



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année :

MENTION :

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME D'INFIRMIER
EN PRATIQUE AVANCEE

SPECIALITE :

PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISEES, PREVENTION ET POLYPATHOLOGIES
COURANTES EN SOINS PRIMAIRES

Titre du mémoire

**« Personnes âgées et rupture de parcours : la réalité d'une complexité
de prise en charge »**

Présenté et soutenu publiquement le 01 JUILLET 2022 à 08H00
au Pôle Formation

par Nathalie CRETEUR – SAGET

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur *François PUISIEUX*

Enseignant infirmier :

Madame *Léone DE OLIVERA*

Directeur de mémoire :

Madame *Mélanie SEILLIER*

Tuteur professionnel :

Madame le Docteur *Salîha GREVIN*

Sommaire

Introduction générale

| | |
|--|----|
| I. Introduction | 1 |
| 1) Contexte démographique..... | 1 |
| 2) Cadre conceptuel..... | 3 |
| II. Méthode | 9 |
| 1) Type de l'étude..... | 9 |
| 2) L'objectif..... | 9 |
| 3) Recrutement..... | 9 |
| 4) Recueil de données..... | 10 |
| 5) Déroulement de l'entretien..... | 10 |
| 6) Analyse de données..... | 10 |
| 7) Ethique..... | 11 |
| III. Résultats | 11 |
| IV. Analyse | 12 |
| 1) Vulnérabilité..... | 12 |
| 2) Parcours de soins..... | 15 |
| 3) Coordination | 18 |
| 4) Infirmiers de pratique avancée..... | 21 |
| V. Discussion | 24 |
| 1) Résultats de l'étude | 24 |
| 2) Autre piste, proposition | 30 |
| 3) Limites et forces de l'étude | 37 |

Conclusion

Références bibliographiques

Table des matières

Annexes

Abstract

Table des Annexes

Annexe 1 : Autorisation DPO

Annexe 2 : Grille d'entretien

Annexe 3 : Exemple d'un entretien

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre communal d'action sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPP : Direction données personnelles

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DPO : Direction données personnelles

HPST : Hôpital Patients Santé territoires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

SNP : Soins non programmés

TIC : Technologies de l'information et de la communication

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame **Mélanie Seillier**, pour la qualité de ses informations ainsi que sa disponibilité et sa gentillesse. Ses paroles rassurantes et apaisantes, et son soutien malgré mon changement de sujet de mémoire.

Je souhaite remercier également, Madame le docteur **Saliha Grévin**, docteur en pharmacie et co-présidente de la CPTS Grand Douai pour son implication, sa confiance, son énergie et ses précieux conseils. Mais également pour m'avoir poussé à entreprendre et poursuivre cette formation si riche.

Je souhaite également remercier le Professeur **François Puisieux** d'avoir porté le projet de cette formation au niveau régional, de promouvoir la pratique avancée, et d'avoir donné de son temps pour répondre à nos inquiétudes au cours de ces deux années.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professionnels ayant répondu favorablement à ma sollicitation, sans qui la réalisation de mon étude n'aurait pas été envisageable.

Je remercie des acolytes de formation : Le club des cinq ! Merci, pour ces deux années sous un climat chaleureux et propice à la poursuite de mes études. Et particulièrement à Mélanie, ma copine de galère pendant ces deux années de formation en pleine crise covid, elle m'aura soutenue, écoutée, et accompagnée.

Je remercie mes camarades de promotion pour leurs échanges, et la richesse dans leurs partages. L'entraide, la bonne entente auront été les maîtres mots de ces deux années et seront sans nul doute ceux de nos futures années d'exercice professionnel.

Je remercie enfin mon mari et mes enfants pour qui ces deux dernières années n'ont pas été simples mais qui m'ont soutenu et encouragé.

Introduction générale :

Infirmière libérale depuis 2011 à Douai et donc désormais sur le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Grand Douai, j'ai été régulièrement confrontée à des prises en soins complexes.

La santé est un domaine qui touche tout un chacun et qui est en constante évolution. Rythmée par les évolutions dans le domaine des traitements, les progrès de la médecine, elle doit cependant faire face à de nombreuses difficultés.

En effet, les besoins de la population évoluent dans un contexte où l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, laissant apparaître ainsi un nombre de personnes âgées porteuses d'un ou plusieurs pathologies chroniques.

Face à ces différents constats, notre question de recherche est « Quelles sont les difficultés que les professionnels, intervenants auprès des personnes âgées, rencontrent en cas de rupture de parcours de soins ? »

Pour répondre à cette problématique, le travail suivant se décompose en trois parties distinctes : La première partie nous permettra de faire un point sur le constat démographique du territoire, et de nous attarder sur les concepts de vieillissement, de vulnérabilité, de parcours de soins et de CPTS.

Dans la seconde partie, nous nous intéresserons à la méthodologie mise en place pour cette étude et vous ferons une analyse des résultats obtenus à l'aide des entretiens effectués,

Pour finir, la discussion dans laquelle nous mettrons en évidence les limites et les forces de l'étude, ainsi qu'une proposition de protocole expérimental.

I. INTRODUCTION

1. Contexte démographique

Au cours de ma deuxième année du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée (IPA), j'ai eu la chance d'effectuer mon stage au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Grand Douai. Au décours de ce stage, j'ai eu l'occasion de rencontrer les différents professionnels qui gravitent autour de la personne âgée et leurs missions. Tous font le constat que les prises en charges les plus complexes sont souvent liées à une absence ou défaillance dans le parcours de soins du patient.

Les patients âgés souffrent le plus souvent d'une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui entraîne de la dépendance, et un recours aux soins plus fréquent. Les personnes âgées polypathologiques nécessitent une prise en charge globale, coordonnée et pluridisciplinaire. (HAS, 2015). De nombreux patients sont actuellement sans médecin traitant. Leur suivi est donc rompu, leur prise en soin non-optimale voire inexistante.

En France, la pénurie de médecins est devenue un phénomène global qui gangrène tout l'Hexagone. « C'est un des problèmes les plus importants aujourd'hui de notre pays », a reconnu le président de la République, Emmanuel Macron mercredi 8 décembre 2021. La démographie médicale, notamment des médecins généralistes, connaît une période compliquée. En effet, après un fort accroissement des effectifs sur la période 1961-1997, tant pour les spécialistes que pour les médecins généralistes, on a pu assister à une diminution constante jusqu'en 2016. (DONNEES DE CADRAGE : DEMOGRAPHIE ET ACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ, 2013). Depuis, le nombre de médecins nouvellement diplômés est en légère augmentation notamment grâce à l'augmentation du numerus clausus. (Les professionnels de santé en France : données chiffrées, 2021)

Malheureusement, l'augmentation à venir du nombre de médecins diplômés ne permettra pas à court terme de compenser la forte chute à venir des effectifs de médecins qui sont le résultat d'un processus de long terme, plusieurs dizaines d'années. (BOUET, 2021). Le pays se trouve dans une situation paradoxale puisque la pénurie gagne du terrain alors qu'il n'y a jamais eu autant de médecins.

Cela s'explique d'une part par le nombre de médecins généralistes en âge de partir à la retraite qui ne cesse d'augmenter, générant des pénuries dans certaines zones, dans un contexte de

répartition des médecins sur le territoire déjà très inégale, créant ainsi un fort déséquilibre sur notre système de santé qui se trouve mis sous tension. Et d'autres part, par le vieillissement de la population qui résulte majoritairement de l'amélioration de l'espérance de vie et de l'arrivée progressive des générations du baby-boom dans la classe des plus de 65, voire même des plus de 75 ans. (État de santé de la population, 2019)

On se retrouve ainsi confronté à une population vieillissante, pour laquelle, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE, 2020), plus de 70 % déclare avoir une maladie ou un problème de santé chronique.

Partant de ce postulat, il semble beaucoup plus aisé de comprendre que des patients âgés de plus de 70 ans et porteur d'une maladie chronique ne bénéficient pas d'un suivi médical de premier recours. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) constate en effet qu'environ 620.000 patients de plus de 70 ans sont sans médecin traitant et souffrent d'une affection de longue durée.

Etant en stage sur le territoire de la CPTS Grand Douai, j'ai souhaité me concentrer sur le territoire de celle-ci qui regroupe 21 Communes autour de Douai afin de réaliser un diagnostic territorial.

Nous observons actuellement un appauvrissement de la couverture du territoire par les médecins généralistes.

Démographie médicale sur le territoire

Source Rezone / CNAM – Mars 2022

| Catégories sélectionnées | Nombre sur le territoire (7) | | |
|--|------------------------------|----------|---------------|
| | total | + 60 ans | dont + 65 ans |
| dont Médecin MEP | 9 | 5 | 3 |
| Tous les méd. spéc. hors méd. générale | 133 | 44 | 15 |

Selon les données obtenues par la CNAM, le nombre de médecins généralistes n'a cessé de diminuer d'année en année. Actuellement à peine 116 médecins généralistes libéraux (hors mode d'exercice particulier) sont installés sur le territoire. Près de la moitié d'entre eux sont âgés de plus de 60 ans et 16 d'entre eux sont âgés de plus de 65 ans, ce qui risque d'aggraver encore la situation dans les années à venir.

En l'absence de problématique médico-sociale nouvelle le médecin ne peut plus se déplacer au domicile aussi souvent qu'il le faudrait, et ne plus se permettre de prendre en charge de nouveaux patients. Or nous observons sur le territoire un grand nombre de patients sans médecins traitants, et donc en retrait du soin.

Population consommante non couverte par un médecin traitant Patients

Source Rezone / CNAM – Mars 2022

| Patients consommateurs(3) | Patients consommateurs dans la même tranche d'âge | | | | Différence territoire et | | |
|---|---|---------|---------|------------|--------------------------|------|------|
| | Ter. | Dép. | Rég. | Fr. | Dép. | Rég. | Fr. |
| sans Médecin Traitant(4) | 9 756 pat. | | | | | | |
| 17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et en ALD | 1.1%* 1 054 pat. | 0.8% | 0.9% | 1.2% | 0.3 | 0.2 | -0.1 |
| Commune(s) neutralisée(s) : 33.3 % (Esquerchin, Estrées, Férin, Gœulzin, Hamel, Lauwin-Planque, Lécluse) | | | | | | | |
| 17 ans et plus sans Médecin Traitant(4) et ayant la CSS | 2.7%* 2 512 pat. | 1.7% | 1.6% | 1.5% | 1 | 1.1 | 1.2 |
| Commune(s) neutralisée(s) : 28.6 % (Cantin, Esquerchin, Estrées, Férin, Gœulzin, Hamel) | | | | | | | |
| 70 ans et plus (nombre) | 17 037 | 323 537 | 789 764 | 10 022 983 | - | - | - |
| 70 ans et plus sans Médecin Traitant(4) | 4.9%* 780 pat. | 4.1% | 4.4% | 5.8% | 0.8 | 0.5 | -0.9 |
| Commune(s) neutralisée(s) : 33.3 % (Esquerchin, Estrées, Férin, Gœulzin, Hamel, Lauwin-Planque, Lécluse) | | | | | | | |

Ainsi, près de 800 patients de plus de 70 ans sont actuellement sans médecin traitant. (Rezone, 2022)

2. Cadre conceptuel

a) Le vieillissement de la population.

En France, le nombre d'habitants en 2020 s'élevait à 67,39 millions d'habitants pour une population mondiale estimée à 7,7 milliards de personnes. Le nombre d'habitants en France ne cesse de s'accroître. Selon L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les plus de 70 ans représentent plus de 10 millions d'habitants en 2022. (Évolution de la population, 2020) (Population par sexe et groupe d'âges, 2022)

La projection de la population française en 2060 estimerait le nombre d'habitants à plus de 73 millions d'habitants selon les évaluations de l'INSEE avec 11,9 millions d'habitants de plus de 70 ans.

L'accroissement est directement lié au vieillissement de la population provoqué par l'allongement de la durée de vie grâce notamment aux progrès de la science, qui permet la prise en charge de pathologies qu'autrefois nous n'arrivions pas à soigner, et l'avancée en âge de la population du « baby-boom ». Cette situation nous confronte à un nouvel enjeu qu'est l'augmentation constante du nombre de personnes âgées, leur maintien en bonne santé et en autonomie au domicile le plus longtemps possible.

Au niveau départemental, le Nord est l'un des territoires français les plus peuplés avec un grand nombre de personnes âgées. Ce département montre de nombreuses spécificités démographiques telle qu'une forte natalité mais une espérance de vie plus faible, des revenus plus faibles (plus de chômage, des emplois moins qualifiés), conduisant globalement à des personnes âgées en moins bonne santé, vulnérables.

b) La vulnérabilité

La vulnérabilité est, selon le dictionnaire Larousse, le caractère vulnérable de quelque chose, ou de quelqu'un. Ce même dictionnaire définit comme vulnérable qui est exposé aux atteintes d'une maladie, qui peut servir de cible facile aux attaques d'un ennemi. Nous pouvons être vulnérables de différentes manières, à la suite de différents événements de vie. (Larousse, 2021) Nous pouvons envisager cette vulnérabilité tant dans le domaine social, juridique, philosophique, socio-économique, culturel que médical tant il s'agit d'une notion plurielle. La notion nous intéressant ici est celle du point de vue médical. Ainsi, la vulnérabilité peut se définir comme le risque de développer ou d'aggraver des incapacités. Le risque pouvant être lié à l'âge, à l'état physique ou mental. Cela renvoie donc à la notion d'état instable risquant de se dégrader. (Monique Formarier, 2012)

Cette vulnérabilité peut être passagère, à la suite d'une fracture par exemple, ou devenir permanente suite de l'installation d'une ou plusieurs pathologies invalidantes. (Bouisson, 2007)

Chaque individu aura sa propre perception de la vulnérabilité, et sa façon de la gérer. Chambers (1989) explique ceci : « *Ainsi, la vulnérabilité a deux aspects : un aspect extérieur constitué par les risques, les chocs et le stress que reçoit un individu ou un foyer, et un aspect interne qui est l'absence de défenses, c'est-à-dire de moyens de faire face sans subir de perte dommageable.* » (Francois Béland, 2013). Il convient de comprendre que face à une vulnérabilité, d'origine quelconque, les individus réagissent de manière à se protéger, se réadapter pour faire face au mieux à la situation et poursuivre de vivre avec une bonne qualité de vie.

