations

*demandes formulées dans le cadre d'une **sortie d'hospitalisation***



CRITÈRES D'INTERVENTION

Informations annexes

Patient(e) ayant déjà bénéficié d'une évaluation gériatrique :

- non
- à venir : évaluation programmée le / /
- oui, réalisée par :

⇒ à compléter ? oui non

PRE-REQUIS

- personne âgée de plus de 75 ans** (demande recevable pour les 60-75 ans atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée ou d'une polypathologie avec risque psychosocial rendant le maintien à domicile précaire)
- syndrome gériatrique** (chute, dénutrition, troubles cognitifs avec ou sans troubles comportementaux, incontinence, dépression, douleur)

CRITÈRES D'INCLUSION DANS LE RESEAU EN POST HOSPITALISATION		
CRITERE 1 <input type="checkbox"/>	FRAGILITE MEDICALE (au moins 2 critères validés)	<input type="checkbox"/> Troubles du comportement et/ou troubles cognitifs non diagnostiqués et/ou déni des troubles par l'entourage <input type="checkbox"/> Perte d'autonomie par rapport à l'état antérieur nécessitant une réévaluation gériatrique au domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisations à répétition dans l'année (2 hospitalisations non programmées dans l'année précédente ou passages au SAU) <input type="checkbox"/> Hospitalisation pour problématique liée aux médicaments <input type="checkbox"/> Polypathologies avec pathologie à risque de décompensation en sortie d'hospitalisation (insuffisance cardiaque, pneumonie, décompensation de BPCO, syndrome coronaire aigu, pathologie néoplasique...) <input type="checkbox"/> A domicile : besoin d'un suivi et d'une réévaluation par le réseau des actions médicales initiales proposées par l'hôpital <input type="checkbox"/> Rupture dans le parcours de soins (pas de suivi médical) <input type="checkbox"/> Autres :
CRITERE 2	FRAGILITE SOCIALE (1)	<input type="checkbox"/> Absence de référent fiable/ référent dépassé / pilier du couple fragile <input type="checkbox"/> Réévaluation au domicile de l'adéquation des actions initiales médico-sociales proposées en sortie d'hospitalisation

**INCLUSION EN RESEAU GERIATRIQUE DE TERRITOIRE
UNIQUEMENT SI CRITERE 1 VALIDE**

(1) critère de fragilité sociale uniquement : réorientation de la demande vers le partenaire adapté

A JOINDRE IMPERATIVEMENT
A TOUTE DEMANDE EMANANT D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE :
COURRIER DE SORTIE + BILAN BIOLOGIQUE (NFS, IONO, VS, CRP, Urée, Créat, Albumine, TGO, TGP, Coag, TSH)

ANNEXE 4 : Grille d'identification des « situations complexes CLIC »

GRILLE D'IDENTIFICATION des « SITUATIONS COMPLEXES CLIC »

Nom du Coordinateur :
 1^{er} Evaluation le :
 Nom de l'Usager / Age :

A cette date, le relevé rend compte d'une Situation Complexe CLIC :
 NON : ... <4 X
 OUI : 4 X ≥ ...

Critères	SANTÉ		Critères	USAGER		Critères	ENVIRONNEMENT	
	Compensé (p en c. ou relais)	Non-compensé (n p en c/n relais)		Compensé (p en c. ou relais)	Non-compensé (n p en c/n relais)		Compensé (p en c. ou relais)	Non-compensé (n p en c/n relais)
Problématique liée aux soins			Perte d'autonomie			Problématique de Maltraitance		
Trouble cognitif et/ou du comportement			Négligence sur l'hygiène corporelle			Isolément familial et/ou social		
Trouble psychique et/ou dépressif			Repli sur soi			Conflit familial		
Poly-pathologie et/ou maladie évolutive			Déni de ses difficultés			Problématique Aidant		
Handicap/polyhandicap			Problématique liée aux droits			Hébergement/cohabitation problématique avec un tiers		
Incontinence			Difficulté financière			Problématique Logement		
Trouble de la marche et/ou chutes à répétition			Ne gère pas l'administratif			Absence/défaillance de solutions d'aide à domicile ou d'hébergement		
Dénutrition et/ou déshydratation			Barrière culturelle et/ou linguistique			Problématique liée à la présence d'animaux		
Addiction								
Hospitalisations à répétition								
TOTAL			TOTAL			TOTAL		