En ce qui concerne la personne âgée, les vulnérabilités sont multiples. Dyer et Ostwald (2011) proposent une définition équivalente, explicitement gérontologique, de la vulnérabilité : « *La vulnérabilité apparaît lorsque la personne âgée présente une dégénérescence physique ou mentale qui ne peut pas être (ou n'est pas) compensée par des modifications de l'environnement physique ou un complément de soutien social ou médical.* » (Francois Béland, 2013)

Il est également question dans cette définition du pan social de cette vulnérabilité qui, chez les personnes âgées renvoie à la notion de la dépendance. Cette dernière entraîne une vulnérabilité de la personne, mais également des aidants.

La dégénérescence physique, ou mentale a pour conséquence, bien souvent, un recours aux soins, aux soignants rendant parfois le parcours de soins complexe.

c) Parcours de soins :

Avant de parler de la notion de parcours de soins, il semble pertinent d'aborder la notion de parcours. Parmi les définitions que l'on trouve, on note : « *Chemin pour aller d'un point à un autre, itinéraire, trajet* ». Parmi les synonymes de parcours on retrouve les mots : épreuve, étape, cheminement, itinéraire. Cette définition et les synonymes qui y sont associés sont intéressants en ce sens qu'ils nous laissent présager qu'un parcours peut être semé d'embûches, d'obstacles, et que ce dernier n'est pas toujours rectiligne.

On parle de parcours tant dans la santé que dans l'administratif, dans l'éducation... La déclinaison qui nous intéresse ici est celle du soin.

Un parcours de soins est un ensemble d'étapes différent d'un patient à un autre. Il est déterminé par la ou les pathologies du patient, sa situation personnelle, les professionnels de santé qui jalonnent son parcours. En définitive, chaque parcours est personne-dépendant, il doit être individualisé en vue de répondre au mieux aux besoins spécifiques de la personne concernée.

Chaque patient suit sa propre trajectoire en fonction des composantes humaines, sociologiques et culturelles qui lui sont propres. De nombreux intervenants gravitent autour du patient, et ce d'autant plus lorsque les problématiques de santé s'additionnent.

Le parcours de soins nécessite une coordination entre les différents acteurs en tenant ainsi compte des spécificités de la personne concernée et des spécificités du territoire. Un parcours de soins efficient permet d'assurer une prise en charge globale, une réduction des décompensations et des hospitalisations.

Les gouvernements successifs ont pris pleinement conscience qu'une prise en soin coordonnée était une plus-value pour le patient.

La réforme de l'assurance maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 définit le parcours de soins coordonné comme un dispositif obligatoire dans le but de rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même patient. (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, 2019)

Le 21 juillet 2009, une loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est promulguée. (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009). Il s'agit de la loi Hôpital Patients Santé territoires (HPST) qui propose notamment une réorganisation globale du système de soins avec une amélioration de l'accès aux soins. Cette loi touche autant le fonctionnement hospitalier que le premier recours. Les soins du premier recours s'articulent autour du médecin généraliste qui assure l'orientation du patient dans le système de soins. (Mourad AISSOU, 2020)

d) La CPTS Grand Douai

En France, les inégalités de recours aux soins selon le niveau de revenu pour les personnes de 50 ans et plus sont particulièrement marquées par le recours aux soins. En 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que

l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Ainsi l'OMS a recommandé la mise en place de systèmes de santé centrés sur les soins primaires et le bon équilibre de l'offre de santé entre les milieux ruraux et urbains.

Dans le cadre du plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » qui vise à décloisonner et réorganiser le système de soins dans le but de fluidifier les parcours de santé pour les patients, nous avons vu l'émergence de CPTS. (Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins, 2021)

Une CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire afin de répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiés sur leur territoire. Les CPTS sont ainsi conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations, mieux se coordonner afin de pouvoir offrir aux patients du territoire une meilleure prise en charge dans un souci de continuité, de cohérence, et de qualité. (Les communautés territoriales de santé, 2021)

En ce qui concerne la CPTS Grand Douai, elle s'est constituée en association en juin 2019 après une réunion en avril 2019 pour un découpage territorial avec les professionnels de santé souhaitant s'investir dans ce projet d'exercice coordonné. Ainsi, le territoire de la CPTS comporte 21 communes qui sont les suivantes : Douai, Roost-Warendin, Sin-le-Noble, Waziers, Cantin, Courchelettes, Cuincy, Dechy, Estrées, Esquerchin, Férin, Flers en Escrebieux, Gœulzin, Guesnain, Hamel, Lambres les Douai, Lauwin Planque, Léluse, Aubry, Montigny en Ostrevent.

Pour être éligible au contrat prévu par l'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS, cette dernière doit avoir élaboré un projet de santé validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et avoir créé une association loi 1901 lui permettant de recevoir des financements de la part de l'Assurance Maladie. Le projet de santé est différent d'une CPTS à l'autre car il est le reflet des besoins du territoire. Ainsi, en fonction de la démographie médicale, de la taille de la CPTS, de la population, du secteur rural ou urbain, des moyens de transports collectifs ... les missions des CPTS seront différentes. (Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : mode d'emploi, 2022)

Pour ce qui est de la CPTS Grand Douai, les missions décrites dans le projet de santé sont réparties de la sorte :

Des missions socles :

- ✓ Favoriser l'accès aux soins au travers notamment des deux actions : Faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.
- ✓ Organisation de parcours pluri professionnels autour du patient.
- ✓ Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention
- ✓ Des missions optionnelles :
 - ✓ Développement de la qualité et de la pertinence des soins.
 - ✓ Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire.

Les missions socles, inerrantes à chaque CPTS, s'incarnent différemment en fonction des territoires. Les actions choisies et menées par les professionnels de santé sont ainsi le reflet des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien dans leur prise en charge. Il est aisé de comprendre que l'accès à un médecin traitant et l'amélioration des parcours de soins sont au cœur de leurs préoccupations.

Face à ces différents constats, notre question de recherche était : « Quelles sont les difficultés que les professionnels, intervenants auprès des personnes âgées, rencontrent en cas de rupture de parcours de soins ? »

II. Méthode

Matériel et méthode

Après avoir défini l'étude et les objectifs recherchés, nous exposerons les conditions de réalisation (recrutement), les modalités de collecte et de leur analyse.

1) Type de l'étude

Il s'agissait ici d'une étude qualitative pour laquelle des entretiens semi-individuels ont été réalisés. Ce choix permettait d'explorer les représentations des professionnels gravitants autour du parcours de soins de la personne âgée.

Cette méthode semblait être la plus appropriée. En effet, elle permet de recueillir des données verbales et non verbales permettant d'explorer au mieux le vécu des participants, de comprendre leur fonctionnement, et la complexité qu'ils rencontrent dans leurs prises en charge quotidienne de cette population âgée souffrant de maladies chroniques.

L'entretien individuel permettait l'approche de questions cibles et d'obtenir des réponses spontanées de la part du participant sans la peur du jugement des collègues, de la hiérarchie.

2) L'objectif

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les difficultés que les professionnels intervenants auprès des personnes âgées rencontrent en cas de rupture de parcours de soins.

En parallèle, cette étude avait pour visée de faire ressortir la nécessité d'un parcours coordonné pour chaque patient, et la nécessité d'un professionnel de santé référent.

3) Recrutement

Les intervenants ont été recrutés au décours de mon stage à la CPTS Grand Douai. Il s'agissait de professionnels de premiers recours intervenants auprès des personnes âgées de plus de 70 ans sur le territoire de la CPTS Grand Douai, qui ont tous répondu positivement à la proposition d'un entretien individuel après explication du thème abordé.

La taille de l'échantillon n'était pas définie au départ, les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Dix entretiens ont ainsi été réalisés.

4) Recueil de données

Pour mener à bien cette étude, il était nécessaire de réaliser des entretiens auprès de professionnels de terrain de professions différentes, pour avoir une vision pluriprofessionnelle de la situation.

Le chercheur avait réalisé une grille d'entretien composée de questions ouvertes. (Annexe 2) Lors des entretiens, il s'était assuré que chaque personne ait compris la démarche, le déroulement en spécifiant que chaque entretien était enregistré (après accord du participant), retranscrit et anonymisé.

L'interview a été enregistrée à l'aide d'un dictaphone après avoir obtenu l'accord du participant puis retranscrite mot pour mot de manière anonyme sur Microsoft office Word 2021.

5) Déroulement de l'entretien :

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés dans un lieu convenant au mieux à la personne interrogée : cabinet de consultation, salle de réunion, bureau, domicile afin de convenir au mieux à leurs agendas souvent combles.

La suffisance des données a été obtenue après 7 entretiens. Les 3 derniers entretiens ont été effectués car programmés en avance et ont confirmé la saturation des thèmes recueillis.

Les entretiens individuels ont duré en moyenne 23,8 minutes allant de 17 minutes pour le plus court à 39 minutes pour le plus long.

Le Questionnaire contenait des questions ouvertes et de relances avec des silences pour permettre au mieux la libre expression du participant et ainsi obtenir le plus possible d'informations exploitables.

6) Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels Microsoft office Word 2021 et Excel 2021. Chaque entretien a été retranscrit et enregistré sous Word. Un exemple d'entretien figure en

annexe 3. Le chercheur a ensuite lu chaque entretien, relever les mots clés, les verbatims correspondants aux différents thèmes abordés par les participants.

7) Ethique

L'accord oral des participants a été recueilli avant et après l'entretien. Chacun a reçu l'information selon laquelle les données enregistrées étaient anonymisées et qu'ils pouvaient, à tout moment, se retirer de l'étude. Par ailleurs la lettre d'information leur a été fourni en version papier avec les différentes informations et coordonnées.

L'avis du CPP (Comité de Protection des Personnes) n'était pas requis, car l'étude ne relevait pas d'intervention sur la personne mais rentrait « dans le champ de l'évaluation des pratiques professionnelles » et ne visait pas « à développer les connaissances biologiques ou médicales au sens de l'article L.1121-1 qui définit les recherches impliquant la personne humaine ». Par conséquent seule l'autorisation du DPO (Direction données personnelles) à été requise pour la validation du questionnaire d'entretien. (Annexe 1)

III. Résultats

Caractéristiques des professionnels interrogés

Dix professionnels de santé ont participé à l'étude (7 femmes et 3 hommes) âgés de trente-et-un à soixante-deux ans (moyenne d'âge 40,6 ans). Les caractéristiques des professionnels interrogés sont reprises dans le tableau ci-dessous.

| CODE* | AGE | SEXE | PROFESSION | TYPE D'EXERCICE | DUREE ENTRETIEN |
|-------|--------|-------|---------------------|-----------------|-----------------|
| PS 1 | 42 ans | Homme | Pharmacien | Salarié | 18 minutes |
| PS 2 | 38 ans | Homme | Infirmier | Libéral | 23 minutes |
| PS 3 | 41 ans | Femme | Infirmière | Libérale | 22 minutes |
| PS 4 | 36 ans | Femme | Gestionnaire de cas | Salariée | 22 minutes |
| PS 5 | 35 ans | Femme | Infirmière | Libérale | 27 minutes |
| PS 6 | 31 ans | Femme | Infirmière | Libérale | 21 minutes |
| PS 7 | 32 ans | Femme | Infirmière SNP | Salariée | 21 minutes |

| | | | | | |
|--------------|--------|-------|-----------------------------|----------|------------|
| PS 8 | 35 ans | Femme | Infirmière en prévention | Salariée | 17 minutes |
| PS 9 | 62 ans | Homme | Médecin | Salarié | 39 minutes |
| PS 10 | 54 ans | Femme | Assistante sociale | Salarié | 28 minutes |

* Le code entretien a été obtenu en numérotant les interviews par ordre de réalisation précédé par les lettres PS pour représenter les professionnels de santé.

IV. Analyse

L'analyse des dix entretiens semi-directifs a laissé émerger quatre thématiques qui sont présentées ci-dessous avec leurs sous-thèmes.

1) Vulnérabilité

a) Particularités culturelles

Bon nombre des professionnels de santé interrogés soulignent que la particularité de la population âgée du territoire est dépendante du lieu de vie.

PS 2 : « Ils ont souvent une culture soit minière, soit ouvrière. Ils refusent de profiter des soins tels qu'on pourrait les proposer ».

Cette culture ouvrière entraîne un retard dans la prise en charge

PS2 : « Ils ont peur de déranger, ou pour eux, rien n'est grave ! Ça ira mieux demain ! Ils ne sont pas proche de leur santé on va dire ».

Or, le fait d'avoir une population âgée ayant travaillé dans les mines ne semble pas pourvoyeur de bonne santé.

PS 8 : « On est une région qui travaille plus, et où le travail a toujours été plus rude [...] ce sont des personnes qui sont en moins bonnes conditions que les personnes du sud ».

b) Isolement

L'isolement est revenu à plusieurs reprises. Il est interprété comme une source de complexité dans la prise en charge de cette population

PS 10 : « La complexité, pour moi, c'est l'isolement de la personne ».

Cet isolement est parfois source d'incompréhension pour les professionnels.

PS 10 : « Je m'occupe d'une dame [...] c'est quelqu'un bien d'inséré, c'est quelqu'un qui était institutrice [...]. Elle vit dans un immeuble, mais ne parle jamais à ses voisins, alors pourquoi ? Parfois je me demande comment arriver à 85 ans et se retrouver isolée comme ça. ».

Mais il est également source de difficultés pour une prise en charge optimale de la personne. En effet, plusieurs professionnels relatent le fait que ce soit complexe car les aidants ont un rôle pivot à jouer.

PS 4 : « C'est surtout complexe quand il n'y a pas d'aidants en capacité de coordonner [...] le maintien à domicile de la personne âgée ».

PS 7 : « Après c'est difficile parce qu'ils sont en détresse et ils sont seuls [...] il y a le fait qu'ils soient seuls et isolés ».

c) Accès aux soins – déplacements

L'isolement est une source de vulnérabilité pour les personnes âgées, mais pour les personnes interrogées d'autres éléments sont à prendre en compte. Parmi eux, nous pouvons aborder les difficultés de déplacements.

PS 1 : Celle qui a le plus de difficultés notamment pour se déplacer [...] et le premier problème est déjà la locomotion qui est à mon avis le premier frein ».

En effet, sans moyen de locomotion, avec des difficultés de déplacement cette population se retrouve en retrait du soin.

PS 7 : « Ce sont des gens qui ne peuvent pas se déplacer, qui sont seuls, qui n'ont pas les moyens de se rendre au cabinet donc c'est difficile ».

Outre, le fait de ne pouvoir se rendre aisément en consultation, les interviewés soulignent une difficulté dans la lisibilité de l'offre de soin.

Cette difficulté touche tant les patients :

PS 7 : « Ce qui est compliqué aussi c'est de leur expliquer tout le cheminement, tout le processus et ce qui est possible de faire pour eux parce qu'ils n'en ont pas connaissance et ils ne savent pas vers qui se tourner ».

Que les soignants eux même :

PS7 : « Même nous en tant que professionnels de santé c'est par forcément très lisible et parfois on a des hésitations, on ne sait pas qui est le mieux habilité à répondre à leur demande, donc ça c'est parfois complexe ».

PS 3 : « Moi personnellement, j'ai pas beaucoup de notions de toutes les aides qui peuvent être mises en place et puis ben du coup tu te retrouves au pied du mur ».

Comment guider, accompagner au mieux les patients si l'on ne sait pas nous-même quel partenaire contacter pour débloquer une situation complexe ?

PS 6 : « J'ai aucune notion, enfin je veux dire, euh,[..]t'apprends sur le tas,[...]tu es un peu livrée à toi-même, [..]sauf quand tu as une vieille infirmière qui a de la bouteille avec toi, du coup tu fais allo ! ».

Ce manque de connaissance des aides possibles met en difficulté tant les patients, que les aidants et les professionnels gravitant autour de ces premiers.

PS 6 : « Il y a une perte chance derrière parce que tu ne peux pas orienter ton patient [..]c'est compliqué, [..]si en plus on n'a pas les clefs nécessaires ».

Enfin, lors de l'un des entretiens, il a été soulevé que la prise des rendez vous est problématique elle aussi. A l'heure où le numérique fait partie intégrante de nos habitudes de vie, il semble

être un frein et une source supplémentaire de vulnérabilité pour nos aînés de part la précarité numérique qu'ils rencontrent.

PS 1 : « La prise de rendez vous aussi. C'est pas forcément évident non plus. [...] L'état se resserre sur eux. Ils sont tout de suite exclus de cette prise de rendez-vous ».

d) Polypathologie

Une autre source de vulnérabilité soulignée est le fait que la population âgée est souvent porteuse de différentes pathologies.

PS 3 : « Les caractéristiques [...], je dirais isolées, polypathologiques, très dépendantes ».

Cette polypathologie est expliquée comme suit par l'un des participant de l'étude :

PS 5 : « Des pathologies chroniques souvent croisées, avec une pathologie cardiaque, un diabète, des troubles cognitifs, une obésité, des problèmes cardio-vasculaires, une prise en charge sociale ».

Ainsi, cette pluralité ne se concentre pas uniquement sur les besoins médicaux mais également sur les besoins sociaux.

PS 5 : « Donc pour moi, la prise en charge doit être globale parce que [...] ce sont des patients complexes ».

Cette prise en charge globale induit la nécessité d'un parcours de soins pluriprofessionnel propre à chaque personne.

2) Complexité des parcours de soins

a) Population vieillissante

Lorsque que l'on demande aux professionnels ce qui selon eux caractérise la population âgée du territoire, plusieurs d'entre eux répondent d'emblée qu'ils sont de plus en plus nombreux.

PS 4 : « On est quand même sur un territoire qui est vieillissant ».

PS 9 : « Le nombre ! Mais tant mieux hein, on va pas s'en plaindre hein que les gens vivent mieux et qu'ils restent plus longtemps à domicile. »

Le vieillissement de la population s'accroît, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses, on vit en effet beaucoup plus longtemps qu'avant.

PS 9 : « Moi quand j'ai commencé médecine, les vieillards c'était des gens de 70ans, 75 ans c'était des vieillards, et c'est plus du tout le cas. Le curseur s'est bien déplacé et c'est une bonne chose ».

Ce curseur qui se déplace sans cesse comme l'explique l'un des professionnels est notamment la conséquence de l'amélioration du système de santé, de la qualité de vie.

PS9 : « C'est qu'il y a quand même un sacré progrès de réalisé par la médecine, par les gens qui s'occupent d'eux au domicile et puis tout le reste que la société peut apporter en termes de nutrition, accès aux soins, l'accès à la nourriture ».

Ce vieillissement de la population du territoire entraîne un nombre croissant de besoin en soins, notamment médicaux.

b) Manque de médecins généralistes

Face à cette population vieillissante souvent polypathologique, le recours aux soins et à un médecin est fréquent. Or les professionnels interrogés relatent qu'il n'est pas toujours aisé d'avoir accès à la médecine générale.

PS 2 : « Difficulté aussi par le manque de spécialistes et de médecins généralistes parce qu'ils sont censés être le relai du spécialiste ».

Ce manque de médecin met les professionnels en difficulté dans leurs prises en charge.

PS 5 : « Les difficultés principales que je peux rencontrer c'est quand il n'y a pas de médecin généraliste, un médecin généraliste non disponible, qui n'est pas accès sur l'interdisciplinarité ».

Une difficulté d'autant plus grande dès lors que les médecins ne se déplacent plus au domicile.

PS 10 : « Il y a de plus en plus de médecins qui ne passent plus du tout à domicile et ça c'est une vraie galère ».

Le souci étant que ce manque, associé aux critères de vulnérabilités cités précédemment par les professionnels, ne permet pas d'obtenir les informations utiles à la bonne prise en soin.

PS3 : « Moins en moins de médecins qui viennent à domicile [...] se serait plus simple que les médecins se déplacent pour voir, justement, la complexité de leur maintien à domicile ».

En parallèle, l'un des professionnels attire notre attention sur le fait que la difficulté à trouver un médecin généraliste va s'accroître davantage.

PS 5 : « Après, on va avoir le fait d'avoir des médecins généralistes vieillissants qui partent en retraite fait qu'on a une population vieillissante qui se retrouve sans médecin généraliste ».

c) Rupture de parcours

Dès lors que le médecin généraliste est absent du parcours de soin du patient les professionnels tentent par tous les moyens d'éviter les ruptures.

PS 7 : « Quand il n'y a pas de médecin généraliste, j'ai une situation avec une petite dame qui a souhaité partir à domicile, qui était en fin de vie [...] et qui ne voulait pas être hospitalisée et il a fallu aller mendier les ordonnances chez les oncologues qui ne la suivaient plus parce qu'elle avait abandonné les soins ».

Mais, cela ne se cantonne pas qu'au manque de médecins généralistes. En effet, les médecins spécialistes sont également difficiles à atteindre, souvent peu nombreux, avec des délais de rendez-vous très long... trop long.

PS 7 : « J'ai en tête une patiente pour qui une consultation dermato était nécessaire parce qu'elle avait [...] quelque chose qui s'apparentait à un carcinome. [...] Et pour trouver un rendez-vous chez un dermatologue [...] ça a pris trois mois ».

Le souci étant dans cette situation la perte de chance pour la patiente qui a refusé la prise en soin trop tardive selon elle.

PS 7 : « Et finalement la patiente, quand on a trouvé le rendez-vous, elle ne voulait plus y aller parce que ça avait pris trop longtemps et qu'elle s'est bien que ben c'est tout ».

Face à ce constat, nous prenons toute la mesure de la difficulté que rencontrent les professionnels pour entrer en contact entre eux et éviter les ruptures de parcours.

3) Coordination

a) Manque de coordination

Les personnes interrogées s'accordent à dire qu'il est nécessaire de coordonner les acteurs pour avoir un parcours de soin efficient,

PS 5 : « Pour moi, il va falloir aussi coordonner. J'entends par là la complexité de la coordination ».

D'autant que les intervenants sont nombreux autour de la personne âgée.

PS 1 : « Ça représente le passage de nombreux spécialistes. Que ce soit pneumo, diabéto, cardio, neuro [...] Donc c'est le fait qu'il y ait beaucoup d'intervenants et puis la complexité de réussir à bidouiller tout le monde au milieu de tout ça quoi ».

Pour les professionnels, la communication entre les partenaires semble compliquée.

PS 10 : « Et après c'est la cohésion des partenaires qui tournent autour. Là aussi il y aurait des choses à dire ! »

PS 3 : « Je dirais déjà la complexité d'interagir avec d'autres professionnels de santé ».

Ce manque de coordination entraîne de l'incompréhension des missions, difficultés que l'autre peut aussi rencontrer.

PS 6 : « Je trouve que le relai infirmier libéral/médecin traitant [...] c'est beaucoup : tiens occupe toi en et débrouille toi ! Fin je sais pas, c'est mon ressenti ».

Il apparaît comme nécessaire que quelqu'un soit en charge de la coordination.

b) Qui coordonne ?

Nous avons tenu à demander aux différents professionnels interrogés quels étaient, selon eux, les acteurs en charge de cette coordination. Trois sont ainsi ressortis, et sont classés ensuite par ordre d'implication.

i) Infirmiers libéraux

Les infirmiers libéraux sont cités comme étant les acteurs principaux de la coordination par leurs pairs. Il nous semble important de prendre en compte que six et dix personnes interrogées étaient des infirmiers exerçant soit en libéral, soit en salariat.

PS 5 : « Ah ben clairement c'est les infirmières. Pour moi, c'est l'infirmière qui porte cette coordination ».

Aux yeux des interviewés les infirmiers libéraux prennent en charge une partie de la coordination du parcours. Le passage régulier à domicile de ces derniers semble facilitateur.

PS 2 : « A mon sens il faut quelqu'un qui passe régulièrement auprès du patient donc pour l'instant ça reste l'infirmier libéral ».

PS 1 : « Pour l'instant, je dirais l'infirmière. Elle a le rôle central, elle fait le lien parce qu'elle passe à la pharmacie, on peut échanger, être complémentaire [...] Donc je dirais que celle qui a le plus le rôle de coordination c'est elle ».

Mais les compétences de l'infirmière, et le temps qu'elle peut y consacrer ne lui permettent pas d'assurer la coordination à elle seule.

PS 7 : « Mais l'infirmière libérale, elle a ses limites ».

PS 6 : « Il y a ce besoin-là, le besoin du relai en fait parce que ton infirmière elle ne peut pas être en soins et appeler [...] donc a un moment il faudrait faire quelque chose ».

ii) MAIA

Deux des dix interrogés ont placé la MAIA comme coordinateur de parcours notamment dans les situations complexes.

PS 10 : « Actuellement, je dirais la MAIA. [...] La gestion de cas, en cas de situations vraiment complexes. Ce serait celle qui pourrait coordonner vraiment tous les intervenants ».

La MAIA prend en charge la coordination des parcours dès qu'elles sont complexes. Les gestionnaires de cas ont des connaissances multiples dans les champs du médical, social, et médico-social.

PS 10 : « Ils ont le regard tant social, médical que le regard centré sur la personne. Ils peuvent faire le lien avec tous les intervenants et c'est ce qu'il faut : du lien et pas de chaque intervenante dans son coin ».

Le souci principal des services de la MAIA étant qu'ils peuvent porter la coordination des parcours des personnes âgées dont ils ont la charge, or toutes les personnes n'ont pas recours à eux.

PS 5 : « Il y a les gestionnaires de cas de MAIA qui, quand ils interviennent, peuvent porter la coordination ».

iii) Médecin généraliste

Deux des interrogés ont placé le médecin généraliste au cœur de la coordination du parcours de soins.

PS 9 : « C'est un point essentiel parce qu'ils connaissent la personne depuis longtemps bien souvent et puis ils savent les guider, les envoyer vers les bonnes personnes au niveau sanitaire ».