REGLE : Ne prendre en compte que les problématiques ayant des répercussions sur la vie de la personne âgée
 La situation est qualifiée de complexe par le CLIC si, à l'issue de l'évaluation de l'usager, la grille comporte au moins 4 critères répartis dans au moins 2 des 3 colonnes « Non-compensé ».
 Il s'agira pour le CLIC, en actionnant les leviers partenariaux appropriés de son territoire (sanitaires, sociaux, médico-sociaux), d'agir en priorité sur les critères non-compensés de la situation complexe.
Res senti de l'évaluateur : situation complexe CLIC : oui non

REFERENTIEL / GRILLE D'IDENTIFICATION des « SITUATIONS COMPLEXES CLIC »

Ce REFERENTIEL permet de définir les occurrences de la grille pour limiter les interprétations possibles d'un CLIC à l'autre, d'une situation d'usager à une autre.

SANTÉ		USAGER		ENVIRONNEMENT	
Critères	Définitions	Critères	Définitions	Critères	Définitions
Problématique liée aux soins	Accès à l'offre de soins, rupture de soins, refus de soins, absence de médecin traitant, mauvais usage médicamenteux...	Perte d'autonomie	Etat momentané ou durable qui perturbe ou limite les actes essentiels de la vie courante (sur tout girage : 1 à 6), qui impacte la capacité à prendre des décisions et/ou à les faire seul.	Problématique de Maltraitance	Maltraitance physique (mise en danger), suspicions de maltraitance psychologique, financière...
Trouble cognitif et/ou du comportement	Du type : troubles pouvant générer agressivité, délire, fugue, déambulation... et induire une mise en danger.	Négligence sur l'hygiène corporelle	Hors du comportement habituel durant la vie de la personne, laisser aller récent de l'usager qui se traduit par une absence de toilette et/ou de soins de soi au quotidien.	Isolement familial et/ou social	Isolement dû à une famille éloignée, à un voisinage inexistant ou peu enclin à établir un relationnel
Trouble psychique et/ou dépressif	Du type : dépression	Repli sur soi	Du type : confinement, refus des aides médicales et/ou sociales	Conflit familial	Difficultés rencontrées avec la famille de l'usager qui peuvent impacter durablement ou épisodiquement et gravement le moral de la personne.
Poly-pathologie et/ou maladie évolutive	Maladie chronique ou évolutive du type Alzheimer, associée ou non à une autre pathologie.	Déni de ses difficultés	Déni de ses difficultés motrices, mentales, financières (endettement, surendettement, faiblesses des revenus), etc.	Problématique Aidant	Epuisement de l'aidant, décès et maladie du conjoint ou de l'aidant principal Refus de l'aidant
Handicap/polyhandicap	Handicaps : physique, moteur, sensoriel, psychique, intellectuel.	Problématique liée aux droits	Droits non-ouverts ou insuffisamment	Hébergement/cohabitation problématique avec un tiers	Notamment si le tiers est en situation handicap, gravement malade, etc.
Incontinence	Mictions urinaires et/ou fécales accidentelles ou involontaires.	Difficulté financière	Précarité et difficultés socio-économiques importantes qui empêchent notamment le financement des aides nécessaires	Problématique Logement	Risque de perte du domicile. Indécence, insalubrité, grande précarité énergétique impactant les conditions de vie et les ressources, logement inadapté ou à risque, etc.
Trouble de la marche et/ou chutes à répétition	Tout ce qui peut affecter la bonne motricité des personnes : maladie, tremblement, accident, opération...	Ne gère pas l'administratif	Incapacité ou souhait de ne plus faire : suivi des comptes, factures, assurances, impôts...	Absence/défaillance de solutions d'aide à domicile ou d'hébergement	Pas d'offre d'hébergement adapté à proximité (échelle cantonale). Pas de SAD ou interventions SAD problématiques...
Dénutrition et/ou déshydratation	Refus de s'alimenter et/ou de s'hydrater, Oubli de le faire tout au long de la journée (avec vigilance lors d'épisodes caniculaires).	Barrière culturelle et/ou linguistique	Se traduisant par des difficultés à solliciter un soutien, une assistance : des difficultés à se faire comprendre ; des difficultés à se faire soigner ; etc.	Problématique liées à la présence d'animaux	Animaux domestiques en surnombre (au-delà d'une 10aine) ou source d'hygiène déplorable dans le domicile. Présence avérée d'animaux sauvages nuisibles...
Addiction	Alcool, drogues, médicaments, etc.				
Hospitalisation à répétition	Suite à de graves problèmes de santé qui le justifient ou comme solution d'accoutumance (sans réelle nécessité).				