Pour le second les propos sont plus nuancés :

PS 3 : « Souvent c'est le médecin qui coordonne. En tout cas pour mes patients à moi. Mais en réalité il ne fait pas grand-chose donc c'est nous qui prenons le relai ».

Chaque intervenant a un avis différent ce qui ne permet pas de trouver de consensus. Le médecin est référencé comme coordinateur mais ce n'est pas le ressenti des professionnels qui gravitent autour de lui.

PS 4 : « Le médecin traitant, il est présent mais il ne coordonne pas ».

Il semble y avoir une certaine incompréhension de la part des différents acteurs sur la part que prend le médecin.

PS 5 : « Le médecin généraliste doit normalement être le coordinateur et il ne le fait pas soit parce qu'il n'a pas le temps, ou alors parce qu'il n'est pas rémunéré ».

Ainsi, les attentes semblent différer en fonction des professionnels et de leur définition propre de ce qu'est la coordination.

c) Les CPTS dans tout cela ?

Les CPTS sont récentes, et parfois encore méconnues de certains professionnels de santé.

PS 10 : « C'est un recours. Je ne les connais pas assez car c'est encore récent ».

Mais pour ceux ayant connaissance de la CPTS, et de ses missions, elle semble facilitatrice dans les prises en soins.

PS 3 : « C'est intéressant dans le sens où on sait vers qui se tourner, à qui s'adresser, vers qui envoyer les patients ».

Le fait de savoir vers qui envoyer les patients, communiquer plus facilement semble ainsi important pour les professionnels.

PS 5 : « Les professionnels de santé qui exercent en CPTS sont un peu plus armés je pense, grâce à la culture que peut apporter la CPTS ».

Cette organisation est au bénéfice des patients.

PS 9 : « C'est une très bonne opportunité et puis surtout ça évite le passage aux urgences. Les urgences ont autre chose à faire que de la médecine générale ».

Pour autant, aucun des professionnels interrogés ne positionne la CPTS comme réel coordinateur de parcours. Elle est un moyen pour eux de faciliter les parcours, de les organiser et les rendre plus fluide.

4) Infirmiers de pratique avancée

Le métier d'infirmier en pratique avancée est récent, aucun IPA n'est actuellement en exercice au sein de la CPTS Grand Douai. Il nous semblait important de connaître les représentations que peuvent avoir les professionnels de ce territoire, et leurs attentes.

a) Missions des IPA

Les professionnels ont chacun leur vision des missions des infirmiers de pratique avancée. Elle diverge en fonction de leur activité.

PS 8 : « Alors pour moi ça va être des infirmières qui vont être capables de faire certaines prescriptions médicales, et qui peuvent faire certains diagnostics ».

PS 1 : « C'est une avancée majeure, c'est qu'ils vont pouvoir faire des consultations [..]. Ça va nous aider ».

Bien qu'aucun IPA ne soit actuellement en exercice, les acteurs de terrains semblent connaître les missions qui leurs semblent prioritaires.

D'autres, parallèlement sont plus exhaustifs, démontrant un intérêt certain.

PS 4 : « Les IPA vont faire de la coordination de parcours, du suivi médical, faciliter les échanges avec le médecin traitant, intervenir chez des patients avec des pathologies chroniques pour des renouvellements de traitements, aider pour les rendez-vous spécialistes, donner un regard un peu médical sur la situation et les retours des examens, et aussi organisation des concertations ».

Ces éléments sont identifiés comme une plus-value pour le patient, et les soignants.

PS 5 : « Elle est experte sur la personne âgée mais aussi experte sur ce qui peut être mis en place, ce qui peut ajouter une plus-value dans le parcours de santé ».

b) Rôle dans les parcours

L'IPA, de par ses compétences, a toute sa place dans le parcours de soin du patient.

PS 10 : « Pour moi c'est quelqu'un qui travaille fin je suppose que le médecin qui accepte de travailler avec une IPA, ça devrait permettre de faciliter le parcours et d'avoir un contact plus privilégié avec l'infirmière qu'avec lui ».

La coordination des parcours fait ainsi partie prenante de ses prérogatives, et en ce sens l'IPA est attendu par les professionnels du territoire.

PS 5 : « Pour moi, l'IPA c'est une infirmière qui a fait des années supplémentaires d'études, qui a acquis, euh, qui avait déjà l'expérience professionnelle, et

l'expertise professionnelle mais qui a acquis des nouvelles compétences pour améliorer les prises en charge de patients à domicile et ça va passer par la coordination ».

PS 9 : « Ce sera un repère pour le patient, ce sera un référent. Ce sera bien plus facile pour lui à vivre sa pathologie ».

c) Attentes du terrain

Les professionnels du territoire ont leurs propres attentes et vision du travail coordonné que pourrait mener l'IPA.

PS 3 : « Ben en fait, moi ce que j'aimerais... je ne sais pas si c'est comme ça que ça va fonctionner , c'est peut-être un peu une utopie mais j'aimerais que l'IPA vienne et prenne le temps dans les premières consultations pour évaluer les besoins des patients, pour venir voir comment ils vivent, pour pouvoir évaluer ce dont ils ont besoin sur tous les plans et nous permettre de nous orienter vers les structures, des intervenants qui pourront nous aider à mieux prendre en charge les patients ».

Les professionnels ne voient pas négativement l'arrivée des infirmiers de pratique avancée et expriment l'envie de les voir sur le terrain.

PS 6 : « Elles pourraient nous appeler par exemple dans la prise en charge d'un patient [...] permettre un échange beaucoup plus simple pour le patient entre médecin, infirmier IPA et infirmier libéral ».

L'échange leur semble d'ores et déjà plus simple à envisager avec un IPA.

PS 10 : « On pourrait partager plus de choses avec l'IPA. [...] Je pourrais poser plus facilement la question à une IPA pour comprendre la situation. Je ne peux pas appeler le médecin pour savoir, mais là par exemple, je pense que j'aurais plus de facilité à appeler l'IPA, à échanger avec elle ».

Outre, l'attente de coordination des parcours et les échanges, les professionnels de santé ont relevé un problème majeur dans leurs prises en charge : l'absence de médecin traitant et nous ont fait part de leurs attentes à ce sujet :

PS 5 : « L'IPA peut prendre le temps d'aller chez le patient, parce que on disait que le médecin n'avait pas forcément le temps, ou si il n'y en avait pas du tout, alors L'IPA, elle pourrait très bien prendre en charge un patient qui n'a pas de médecin généraliste ».

Les professionnels font ainsi remonter un souci majeur dans leurs prises en charge, et également une méconnaissance du décret de compétences IPA qui stipule que l'IPA travaille en collaboration avec le médecin généraliste qui lui adresse des patients pour le suivi.

PS 7 : « Elles vont pouvoir faire relai entre le médecin traitant quand il y en a un, le médecin référent quand il n'y a pas de médecin traitant parce qu'il faut forcément qu'il y ait un médecin, parce qu'elles travaillent en partenariat avec un médecin ».

L'IPA serait un relai, une aide complémentaire, un partenaire à part entière.

PS 8 : « On pourrait travailler en collaboration. Par exemple la première fois on irait ensemble au domicile pour évaluer, faire connaître la personne et après ce serait de la collaboration. Pas plus elle que nous. Nous on ferait je pense plus le travail infirmier pur et l'infirmière en pratique avancée plus ses choses que elle, elle peut faire en délégation ».

V. Discussion

1) Résultats de l'étude

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude était d'analyser les difficultés que les professionnels intervenants auprès des personnes âgées rencontrent en cas de rupture de parcours de soins, de faire ressortir la nécessité d'un parcours coordonné pour chaque patient, et la nécessité d'un professionnel de santé référent.

Au décours des dix entretiens réalisés différentes thématiques ont été abordées par les professionnels de santé, et étaient partagées par tous. Ces principales thématiques incluaient notamment la vulnérabilité des personnes âgées du fait de leur isolement, la difficulté d'accès aux soins, la complexité des parcours de soins de part un manque de coordination. Par ailleurs, l'une des questions d'entretien portait sur la place de l'IPA dans cette coordination et a révélé l'importance des IPA en devenir dans cette prise en charge pluriprofessionnelle.

a) Accès aux soins :

i) Isolement et précarité numérique

L'isolement de la personne âgée est connu de tous et fait l'objet de nombreuses études. Le gouvernement, et plus précisément le ministère des solidarités en fait part dans son rapport : Concertation Grand âge et autonomie Grand âge (LIBAUT, 2019).

De nombreuses actions sont menées par le gouvernement, le département ou les associations, mais les personnes âgées font souvent face à un manque de visibilité. Il en est de même pour les professionnels intervenants auprès de ce public qui exprime le fait de se sentir démunis, dépassés, et ne pas savoir les orienter. Le principal souci semble être ici le manque d'information tant des usagers, que des professionnels de santé.

Sur le territoire du Douaisis, le Centre Local d'Information et de coordination (CLIC) en partenariat avec le département a mis en place sur son site internet le Géronto-guide. (Coordination geronto-guide, 2020). Il s'agit de l'annuaire du Douaisis à destination des personnes âgées de 60 ans et plus, et de leurs aidants, mais il peut tout autant être utile aux professionnels de santé du territoire. Il répertorie les aides à destination des personnes âgées tant pour le maintien à domicile, les aides sociales, que pour rompre l'isolement avec le Centre Communal d'Action Social (CCAS), les passages de bénévoles à domicile.

Par ailleurs, l'un des points relevé par les professionnels est la difficulté dans la prise des rendez-vous. En effet, le numérique fait partie intégrante de nos vies, de notre santé. Nous y avons recours à maintes reprises pour notamment trouver un professionnel de santé, des coordonnées, ou même prendre rendez-vous en ligne or cet aspect n'est pas des plus évident à réaliser pour les personnes âgées. Si ces dernières ont la chance d'être bien entourés, c'est bien souvent la famille qui vient en relai, mais il n'en est pas de même pour celles qui sont isolées. Alors la fracture numérique se fait sentir, creusant un peu plus le fossé de l'isolement.

« Les TIC, mal adaptées ou mal proposées, risquent d'accentuer l'exclusion sociale des PA et la « fracture numérique » alors même qu'elles laissent entrevoir de formidables opportunités pour l'amélioration de leur qualité de vie. » (Bobillier-Chaumon, 2009)

Il nous paraît donc essentiel que chacun puisse avoir accès à cet outil numérique et qu'il puisse être formé à son utilisation. En ce sens, la CPTS Grand Douai accompagne les usagers de son territoire sur la mise en place de la Commission Territoriale d'Usagers. Les usagers ainsi réunis en association vont pouvoir faire part remonter les réalités de terrain, les difficultés et aider

leurs pairs dans différents domaines. L'un des domaines sur lesquels les usagers vont travailler est l'accès au numérique. Un professionnel de santé du territoire est nommé comme référent afin de les guider et les accompagner au mieux dans leurs actions futures dont la formation à l'utilisation des plateformes de rendez-vous, et l'utilisation de l'espace numérique en santé.

i) Démographie médicale

Les questions touchant au problème de la démographie médicale sont vastes.

Afin de lutter contre les inégalités territoriales et les déserts médicaux, le ministère de la Santé a créé en 2012 le pacte territoire santé, projet contenant une douzaine de propositions, dont les objectifs étaient de mieux valoriser l'exercice médical dans les zones sous-dotées et d'inciter les jeunes médecins à s'y installer (TOURAINÉ, 2014). Hormis les mesures d'aides financières à l'installation dans territoires sous-dotés (Contrat d'Engagement de Service Public et Praticiens Territoriaux de Médecine Générale), l'accent est surtout mis sur la formation. (Martin, 2016)

Le nombre de médecins généraliste pose problème dans de nombreux territoire, et celui de la CPTS Grand Douai n'est pas épargné par le phénomène.

Le numéris clausus longtemps insuffisant explique en partie cela, mais ce n'est pas la seule explication. En effet, « le manque de candidats est aussi en partie dû aux aspirations des jeunes générations de médecins à exercer leur métier autrement. Notamment, en ne négligeant pas leur qualité de vie professionnelle et personnelle ». (beguin, 2016)

Il est difficile dans ces conditions de trouver de jeunes médecins, désireux de s'installer dans des territoires sous-denses.

Cette réalité est pourvoyeuse de difficulté d'accès aux soins pour cette population âgée qui peine à retrouver un médecin généraliste, dès lors que le leur est parti en retraite. Lorsque que les personnes âgées ont un médecin traitant, elles peuvent être malgré cela en difficulté pour se rendre au cabinet médical, parfois trop éloigné. Les médecins trop peu nombreux, se déplacent de moins en moins au domicile, et voient leurs délais de rendez-vous allongés, créant de la difficulté d'accès aux soins.

ii) Vulnérabilité

Le terme de vulnérabilité trouve son origine dans le latin, et plus précisément du nom commun « vulnu » qui signifie « la blessure », et du verbe « vulneare » qui signifie « blesser ».

Le concept de vulnérabilité évolue depuis le XXème siècle et « s'étend dans la littérature médicale, essentiellement pédiatrique, psychiatrique et gériatrique avec l'objectif d'identifier le paradigme commun aux sciences de la vie et de l'homme et ainsi distinguer des pathologies ». (Monique Formarier, 2012)

Dans le domaine médical, la vulnérabilité est ainsi identifiée comme « *le risque de développer ou d'aggraver des incapacités ; le risque étant lié à son âge, à son état physique ou mental. La notion de vulnérabilité rend compte d'un état instable qui risque de se dégrader* ». (Monique Formarier, 2012)

La vulnérabilité est ainsi inhérente à l'individu, et aux stades de son existence tels que peuvent l'être : la naissance, la grossesse, l'enfance, l'adolescence ou la vieillesse qui sont des périodes propices. Elle peut donc être liée à l'âge, à l'état de l'individu et « *être induite par un changement dans sa situation de santé, [...] au manque de connaissance et de repère se surajoute un sentiment de ne plus savoir face. La vulnérabilité est d'autant plus forte que l'individu ne parvient pas à identifier ses propres besoins face aux nouvelles prescriptions qui lui sont données* ». (Monique Formarier, 2012)

Une personne âgée peut être, à la lumière de ces informations, considérée comme vulnérable du fait de son âge, sa capacité d'adaptation à son environnement, son état de santé par exemple. Avec l'avancée en âge, la vulnérabilité devient différente : le corps parfois fatigué révèle des pathologies sous-jacentes et la nécessité d'être accompagné par différents professionnels.

b) Complexité des parcours de soins

Les professionnels nous ont fait part de la complexité des parcours de soins. Les patients âgés, souvent polypathologiques (Rezone, 2022), ont recours à différents acteurs médicaux, sociaux et/ou médico-sociaux

i) Polypathologie

Walter Hesbeen définit la maladie comme étant une expérience dans l'histoire de vie d'un individu : « La maladie, quelle qu'elle soit, ne sera pas vécue de la même façon par chacun car

elle s'inscrit dans une situation de vie unique animée par un désir de vivre, lui aussi unique. C'est que la maladie a beau être objectivée dans le corps que l'on a, elle ne touche en fin de compte, que le corps que l'on est ». (psuik & marchal, 2010)

La maladie s'exprime différemment d'un individu à un autre, et sera vécue de manière distincte en fonction de notre parcours de vie, de notre histoire individuelle.

Dans l'article R. 322-6 du Code de la sécurité sociale, créé par décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 publié au JO du 30 décembre 2008, le terme polypathologie est employé lorsqu' « *un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois* ». (Ministre, 2021)

Cette définition de la polypathologie ne prend en compte que les affections dont peuvent être atteints les individus sans tenir compte d'un nombre précis, de leur sévérité, de l'impact sur la qualité de vie.

Nous pouvons donc considérer qu'un individu touché par le diabète et une affection respiratoire est considéré comme polypathologique. Cette Polypathologie est plurielle, elle s'exprime différemment d'un individu à l'autre, mais engendre chez chacun un recours aux soins plus fréquent, un nombre d'intervenants plus conséquent.

ii) Pluriprofessionnalité et complexité des parcours de soins

« La complexité du parcours de la personne âgée tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au cloisonnement de leurs interventions. » (ANAP, 2011)

Cette multiplicité d'acteur est connue de tous, et un des facteurs majeurs de la complexité dans la prise en charge. En effet, il est compliqué d'articuler tant de professionnels autour du patient, chacun à un avis différent sur la coordination du parcours et son garant éventuel. Mais tous s'accordent sur le fait que sans cette coordination, nous n'obtenons pas un parcours de soins efficient pour la personne.

Le gouvernement, dans sa loi de modernisation du système de santé, exprime la nécessité d'investir sur les « soins primaires » dits aussi de proximité ou soins de 1er recours. Nous observons depuis plusieurs années un virage ambulatoire des soins représentant ainsi le passage « *d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins*

primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours ». (solidarités-santé.gouv, 2022)

Les professionnels en soins primaires sont ainsi considérés comme les garants du parcours de soins, la priorité étant donnée aux médecins dans la littérature à contrario de ce qui est obtenu dans l'analyse des résultats.

En effet, les principales missions du médecin traitant sont les suivantes : assurer un 1er niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical, orienter dans le parcours de soins coordonnés (Service public, 2021)

Or, le nombre de patients sans médecin traitant ne cesse d'augmenter, conséquence du vieillissement et du départ en retraite de bon nombre des médecins généralistes. Ainsi, le gouvernement « *incite à revoir les pratiques des professionnels, leur mode de relation, leur organisation. [...] L'exercice coordonné et pluri-professionnel – associant médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinés, pédicures-podologues... trouve un terrain privilégié au sein de structures* » coordonnées. (solidarités-santé.gouv, 2022)

Le médecin n'est ainsi pas le seul à qui incombe la tâche de la coordination du parcours. Celle-ci peut être prise en charge avec l'aide d'un autre professionnel de santé qui devra être en lien avec le médecin traitant.

Nous pensons qu'ensemble (médecin et second référent du parcours), il est plus aisé de suivre le patient. Cela offre la possibilité aux professionnels du sanitaire, du social et du médico-social de pouvoir se tourner vers l'un ou l'autre en fonction des demandes, de l'urgence ressentie, de la disponibilité de l'interlocuteur. L'enjeu étant que les référents de ce parcours communiquent régulièrement pour assurer un parcours coordonné de qualité permettant ainsi de, peut-être, libérer du temps médical pour que les patients actuellement sans médecin traitant puisse y avoir accès.

c) Coordination et pratique avancée

L'infirmier en pratique avancée est un métier qui a fait ses preuves depuis de nombreuses années dans d'autres pays tel que le Canada, mais qui est récent en France. Issu de la loi de modernisation de notre système de santé les infirmiers en pratique avancée vont devoir faire leurs preuves et le terrain, trouver leur place dans ces parcours déjà complexes et parfois fragiles.

Le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée identifie l'IPA comme un second référent potentiel du parcours de soins : « *Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.* » (Buzyn, 2018)

Ces éléments, mis à la lumière des entretiens réalisés, nous permettent d'entrevoir une coordination IPA/médecin généraliste sur les parcours complexes des personnes âgées avec une facilité d'échanges des paramédicaux, et représentants du pan social avec les IPA qui leurs semblent plus facilement accessibles.

2) Autre Piste, Proposition

Tous ces éléments montrent l'importance du suivi du patient, de la coordination et la mise en place d'un parcours de soins. Le médecin traitant est le pivot de ce parcours de soins, mais en l'absence de médecin traitant, des patients se retrouvent éloignés du soin. Cet éloignement est d'autant plus impactant chez les personnes âgées porteuses de pathologies chroniques.

Selon le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018, la pratique avancée recouvre des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. (Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018)

L'IPA suit des patients qui lui sont confiés par un médecin, avec l'accord des premiers. Il voit régulièrement les patients pour le suivi de leurs pathologies, discute avec les différents intervenants de chaque cas lors des temps d'échange, de coordination et de concertation.

L'IPA revient vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences sont atteintes ou dans le cas d'une dégradation de l'état de santé du patient. Il fait le lien en étant

complémentaire avec les autres acteurs du champ sanitaire et social, en s'assurant que le patient soit au centre de sa prise en charge et de l'exercice coordonné, sa prise en charge devient donc holistique.

Ainsi, l'IPA exerçant au sein d'une CPTS pourrait permettre la prise en soins de patients âgés porteurs de pathologies chroniques en étant en lien avec un médecin dit référent.

De ce constat est né un projet d'expérimentation avec le département du Nord.

a) Description du projet d'expérimentation :

Les patients âgés souffrent le plus souvent d'une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui entraîne de la dépendance, et un recours aux soins plus fréquent. Les personnes âgées polypathologiques nécessitent une prise en charge globale, coordonnée et pluridisciplinaire. De nombreux patients sont actuellement pris en charge par les services du département sans médecin traitant. Leur suivi est donc rompu, leur prise en soin non-optimale voire inexistante.

Il nous semble donc, dans ce contexte, primordial de mettre à profit les compétences des médecins et des IPA du territoire de la CPTS Grand Douai pour améliorer le suivi de ces patients, et prévenir les décompensations et la perte d'autonomie.

Le projet consiste en la mise en place d'un suivi de proximité coordonné entre le médecin référent et l'infirmier en pratique avancée du secteur pour les patients âgés n'ayant pour l'heure aucun suivi avec un médecin traitant.

Le médecin référent ne se déplacerait pas au domicile du patient tous les mois voire tous les 2 mois mais une à deux fois par an. Dans l'intervalle, c'est l'infirmier en pratique avancée du patient qui assure un suivi mensuel, complète le dossier médical et transmet aux médecins qui décident de la procédure à suivre. Il participe ainsi activement à la continuité des soins et peut intervenir en cas de nécessité.

Trois situations possibles :

- Pas de Changement de la situation médico-socio-économique du patient, dans ce cas, l'infirmier en pratique avancée assure le suivi, complète le dossier médical et transmet au médecin référent.
- Modification non grave à court terme mais nécessitant Un contact de coordination avec le médecin référent qui peut être alors amené à adapter sa prise en charge sans nécessité de déplacement au domicile du patient.

- Dégradation de la situation nécessitant un passage à domicile du médecin traitant.

En tout état de cause l'IPA agit dans le strict respect de son décret de compétence et oriente le patient vers le médecin référent en cas de dégradation de l'état de santé nécessitant une coordination médicale.

Une visite initiale avec le médecin référent, l'infirmier en pratique avancée, les aidants et éventuellement les aides à domicile permettra de compléter une fiche d'évaluation et de définir le plan de suivi du patient pour l'année.

b) Objectifs du projet

Ce projet a plusieurs objectifs :

- **Améliorer l'accessibilité aux soins** des personnes âgées de plus de 70 ans n'ayant pas de médecin traitant. Le dispositif va permettre un meilleur suivi des patients, déjà pris en charge par les services du département, qui rencontrent actuellement des difficultés de prise en charge médicale.
- **Améliorer la qualité des soins** grâce à :
 - ✓ Une prise en charge et un suivi en proximité et plus régulier qui devrait permettre par exemple de déceler certains événements qui surviennent dans le quotidien du patient et qui peuvent avoir un impact important sur son état de santé.
 - ✓ Une meilleure connaissance médicale du patient
 - ✓ Une meilleure coordination générale médecin / infirmier en pratique avancée / pharmacien
- **Augmenter l'attractivité du territoire** avec une diminution du niveau d'épuisement des médecins généralistes et de leur sentiment de ne plus être en mesure d'apporter des soins aux patients sans suivi médical.
- **Renforcer l'exercice coordonné**

c) Impacts attendus

- En termes **d'amélioration du service rendu pour les usagers** :

- ✓ Meilleur suivi médico-social
 - ✓ Meilleure coordination du suivi et des soins
 - ✓ Possibilité de prise en charge par un médecin référent pour ces personnes fragiles éloignées du soin
 - ✓ Favoriser le maintien en autonomie des patients
 - ✓ Satisfaction de ses usagers quant à la qualité de leur prise en charge
 - ✓ Augmentation du nombre de ces personnes fragiles prises en charge par un médecin sur le territoire
 - ✓ Diminution du nombre de passages aux urgences hospitalières et des hospitalisations pour ces patients, toutes causes confondues
 - ✓ Diminution du nombre d'appels au centre 15
- En termes **d'organisation et d'évolution des pratiques professionnelles** :
- ✓ Visite conjointe au départ des différents acteurs au domicile du patient établissement du protocole de suivi et plan personnalisé de soins
 - ✓ Suivi mensuel des patients par l'infirmière en pratique avancée avec coordination via l'outil informatique
 - ✓ Suivi annuel ou biannuel par le médecin référent avec coordination via l'outil informatique

Conséquences :

- ✓ Prise en charge d'un nombre plus important de personnes âgées ou en situation de handicap sur le territoire
- ✓ Renforcement du travail pluri professionnel en coordination
- ✓ Renforcement de la continuité et de la qualité des soins par coopération des acteurs
- ✓ Création d'une culture renforcée du partage des responsabilités entre médecins et infirmiers en pratique avancée dans la prise en charge du parcours de soins de patients lourd et fragile.
- ✓ Pour le patient : un suivi renforcé, plus régulier et global à domicile pour ces patients fragiles

d) Population ciblée et volumétrie

La population ciblée est une population fragile sans médecin traitant et nécessitant un suivi médical régulier : Personnes âgées de plus de 70 ans ayant recours aux services du département

Le nombre total actuel de patients pouvant être inclus dans ce protocole est évalué à 200.

La liste active de 200 patients est maintenue tout au long de l'expérimentation. Si un patient sort du dispositif, un nouveau patient peut alors être inclus.

L'inclusion des 200 patients se fera de façon progressive notamment parce qu'il y a notamment le respect du choix du patient à intégrer le dispositif avec parfois un temps de réflexion, et nécessité d'une première visite conjointe entre le médecin référent et l'infirmier de pratique avancée.

Cette première visite permettra de choisir les items du plan personnalisé de soins en fonction du patient et de décider ensemble du rythme de passage du médecin référent le plus opportun en fonction des critères médicaux, environnementaux et sociaux (de 2 à 4 fois par an pour le médecin et donc de 10 à 8 fois pour l'infirmier en pratique avancée), Et décrire le plan personnalisé de soins.

Exclusion :

Sont exclus les patients pouvant relever de notre protocole, mais dont les pathologies ne relèvent pas du champ de compétences des infirmiers en pratique avancée mention pathologie chronique stabilisée.