ANNEXE 5 : Outil d'enquête

Fiche déclarative

Situation de rupture dans le parcours à domicile

Qu'est-ce que le parcours

- étapes successives de la vie de la personne
- concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médicosocial et le social
- les parcours sont individualisés et visent à répondre aux besoins de l'utilisateur avec ses propres composantes qui le structurent

Qu'est-ce que la complexité

- Aucune définition propre, définie par chaque acteur
- Peut provenir de l'addition de plusieurs difficultés (polypathologie, âge du sujet, précarité, isolement, difficultés liées à l'environnement, etc...)

Qu'est-ce qu'une rupture

- Evènement ayant un impact et pouvant modifier le parcours

A titre d'exemple, peuvent faire l'objet d'une rupture les situations suivantes : refus de soins par le patient/la famille, les difficultés économiques, défaut de transmission d'informations, ...

Cette fiche a pour objectif d'identifier une situation de rupture dans le parcours à domicile et non les acteurs : elle doit garantir l'anonymat de chacun.

Elle fera l'objet d'une analyse pouvant être présentée à divers professionnels afin de dégager des axes d'amélioration en lien avec les difficultés rencontrées.

Fonction/structure du déclarant :

Description de la situation :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Selon vous, pourquoi cette situation est complexe ?

.....

.....

.....

.....

Facteurs ayant impacté le parcours de l'utilisateur, le ressenti de la personne et/ou de sa famille :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Envoi des réponses **avant le 15 août** à l'adresse : celina.brq@gmail.com

Merci pour votre participation

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter :

BERCQ Céline, 07 83 75 28 64, celina.brq@gmail.com

L'identification des ruptures de parcours des patients à domicile

Intro : Ma thématique de mémoire porte sur l'identification des facteurs de ruptures de parcours à domicile. Cette identification se ferait dans le cadre du suivi d'une situation complexe.

Développement : La méthode utilisée serait une étude longitudinale de type qualitative pour tester un outil de type questionnaire auprès de professionnels de la coordination. Ces professionnels seraient membres d'un service de gestion de cas MAIA, d'un réseau de santé gériatrique ou d'un centre local d'information et de coordination. En effet, ces acteurs interviennent dans le cadre de situations complexes et pourraient identifier les points de ruptures, lorsqu'ils sont flagrants et qui aboutissent à ces situations complexes.

L'objectif est de dégager des pistes de réflexion ainsi que des axes d'amélioration pour éviter ces ruptures à l'avenir et diminuer la complexité.

Conclusion : Toutefois, la difficulté repose sur la conception de l'outil afin qu'il soit sensible, fidèle et valide pour révéler des résultats significatifs et abordables. C'est-à-dire que l'objectif est d'aboutir à des solutions qui seront possibles à mettre en place.

Mots clés : rupture –parcours à domicile – situation complexe - coordination

The identification of disrupters in pathways of home-based patients

Intro: My thesis concerns the identification of factors disrupters in pathways of home-based patients. It happens during the monitoring of a complex situation.

Method: The method used will be a longitudinal study of qualitative type in order to test my questionnaire based tool on coordination professionals. The latter are members of a case management service MAIA, a geriatric health network or a CLIC. Indeed, those actors intervene as part of complex cases and might identify disruptive situations when they are blatant and resulting in complex cases.

Expected Results: The objective is to bring up various approaches in order to limit some disruptions in the future and reduce complexity.

Conclusion: However, some difficulties lie in the conception of a tool –the questionnaire- that would have relevant psychometric qualities which would result in the most accurate possible solutions.

Keyword : disrupters – pathways of home-based – complex situation - coordination