Sorties possibles :

Le patient peut sortir du dispositif pour les raisons suivantes :

- ✓ Décision personnelle
- ✓ Décision conjointe de l'équipe référente
- ✓ Décès

e) En pratique, parcours d'un patient :

Exemple d'une femme de 85 ans, diabétique et hémiparétique vivant à domicile avec son mari de 90 ans, aidant :

L'aidant contacte Les services du département ou le centre d'appel de la CPTS et demande que nous prenions en charge la patiente. Celle-ci relève du pôle autonomie du département et n'a pas de suivi par un médecin traitant. Après première prise de contact téléphonique pour recueil d'informations, des coordonnées de la patiente et éventuellement des soignants intervenants au domicile, le médecin référent et l'infirmier en pratique avancée sont informés par le secrétariat de la demande de prise en charge.

Si les critères sont respectés, la patiente et son aidant sont informés d'une première visite conjointe du médecin référent et de l'infirmier en pratique avancée pour une consultation d'évaluation d'une durée de 45 à 60 min. Rendez-vous est donné.

Première visite à domicile :

- ✓ Nous faisons connaissance des personnes, des liens et des lieux
- ✓ Nous présentons le protocole de suivi conjoint à la patiente et à son aidant, et nous recueillons leur accord qui est noté dans le dossier médical
- ✓ On remplit le dossier médical de la patiente
- ✓ Le médecin référent et l'infirmière de pratique avancée remplissent le plan personnalisé de soins adapté aux problématiques tant médicales que sociales ou environnementales de la patiente aux fins d'anticiper au mieux les difficultés à venir. Ils se mettent d'accord sur les items de suivi
- ✓ Bilan complet des aides ou de la nécessité de leur mise en place : préparation des médicaments, repas à domicile, aide à la toilette et au ménage, éventuelle téléalarme, besoins en matériel (canne, fauteuil roulant, siège de douche, passage du clic, etc)
- ✓ La patiente et son aidant sont informés que tout passage de l'infirmière en pratique avancée donne lieu au remplissage du dossier médical et a une transmission au médecin référent via le dossier médical partagé.
- ✓ La patiente et son aidant sont informés qu'en cas de problème ne relevant pas du champ de compétence de l'infirmier en pratique avancée, ce dernier sera amené à joindre le médecin référent pour un avis complémentaire avec plus ou moins visite à domicile par lui-même.
- ✓ Réalisation d'une concertation médicamenteuse avec le pharmacien du patient.

Chaque mois, L'infirmier en pratique avancée passe au domicile de la patiente et établit une fiche de suivi qui entre dans le dossier médical et informe le médecin de son passage par la messagerie sécurisée (Doctolib team). Il prend en compte et note également les données apportées par l'aidant dans l'optique d'une prise en charge globale de la patiente.

- ✓ Il repère l'émergence d'éventuels problèmes médico-sociaux, l'apparition de nouveaux symptômes, évalue l'évolution de l'autonomie de la personne et le degré de souffrance de l'aidant.
- ✓ Si il n'y a pas de modification relevant d'une décompensation de la pathologie, il assume le suivi et réalise les ordonnances.
- ✓ Si un élément inquiétant apparaît, l'infirmier en pratique avancée contacte le médecin par messagerie sécurisée ou téléphone selon le degré d'urgence et demande son passage
- ✓ Tout événement nouveau fait l'objet d'un signalement au médecin référent par messagerie sécurisée, ou dossier médical partagé du patient

Si aucun élément important n'est survenu le médecin passe de principe 6 mois plus tard.

Au bout d'un an et chaque année, l'infirmier en pratique avancée visite la personne malade et son aidant avec le médecin référent. L'infirmier en pratique avancée met à jour le plan personnalisé de soins et le soumet au médecin référent.

Incident : En cas d'hospitalisation, le protocole est poursuivi après adaptation du plan personnalisé de soins par le médecin référent et l'infirmier en pratique avancée lors d'une visite domicile post hospitalisation.

f) Financement du déroulement du protocole :

Nous envisageons le financement par un forfait global annuel par patient correspondant à l'ensemble de la prise en charge proposée comprenant la rémunération :

- ✓ De la visite conjointe d'intégration dans le dispositif au domicile du patient par le médecin référent et l'infirmier en pratique avancée
- ✓ Des visites conjointes annuelles
- ✓ Des visites à domicile de l'infirmier en pratique avancée avec remplissage du dossier médical du patient
- ✓ De la concertation médicamenteuse par le pharmacien
- ✓ Du temps de coordination pour le médecin

- ✓ Du suivi administratif

Le forfait annuel par patient sera négocié entre les différents intervenants en regard des nomenclatures respectives en tenant compte de la viabilité financière tant pour les IPA que pour les médecins. Il y a, en effet, nécessité d'une rémunération cohérente afin que chacun des acteurs puissent adhérer au projet et le rendre viable à long terme.

Concernant la soutenabilité du projet d'expérimentation, nous pouvons attendre les bénéfices suivants :

- ✓ Prise en charge médicale de patients actuellement sans suivi.
- ✓ Meilleure efficacité des soins par coordination efficace médecin/infirmier en pratique avancée.
- ✓ Diminution du nombre de passages dans les services d'urgence ou d'hospitalisation.
- ✓ Création d'une culture renforcée du travail en coordination entre médecins et infirmiers en pratique avancée dans la prise en charge du parcours de soins de patients lourds et fragiles, et d'une responsabilité triangulaire des soins : médecins/infirmiers en pratique avancée/aidant.

Par ailleurs, une économie au sens financier nous semble difficile à chiffrer, et pourra faire l'objet de travaux complémentaires.

3) Les limites et forces et l'étude

a) Les limites

Il s'agissait ici d'une étude qualitative n'ayant pas vocation à tirer des conclusions généralistes mais à faire ressortir des difficultés sur un territoire bien défini. En effet, l'étude n'a été réalisée qu'auprès d'acteurs de terrain du territoire de la CPTS Grand Douai.

Un biais lors de l'interprétation des données est possible étant entendu que l'analyse n'a été réalisée que par un seul chercheur novice.

De plus, malgré les cours dispensés à la faculté de médecine de Lille et Ilis, il s'agissait de notre première étude qualitative et cette inexpérience a pu jouer en notre défaveur.

Par ailleurs, il est à noter la faible représentation des médecins dans l'échantillon interrogé, ce qui peut être un biais supplémentaire.

b) Les forces

Les personnes interviewées exerçaient dans divers lieux, avec des modes d'exercices variés, des métiers variés, des écarts d'âge conséquents afin d'assurer une variabilité maximale et une richesse des échanges.

Le recueil individuel favorise l'expression personnelle, la spontanéité et permet un échange sans interférence.

Les lieux pour la réalisation des rendez-vous ont été choisis par les participants afin de limiter une gêne dans leur discours, et faciliter leur participation à l'étude.

L'utilisation de la grille d'entretien était efficace et nécessaire pour harmoniser leur réalisation.

L'enregistrement des entretiens a permis un dialogue fluide et sans interruption pour prise de notes. Par ailleurs, leur retranscription a posteriori permet de diminuer le risque de perte d'informations.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population est une réalité démographique qui impacte notre système de santé déjà mis à mal.

Notre étude était portée sur les difficultés que les professionnels, intervenants auprès des personnes âgées, rencontrent en cas de rupture de parcours de soins. Avec un objectif secondaire visant à faire ressortir la nécessité d'un parcours coordonné pour chaque patient, et la nécessité d'un professionnel de santé référent.

La coordination des parcours de soins est l'un des enjeux principaux de notre système de santé. Le manque ou l'absence de coordination, entre les nombreux professionnels qui gravitent autour de la personne âgée, est pourvoyeur de rupture de parcours, d'incompréhension des missions des différents acteurs et un sentiment de solitude des professionnels.

L'infirmier et le médecin sont tous deux, actuellement, reconnus comme acteurs de la coordination de ce parcours. Néanmoins, les infirmiers éprouvent des difficultés dans cette tâche : manque de temps, de connaissance.

Les IPA, nouveaux acteurs sur le terrain pourraient répondre à cette problématique en lien avec le médecin traitant du patient. Ils sont formés à la coordination des parcours et ont acquis durant leur cursus la connaissance des acteurs sociaux et médico-sociaux qui semblent manquer aux infirmiers. Il semblerait que leur installation sur le territoire de la CPTS Grand Douai, sous dotée en médecins généralistes, puisse être une plus-value.

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en évidence qu'en l'absence de médecin traitant les personnes se retrouvent éloignées du soin, et en rupture totale de parcours. Un travail pluriprofessionnel a donc été engagé afin de proposer à cette population une alternative avec une coordination IPA/Médecin référent et un retour aux soins.

Parallèlement, ce travail expérimental a permis la mise en lumière d'un modèle économique non viable pour les IPA libéraux, laissant craindre sur leur viabilité à long terme, c'est pourquoi des forfaits de coordination, notamment, ont été inclus dans ce protocole. Nous ne pouvons compter sur de nouvelles compétences, de nouveaux acteurs de santé sans prendre en compte l'investissement que leur travail demande, et leur permettre d'exercer auprès de populations

vulnérables sans prendre en considération les difficultés financières que les premiers IPA installés relatent.

Ce protocole expérimental pourrait faire l'objet d'un travail de recherche à posteriori, pour évaluer son impact sur la prise en charge des patients, mais également sur la satisfaction des professionnels inclus dans celui-ci.

Il serait également intéressant d'effectuer une recherche au sein de la CPTS Grand Douai pour évaluer l'effet de l'implantation des IPA sur les parcours de soins des patients âgés.

(s.d.). Récupéré sur Légifrance:

<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>

ARS. (s.d.). Récupéré sur <https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>

beguin, f. (2016). En 2025, La france aura perdu un médecin généraliste sur quatre en vingt ans. *Le monde*.

Bouet, D. P. (2021). *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales*.

Bouisson, J. (2007). V ieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation. *Retraite et société* , 107 à 128.

Christophe Douesneau, A. (2011). Les parcours des personnes âgées sur un territoire: Retour d'expérience. CARACTÈRE.

Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : mode d'emploi. (2022, MARS 30). Récupéré sur AMELI: <https://www.ameli.fr/lille-douai/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

Coordination geronto-guide. (2020). Récupéré sur CLIC: <https://clic-douais.fr/geronto-guide/edito/>

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. (2018, Juillet 19). Récupéré sur Legifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>

DONNEES DE CADRAGE : DEMOGRAPHIE ET ACTIVITÉ DES PROFESSIONS DE SANTÉ. (2013, avril). Récupéré sur IRDES:

<https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>

État de santé de la population. (2019, Novembre 19). Récupéré sur INSEE:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781#:~:text=Ainsi%2C%2015%20%25%20des%20femmes%20et,de%2075%20ans%20ou%20plus.>

Évolution de la population. (2020, Février 27). Récupéré sur INSEE:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277615?sommaire=4318291>

Francois Béland, H. M. (2013). *La fragilité des personnes âgées*. Presses de l'EHESP.

François Béland, H. M. (2013). *La fragilité des personnes âgées*. Presses de l'EHESP.

HAS. (2012, Mai). *Parcours de soins*. Récupéré sur HAS Santé: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf

HAS. (2015, 04). Récupéré sur HAS. Note méthodologique: Polypathologie de la personne âgée.: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

<https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>. (s.d.). Récupéré sur ARS Santé.

INSEE. (2020, 02 27). Récupéré sur INSEE:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#:~:text=Les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20d'au,7%20points%20en%20vingt%20ans.&text=Les%20habitants%20%C3%A2g%C3%A9s%20de%2020,4%20points%20en%20vingt%20ans.>

L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie. (2018, Octobre 2). Récupéré sur ARS santé:

<https://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>

La ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn. (2018, juillet 2018). *Service public de la diffusion du droit par l'internet.* Récupéré sur Légifrance:

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000037218125>

Larousse. (2021). larousse.

Les communautés territoriales de santé. (2021, Mars 11). Récupéré sur ARS:

<https://www.ars.sante.fr/les-communaut-professionnelles-territoriales-de-sante>

Les professionnels de santé en France : données chiffrées. (2021, novembre 25). Récupéré sur Vie publique: <https://www-vie-publique-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/fiches/37856-professionnels-de-sante-chiffres-densite-medicale>

Libault, D. (2019, MARS). Récupéré sur solidarites-santé.gouv: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. (2019, Juillet 27). Récupéré sur Legifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (2009, Juillet 22). Récupéré sur Legifrance:

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

Lois et législations. (s.d.). Récupéré sur AVEC Santé: <https://www.avecsante.fr/definitions-et-legislations/lois-et-legislations/>

Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins. (2021, Mars 11). Récupéré sur ARS:

<https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>

Martin, L. (2016, Juin). Lutte contre les déserts médicaux : le Cnom vise audelà. *Le Concours médical*, pp. Tome 138, n°6. 435.

Ministre, P. (2021, Decembre 2). *Prise en charge d'une affection de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie.* Récupéré sur demarches.interieur.gouv:

[https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/prise-charge-affection-longue-duree-ald-assurance-maladie#:~:text=le%20terme%20polypathologies%20est%20employ%C3%A9,particuli%C3%A8rement%20co%C3%BBteux%20\(ALD%2032\).](https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/prise-charge-affection-longue-duree-ald-assurance-maladie#:~:text=le%20terme%20polypathologies%20est%20employ%C3%A9,particuli%C3%A8rement%20co%C3%BBteux%20(ALD%2032).)

Monique Formarier, L. J. (2012). *Les concepts en sciences infirmières.* Association de recherche en soins infirmiers.

Mourad AISSOU, A. J.-P. (2020). *Structurer les parcours de soins et de santé.* LEH edition.

Population par sexe et groupe d'âges. (2022, Janvier 18). Récupéré sur INSEE:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

psuik, t., & marchal, a. (2010). *la démarche clinique de l'infirmière*. seli arslan.

Rezone. (2022, Mars). Récupéré sur AMELI: <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/>

Solidarites-santé.gouv. (2022, MARS 03). Récupéré sur parcours de sante de soins et de vie:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

TOURAINÉ, M. (2014). Pacte territoire santé, lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014.

Table des matières

Introduction générale

| | | |
|-------------|---|-----------|
| I. | Introduction..... | 1 |
| 1) | Contexte démographique..... | 1 |
| 2) | Cadre conceptuel..... | 3 |
| a. | Le vieillissement de la population..... | 3 |
| b. | La vulnérabilité..... | 4 |
| c. | Parcours de soins..... | 5 |
| d. | La CPTS Grand Douai..... | 6 |
| | | |
| II. | Méthode..... | 9 |
| 1) | Type de l'étude..... | 9 |
| 2) | L'objectif..... | 9 |
| 3) | Recrutement..... | 9 |
| 4) | Recueil de données..... | 10 |
| 5) | Déroulement de l'entretien..... | 10 |
| 6) | Analyse de données..... | 10 |
| 7) | Ethique..... | 11 |
| | | |
| III. | Résultats..... | 11 |
| | | |
| IV. | Analyse..... | 12 |
| 1) | Vulnérabilité..... | 12 |
| a. | Particularités culturelles..... | 12 |
| b. | Isolement | 13 |
| c. | Accès aux soins-déplacements..... | 13 |
| d. | Polypathologie | 15 |
| 2) | Complexité des parcours de soins..... | 15 |
| a. | Population vieillissante..... | 15 |
| b. | Manque de médecins généralistes..... | 16 |
| c. | Rupture de parcours..... | 17 |
| 3) | Coordination | 18 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| a. | Manque de coordination | 18 |
| b. | Qui coordonne ? | 18 |
| i. | Infirmiers libéraux..... | 19 |
| ii. | MAIA..... | 19 |
| iii. | Médecins généralistes | 20 |
| c. | Les CPTS dans tout ça ? | 21 |
| 4) | Infirmiers de pratique avancée..... | 21 |
| a. | Missions des IPA..... | 21 |
| b. | Rôle dans les parcours..... | 22 |
| c. | Attentes du terrain | 23 |
| V. | Discussion | 24 |
| 1) | Résultats de l'étude | 24 |
| a. | Accès aux soins | 25 |
| i) | Isolement et précarité numérique..... | 25 |
| ii) | Démographie médicale..... | 26 |
| iii) | Vulnérabilité..... | 26 |
| b. | Complexité des parcours de soins..... | 27 |
| i) | Polypathologie..... | 27 |
| ii) | Pluriprofessionnalité et complexité des parcours de soins | 28 |
| c. | Coordination et pratique avancée | 29 |
| 2) | Autre piste, proposition..... | 30 |
| a. | Description du projet d'expérimentation | 31 |
| b. | Objectif du projet | 32 |
| c. | Impacts attendus | 32 |
| d. | Population ciblée et volumétrie | 33 |
| e. | En pratique, parcours d'un patient | 34 |
| f. | Financement du déroulement du protocole | 36 |
| 3) | Limites et forces de l'étude..... | 37 |
| a. | Les limites | 37 |
| b. | Les forces | 38 |

Conclusion

Références bibliographiques

Table des matières

Annexes

Abstract

Annexes

Annexe 1 : Autorisation DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

| | |
|--|---|
| Nom : Université de Lille | SIREN: 13 00 23583 00011 |
| Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE | Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00 |

Traitement déclaré

| |
|--|
| Intitulé : Personnes âgées et rupture de parcours : la réalité d'une complexité de prise en charge |
| Référence Registre DPO : 2022-172 |
| Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Nathalie CRETEUR |

Fait à Lille,
Le 19 mai 2022

Jean-Luc TESSIER
Délégué à la Protection des Données

I. Annexe 2 :

Trame d'entretien pour l'étude qualitative réalisée auprès des professionnels intervenants auprès des personnes âgées.

- Qu'est ce qui caractérise, selon vous, la population âgée du territoire ?
- Qu'est ce qui caractérise le parcours de soins complexe d'une personne âgée souffrant d'une pathologie chronique ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans vos prises en charge de personnes âgées ?
- Selon vous, quels acteurs peuvent prendre en charge la coordination du parcours de soins de la personne âgée ?
- Relance : Pourriez-vous me classer les acteurs suivant du plus impliqué au moins impliqué dans la coordination du parcours de soin : MAIA, Médecin traitant, Pharmacien, CPTS, Infirmier, Infirmier en pratique avancée, assistante sociale.
- Quel rôle les CPTS peuvent jouer dans la coordination des parcours de soins ?
- Que savez-vous des missions et compétences des Infirmiers de pratique avancée ?
- Pensez – vous qu'ils puissent avoir un rôle dans la coordination des parcours de soins complexes des personnes âgées ?

Annexe 3 : Exemple d'un entretien

Entretien 5 : Infirmière libérale, 35 ans, 27 minutes

Qu'est ce qui caractérise, selon vous, la population âgée du territoire ?

C'est une population qui est polypathologique avec beaucoup de maladies chroniques. On est aussi sur une population assez pauvre. Enfin, on a les deux types de population. On va avoir des patients précaires mais aussi, sur notre bassin de vie, des patients assez aisés. On côtoie les deux et ça va différé sur les prises en charge parce que on va pas avoir forcément accès aux mêmes choses. Et sur certaines prises en charges notamment sur les troubles de la cognition. On va avoir des disparités dans la prise en charge parce qu'ils ne vont pas avoir accès aux mêmes choses et les personnes ayant un niveau socio culturel plus élevé vont camoufler un peu plus leurs troubles cognitifs. On aura du coup des retards de prise en charge par rapport à ça, et on peut intervenir, pour moi infirmière libérale un peu plus tard dans la prise en charge de ces patients-là, quand les troubles cognitifs sont finalement installés depuis quand même pas mal de temps.

Après on va avoir le fait d'avoir des médecins généralistes vieillissants qui partent en retraite fait qu'on a une population vieillissante qui se retrouve sans médecin généraliste. On a un manque de médecin généraliste, et un manque de temps médical. Du coup on a des médecins généralistes qui vont concentrer leur temps médical en cabinet et qui vont pas forcément aller au domicile des patients. Donc on se retrouve aussi avec des patients qui ne sont pas forcément vus de façon complète et « comme il le faudrait » par un médecin généraliste. C'est plus parce que le médecin n'a pas forcément le temps de faire des visites à domicile, il va préparer tout en amont au cabinet pour que la visite médicale soit la plus courte possible là-bas et finalement c'est : j'ai fait votre renouvellement d'ordonnance, il n'y a pas de soucis, vous n'avez besoin de rien, bon ben vous avez tout ce qu'il faut, c'est bon, ben je m'en vais Donc voilà quoi. Après c'est par rapport aussi, je pense, sur notre territoire, par rapport à ce manque de temps médical, c'est sûr que pour un patient vu à domicile ils vont prendre une heure.. parce que le temps de partir, de s'installer chez le patient, de discuter un peu machin, ils vont partir une

heure, alors qu'au cabinet ils pourraient voir quatre patients donc vu qu'on a moins de médecins, il faut favoriser le temps médical.

Je pense que sur le territoire il y a clairement un manque de culture gériatrique. C'est un travail à faire aussi, c'est la prise en charge de la personne âgée. C'est pas un adulte vieillissant, c'est pas une personne qui vieillit avec les pathologies et qu'il faut juste réadapter... Non ! La personne âgée, la gériatrie c'est une spécialité à part entière qui nécessite une certaine expertise, certaines compétences qu'il faut savoir évaluer. Il faut connaître toutes les particularités de la prise en charge. Je pense qu'il manque de formation.

Une infirmière libérale qui vient chez la personne âgée, et qui vient juste pour lui mettre les médicaments dans la main ... ben non ... il n'y a pas que ça. Il y les recherches des drapeaux rouges, l'évaluation globale, la prise en charge de son environnement .. et ça c'est un petit peu oublié. Et pareil pour la prise en charge des troubles cognitifs, je reviens dessus mais on a parfois des auxiliaires de vie car on a une population fort vieillissante sur le territoire donc un grand besoin d'auxiliaires de vie. Et les difficultés de recrutement font qu'on a aussi du personnel qui n'est pas forcément formé et on se retrouve parfois avec des auxiliaires de vie qui prennent en charge des patients avec des troubles cognitifs et qui n'ont pas forcément la bonne méthode parce qu'elles ne savent pas comment elles doivent faire, comment s'y prendre, quel discours avoir.

Donc oui, pour les caractéristiques je dirais une population de plus en plus vieillissante qui n'est pas forcément pris en charge dans sa globalité sur le territoire, avec une population médicale vieillissante, un temps médical de moins en moins ouvert pour la visite à domicile, des pathologies chroniques souvent croisées. Avec une pathologie cardiaque, un diabète, des troubles cognitifs, une obésité, des problèmes cardio-vasculaires, une prise en charge sociale. Donc pour moi la prise en charge doit être globale parce que, pour moi, ce sont des patients complexes.

Qu'est ce qui caractérise le parcours de soins complexe d'une personne âgée souffrant d'une pathologie chronique ?

Ce qui le rend complexe c'est le côté social, médical, médico-social. Parce que comme on le disait tout à l'heure, on a des plus aisés et des moins aisés. Il y a les patients de moins de soixante ans et qui avaient déjà des prises en charge avant parce qu'ils étaient reconnus adultes

handicapés. Donc eux, en termes de prise en charge c'est moins difficile parce qu'ils sont déjà dans un parcours d'aides financières. Alors qu'une personne de plus de soixante ans qui n'avait aucun trouble avant, ben il faut mettre en route toute cette partie financière, toute cette prise en charge financière, toute cette lourdeur administrative et bien ... on peut se retrouver avec des creux dans la vague, donc souvent c'est trois mois où on se retrouve avec des difficultés de prise en charge. La complexité est d'organiser, de coordonner le parcours avec tous les intervenants autour : SSIAD, MAIA si il y a des grosses difficultés avec des gros troubles cognitifs , ou qu'il n'y a pas d'aidants à coté et où il faut mettre en place par exemple des sauvegardes de justice, des mesures complémentaires .. La complexité elle va être là, coordonner aussi ce temps médical ou on a pas forcément Euh .. Soit on a pas de médecin du tout, soit on a un médecin généraliste qui n'a pas forcément le temps donc on va se retrouver en difficulté. Pour moi, il va falloir aussi coordonner. J'entends par là la complexité de la coordination médicale.

L'infirmière fait un peu rôle pivot et absorbe un peu toutes les infos mais à son propre niveau, et à son propre niveau de connaissance et si il n'y a pas d'articulation, si tout le monde ne connaît pas ça peut être complexe dans l'interaction et l'articulation autour du patient. De peut être prendre que la partie médicale et oublier la partie sociale jusqu'à temps qu'il se retrouve en hospitalisation et là le volet social va être pris en charge par l'assistante sociale qui va déclencher des aides du département et tout un plan d'aide. Il peut y avoir toute une partie sociale qui est prise en charge par le CCAS. Et finalement tout le travail médical derrière .. ben il n'y a pas d'infirmière, pas d'auxiliaire de vie, des choses comme ça qui sont mises en place. Ou une auxiliaire de vie ultra compétente qui arrive à chapoter la gestion des médicaments, la gestion des repas, le ménage et qui essaye à son niveau d'y aller à tâtons .. mais c'est pareil, le médical n'est pas trop dedans non plus. Donc oui, la complexité est là, dans le médical, le social et le médico-social et dans la difficulté de pouvoir faire articuler ces acteurs autour du patient âgé.

[Quelles difficultés rencontrez-vous dans vos prises en charge de personnes âgées ?](#)

Ça peut être un peu l'isolement, le manque de communication avec les autres partenaires autour. C'est vrai que quand tout se passe bien, quand le parcours est simple, on ne se s'articule pas trop avec les autres intervenants. Si il y a une auxiliaire de vie et que ça se passe bien et qu'il n'y a pas de difficultés et bien on ne va pas forcément se parler avec la société de services.

Si avec le médecin, il n'y a pas de difficultés et bien il va venir faire ses visites et nous on va lui dire : on a besoin de ça, ça et ça et on va peut-être juste le noter dans un cahier ou s'envoyer un message mais sans s'appeler si il n'y a pas de difficultés. Pareil, si les aides suffisent et bien ça se passe bien. Je pense que ma difficulté arrive quand il y a un parcours complexe. Dès qu'il y a de la complexité, on a un manque de communication, manque d'articulation et chacun travaille un peu à sa sauce. Nous infirmière libérale, on essaie de taper à toutes les portes chez qui on peut taper .. Mais on ne connaît pas toutes les portes donc c'est aussi difficile.. Difficile de savoir ce qui existe. On ne connaît pas forcément tous les acteurs autour de nous pour savoir ce qu'on peut mettre en place. Et puis si par exemple j'ai un médecin qui n'a pas... qui n'a clairement pas envie et bien ça peut créer des difficultés si j'arrive pas à créer une communication efficace avec le patient. Ou des fois avec la famille .. Des fois on peut avoir des problématiques avec la famille, surtout pour les familles qui habitent loin. Ils attendent de nous qu'on chapote un peu tout sauf qu'on est là comme aidant professionnel, mais on est pas là non plus pour tout gérer : les activités extérieures, gérer les rendez-vous médicaux, appeler les ambulances, gérer ci et ça ...

Les difficultés principales que je peux rencontrer c'est quand il n'y a pas de médecin généraliste, un médecin généraliste non disponible qui n'est pas accessible sur l'interdisciplinarité, un médecin généraliste qui est très peu disponible et qui ne va pas forcément se déplacer à domicile ou qui a très très peu de temps. C'est aussi de s'articuler avec le social et le médico-social. Les aidants ne sont parfois pas des aidants ... Ils sont parfois à distances, veulent que tout se passe bien, mais en fait c'est pas possible. Ils ne se rendent parfois pas compte de la complexité de la situation parce qu'en fait ils ne se rendent pas compte que leur famille, leur proche est en train de se dégrader et des fois c'est difficile de leur faire accepter aussi que le maintien à domicile est compliqué ou que dans l'état actuel de la maison c'est compliqué. Parfois on se sent un peu seule. Dans les autres difficultés que je peux rencontrer c'est le manque de connaissance des partenaires avec qui je pourrais travailler dans le social et le médico-social. Parfois il faut attendre une hospitalisation pour que les choses se mettent en place. Il y a des dispositifs qu'on ne connaît pas et auxquels on ne fait pas appel parce qu'ils sont méconnus de nos pratiques. Après quand on va les connaître, on se rend compte qu'on peut vachement s'appuyer sur eux, mais encore faut il les connaître. Et après tout ce qui est : aides financières, tout ce qu'on met en place, ce qu'on peut mettre en place pour un maintien c'est des difficultés aussi pour nous. Et surtout s'il faut une signature médicale. Ça peut être aussi un frein si le médecin n'approuve pas tout ce qu'on met en place. Le manque de

coordination tout simplement. Le médecin généraliste doit normalement être le coordinateur et il ne le fait pas soit parce qu'il n'a pas le temps, ou alors parce qu'il n'est pas rémunéré. De temps en temps quelques médecins le font, mais ça reste rare à mon sens.

Selon vous, quels acteurs peuvent prendre en charge la coordination du parcours de soins de la personne âgée ?

Ah ben clairement c'est l'infirmière. Pour moi, c'est l'infirmière qui porte cette coordination. Après ça dépend comment va être entouré le patient.

Le tuteur c'est pareil.. Tous les tuteurs avec lesquels je travaille, et bien, ils ne gèrent pas la coordination, que ce soit tuteur ou curateur. Jamais !

Après il y a les gestionnaires de cas de MAIA qui, quand ils interviennent, peuvent porter la coordination.

Les auxiliaires de vie, je ne les vois pas porter la coordination. Après mis à part un aidant impliqué qui est par exemple d'une profession médicale ou sociale... mais sinon c'est pas eux non plus qui vont porter cette coordination.

Euh ... tout ce qui est professionnels de santé type kiné, podo, choses comme ça ne portent pas la coordo non plus. Le pharmacien non plus... je cherche... je cherche... qui est ce qui gravite autour du patient ? euh Même si il y a un SSIAD qui est en place avec, par exemple, une infirmière coordinatrice, mise à part pour la coordination des soins de nursing, tous les soins de confort qui se passent via le SSIAD, elle ne coordonne rien de ce qui se passe comme par exemple nos soins, si il y a des pansements ou ... voilà, elle ne va pas coordonner notre travail. J'ai pas l'impression de travailler en coordination avec l'infirmière du SSIAD. Pareil pour les coordinatrices de l'HAD qui sont censées faire de la coordination, j'ai pas forcément l'impression qu'elles fassent beaucoup de coordination.

Et après pareil, si on fait appel à une équipe mobile soins pal, gériatrie, et bien c'est souvent nous qui font les appels de tout ça.

De temps en temps, l'exception qui peut confirmer la règle, c'est le centre léonard de vinci, alors qui ne va pas forcément porter la coordination mais on a quand même certains oncologues qui on a quand même une certaine facilité de travail et qui vont être facilitant. Voilà ça va être des facilitateurs, mais pas des coordinateurs.

Relance : Pourriez-vous me classer les acteurs suivant du plus impliqué au moins impliqué dans la coordination du parcours de soin : MAIA , Médecin traitant, Pharmacien , CPTS, Infirmier, Infirmier en pratique avancée, Assistante sociale.

Je pense que l'assistante sociale ne va pas coordonner. Elle va être facilitateur. On a besoin du versant social ça c'est clair et net, mais je ne vois pas l'assistante sociale comme coordinatrice d'un parcours. Elle n'arrivera pas à faire le lien entre le social et la médical.

Quel rôle les CPTS peuvent jouer dans la coordination des parcours de soins ?

La CPTS va être facilitatrice dans le sens où les professionnels de santé se connaissent au sein de la CPTS, travaillent sur les parcours. Ce sont déjà des professionnels de santé qui utilisent le parcours patient, qui sont sensibilisés à cette démarche-là, qui sont aussi sensibilisés à la place centrale du patient et aux acteurs qui gravitent autour. Les professionnels utilisent des moyens de coordination comme de la messagerie sécurisée. Tout ça pour moi c'est facilitateur dans le sens où la CPTS a des outils que les professionnels de santé vont utiliser pour avoir tous les même. Tous ceux qui adhèrent à la CPTS sont favorables à l'interdisciplinarité et à l'exercice coordonné et ils sont motivés par le parcours patient, connaissent les acteurs pour pouvoir prendre en charge au mieux les patients avec un parcours complexe. Les professionnels de santé qui exercent en CPTS sont un peu plus armés je pense grâce à la culture que peut apporter la CPTS.

Que savez vous des missions et compétences des Infirmiers de pratique avancée ?

Vaste sujet ! alors pour moi, l'infirmière en pratique avancée elle a une expertise, elle a un rôle de coordination, de lien. Elle a une vision globale du patient, une approche globale, de part sa formation, avec autant un volet médical que médico-social et social qui est dans sa culture quoi, qui est dans sa mission. Donc ouais, coordination, lien, expertise de la pathologie. Elle est aussi, de ce que je parlais à la première question, elle est sensibilisée à la culture gériatrique. Ce qui est pour moi quelque chose de super important. Elle va pouvoir, euh , elle est sensibilisée en fait à tout ce qui est drapeaux rouges et épine irritative. Euh, sensibilisée aussi à avoir un regard ... sur par exemple un domicile. Et puis après elle est experte sur la

personne âgée mais aussi experte sur ce qui peut être mis en place, ce qui peut ajouter une plus value dans le parcours du patient.

Pensez – vous qu'ils puissent avoir un rôle dans la coordination des parcours de soins complexes des personnes âgées ?

Je pense que l'IPA pourrait articuler en fait tout ce qu'on a dit depuis tout à l'heure. L'IPA peut prendre le temps d'aller chez le patient, parce que on disait que le médecin n'avait pas forcément le temps d'y aller. Ou si il n'y en avait pas tout alors l'IPA, elle pourrait très bien prendre en charge un patient qui n'a pas de médecin généraliste. Elle connaît son territoire, donc les acteurs qu'elle pourrait mettre en place. Elle pourrait aussi faire appel à des aides financières, elle pourrait faire appel à des équipes mobiles. Euh Elle pourrait s'appuyer sur la MAIA ou sur le CLIC avec qui elle pourra travailler. Dans le Cadre du DAC, elle pourrait ... Le DAC qui va arriver en juillet là, elle pourrait aussi intégrer ces dispositifs d'appui à la coordination. Donc elle va connaître tout ce qui va graviter, tout ce à quoi elle pourra faire appel et elle pourra faire ce lien entre tout ça avec les aidants. Et elle pourra aller à domicile évaluer le patient, évaluer le domicile : si il est adapté ou pas. Evaluer la situation, la gravité de la situation également, et essayer de faire ce qu'on peut appeler un plan de soins personnalisé pour ce patient. Et avec un protocole de coopération donc avec le médecin ou pas si il y a... donc dans ces cas là il faudrait trouver un médecin référent .. On sait de part notre pratique que les patients n'ont pas forcément de médecin généraliste. Moi ça m'est déjà arrivé par exemple, en tant qu'infirmière d'avoir un patient qui n'a pas de médecin généraliste et par le biais de la CPTS, dire voilà je suis bloquée dans une situation, j'ai un patient, y'a ça ça ça ça ça, y'à pas de médecin généraliste, et d'avoir un médecin généraliste qui veuille bien devenir son médecin généraliste parce qu'il sait que derrière il y a une infirmière qui prend en charge ce patient. Donc je me dis qu'une IPA ça pourrait être ça aussi, de peut-être être déclenché par, je ne sais pas, la MAIA, par un CCAS, par le DAC comme quoi il n'y a pas de médecin généraliste, il n'y a pas de Et que l'IPA puisse dire par l'intermédiaire de la CPTS : ben voilà j'ai un patient, j'ai une personne âgée, j'ai un cas complexe que je peux prendre en charge et il me faudrait un médecin référent sur cette situation. Et donc qui voudrait faire un protocole de coopération pour qu'on puisse travailler ensemble pour ce patient, pour qu'on ne le laisse pas tout seul dans un coin, sans rien du tout, coupé de tout, en marge d'un parcours alors qu'il y a peut-être besoin de plein de choses à mettre en place quoi. On laisse pas pépé dans un coin ! Je pense que ça va être facilitant d'avoir des IPA sur le territoire, et ce rôle de coordination,

c'est de toute façon... on l'a dit tout à l'heure, l'infirmière de part déjà de part son métier de base d'infirmière libérale, elle est déjà pour moi coordinatrice mais sans avoir le titre de coordinatrice. Pour moi l'IPA c'est une infirmière qui a fait des années supplémentaires d'études, qui a acquis, euh, qui avait déjà l'expérience professionnelle, et l'expertise professionnelle mais qui a acquis des nouvelles compétences pour améliorer les prises en charge de patients à domicile, et ça va passer par la coordination.

AUTEURE : Nom : CRETEUR

Prénom : Nathalie

Date de soutenance : 01 JUILLET 2022

Titre du mémoire : Elderly people and disruptions in their lives: The reality of a complex care system

Key words : elderly people, vulnerability, multi-profesional team, coordination, Advanced Practice Nurse

Abstract :

Introduction : As far as the aging of population is concerned, the increase of dependence has become a crucial issue, generating numerous difficulties in the heart of the healthcare system and therefore, the healthcare pathways. One solution so as to hold complications up is to identify frail elderly patients for the purpose of moving them towards better guidance.

My main Goal will be to know a representation of primary care health professionals practising in a multi-professional health centers to frail of the elderly patients.

The secondary goal will be to determine more thoroughly the care management as well as difficulties and thus, complexity.

Method : A qualitative study will be conducted through semi-directed individual interviews with primary care staff working with elderly patients on the territory of the CPTS Grand- Douai.

Discussion: Multi-professional work is essential for good patient follow-up. The challenge is to succeed in coordinating. The actors need a pillar, a reference person for each patient. This reality is even more complex when the patient does not have an attending physician.

Result: Professionals agree that the care pathway for the elderly is complex. They have difficulty organizing themselves and working together. The majority of private nurses are recognized as coordinators of this process, despite their lack of knowledge in the social and medico-social field.

In the future, Advanced Practice Nurse will be part of the health care system, providing the right care, in the right place, at the right time. They will be able to help improve the care of elderly patients, coordinate care pathways and provide added value to help people outside of care find their way back into care.

Thesis director: Madame Mélanie SEILLIER

Professional Tutor : Madame Saliha GREVIN

AUTEURE : Nom : CRETEUR

Prénom : Nathalie

Date de soutenance : 01 JUILLET 2022

Titre du mémoire : Personnes âgées et ruptures de parcours : La réalité d'une complexité de prise en charge

Mots-clés libres : personnes âgées, vulnérabilité, équipe pluriprofessionnelle, coordination, infirmière de pratique avancée.

Résumé :

Introduction : L'augmentation de la dépendance due au vieillissement de la population engendre des difficultés sur le système de santé et sur les parcours de soins. Une solution pour la retarder est de repérer les patients âgés fragiles et de les orienter au mieux.

L'objectif principal est d'analyser les difficultés que les professionnels intervenants auprès des personnes âgées rencontrent en cas de rupture de parcours de soins.

L'objectif secondaire est de faire ressortir la nécessité d'un parcours coordonné pour chaque patient, et la nécessité d'un professionnel de santé référent

Discussion : Le travail pluriprofessionnel est primordial pour le bon suivi des patients. Le challenge est de réussir à se coordonner. Les acteurs ont besoin d'un pilier, une personne de référence pour chaque patient. Cette réalité est d'autant plus complexe dès lors que le patient n'a pas de médecin traitant.

Résultat : Les professionnels s'entendent à dire que le parcours de soins de la personne âgée est complexe. Ils éprouvent des difficultés à s'organiser et travailler ensemble. Les Infirmiers libéraux sont majoritairement reconnus comme coordinateur de ce parcours et ce, malgré leur manque de connaissances dans le domaine du social et du médico-social.

À l'avenir, les infirmières en pratique avancée feront partie des services de santé et fourniront les bons soins, au bon endroit et au bon moment. Elles pourront participer à l'amélioration de la prise en soins des patients âgés, et coordonner au mieux les parcours.

Directeur de mémoire : Madame Mélanie SEILLIER

Tuteur Professionnel : Madame Saliha GREVIN

