



UNIVERSITE DE LILLE

DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : pathologies chroniques stabilisées

Analyse qualitative de l'accès aux soins des personnes âgées en situation complexe à domicile par les professionnels médicaux et paramédicaux en soins primaires.

Présenté et soutenu publiquement le 01 juillet 2024 à Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Maxime MOUFTIER

JURY :

Président du jury : Professeur François PUISIEUX

Directeur de mémoire : Docteur Cédric NALIN

Tuteur pédagogique : Mme Marie-Cécile SAMYN

Le 07/06/2024

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

Remerciements

Ce mémoire est le reflet de l'engagement de plusieurs personnes. Toutes ont été présentes à différents niveaux pour contribuer à l'élaboration de ce travail. Je tiens à les remercier.

Je remercie mon directeur de mémoire, Dr Cédric Nalin, pour ses conseils précieux, sa disponibilité et son engagement dans le développement de la pratique avancée. Sa contribution à ce mémoire a été essentielle.

Je tiens à remercier également, tous les professionnels qui ont participé à cette étude, et qui ont pris le temps de partager leurs expériences et leurs conseils. Merci également à mes collègues du centre hospitalier de Jeumont : les membres de la direction, les infirmières, les médecins, les cadres de santé, les aides-soignantes etc. qui m'ont soutenu dans ce projet.

Je remercie de manière plus personnelle, mon épouse et mes deux enfants pour leur accompagnement tout à long de ce cursus, et pour avoir partagé mon stress et mes craintes, m'avoir encouragé et aidé dans la construction de ce travail. Je les ai « embarqués » avec moi pour deux ans, ils m'ont soutenu et fait preuve de patience et de compréhension.

Je remercie également mes parents pour m'avoir transmis entre autre, les valeurs de ce métier par leur vécu de soignants. J'aurai aimé que mon père me donne son avis sur cet énième mémoire. Ses critiques ont toujours été bienveillantes et constructives.

Merci à mes amis et le reste de ma famille, pour leur soutien inconditionnel. Ils ont été ma bouffée d'air pendant deux ans. Ils ont été présents pour construire cette nouvelle étape dans ma vie professionnelle.

Pour finir, je tiens à remercier, mes collègues de promotion, pour cette solidarité et ces rencontres avec des personnes formidables. Je tiens à remercier en particulier Rudy et le groupe PDF pour ces fous rires et ces échanges riches dans le train vers le « bout du monde » du département du Nord.

Glossaire

MAD maintien à domicile

APA allocation personnalisée d'autonomie

Prado programme d'accompagnement de retour à domicile

Paerpa parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

EHPAD établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

SSIAD Service de soins infirmiers à domicile

USLD unité de soins de longue durée

HàD hospitalisation à domicile

UCC unité cognitivo-comportementale

MAS maison d'accueil spécialisée

OMS organisme mondial de la santé

UHCD unité d'hospitalisation de courte durée

INSEE institut national de la statistique et des études économiques

ARS agence régionale de santé

DHOS direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DREES direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

SMR Soins médicaux et de réadaptation

DGOS direction générale de l'offre de soins

DMP dossier médical partagé

UNICEF united nations international children's emergency fund

MSP maison de santé pluriprofessionnelle

CPTS communauté professionnelles territoriales de santé

SMRG soins médicaux et de réadaptation gériatrique

SFMU société française de médecine d'urgence

CNIL La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Sommaire

- I. Introduction générale
- II. Introduction théorique
- III. Méthodes et Matériels
- IV. Résultats de l'étude
- V. Discussion
- VI. Conclusion
- VII. Bibliographie
- VIII. Tables des matières
- IX. Annexes

I. Introduction générale

L'accompagnement des personnes âgées à domicile est un enjeu majeur. L'allongement continu de l'espérance de vie et l'arrivée des retraités de la génération du baby-boom concourent au vieillissement de la population. La prévalence des maladies chroniques va augmenter de manière exponentielle. Tous ces facteurs devraient conduire les professionnels de santé à adapter leurs pratiques et à se coordonner dans une structure commune. Les personnes âgées doivent bénéficier d'un parcours de soin optimal sans perte de chance.

On observe depuis plusieurs années la volonté de maintenir à domicile les personnes âgées même en situation de dépendance. En 2023 l'Assurance Maladie développe le MAD¹. Il *“englobe l'ensemble des moyens mis en œuvre pour qu'une personne en perte d'autonomie puisse rester à son domicile”*. Cela représente des prestations médicales et financières (APA) ainsi que l'intervention de services ou de dispositifs tels que le PRADO ou le PAERPA.

Le “bien vieillir” passe par le maintien à domicile. En 2015, la France comptait 2,5 millions de seniors en perte d'autonomie (soit 15,3 % des 60 ans et plus). La mission « Vivre Chez Soi »² avançait que 90 % d'entre eux souhaitaient rester le plus longtemps possible à leur domicile et que 92 % des plus de 75 ans y vivaient toujours.

L'accompagnement au domicile est un élément déterminant dans un parcours gériatrique optimal. Les professionnels de santé en soins primaires (médecins traitants et infirmiers à domicile notamment) sont les interlocuteurs privilégiés des populations. Ils sont la "porte d'entrée" dans le système de santé et orientent leurs patients dans la voie adaptée dans le but de recouvrir ou de maintenir leur santé.

La gériatrie est une spécialité médicale complexe et évolutive. Elle repose sur une approche multifactorielle et globale voire holistique. Elle mobilise des ressources importantes : humaines,

¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. (année non spécifiée). Système de santé médico-social et social. Récupéré sur <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

² Franco, A. (Ed.). (2015). Rapport de la mission "Vivre chez soi".

techniques, sociales, d'hébergement etc. Les parcours d'accompagnement sont peu linéaires. Ils nécessitent une vraie vision, avec des professionnels de santé formés, une implication de partenaires intra et extra hospitaliers et des aidants, et une approche systémique et contextuelle. La coordination entre les différents partenaires est essentielle et améliore la prise en soins des patients âgés. Bon nombre de dispositifs ont vu le jour, à travers les différents plans depuis quinze ans. On observe que l'approche globale devient une nécessité et détermine la qualité des soins et d'accompagnement en gériatrie. Les organismes financeurs considèrent l'approche globale comme un outil de l'amélioration du système de santé pour les aînés, qui sont de grands consommateurs de soins.

Cependant, mon expérience d'infirmier en gériatrie (SMRG) montre que les Urgences sont la voie principale d'accès aux soins pour les personnes âgées à domicile, plutôt que l'entrée directe par la filière. Leur prise en charge aux Urgences est difficile du fait de locaux non adaptés, d'équipes médicales et paramédicales non formées à la gériatrie, d'un manque de temps, d'un environnement stressant et potentiellement confusiogène.

Depuis plusieurs années, les études prouvent que le passage aux Urgences pour les personnes de plus de 75 ans est délétère. Une étude de novembre 2023 effectuée dans 97 services d'urgences demandé par l'AP-HP ³montre qu'une nuit passée aux Urgences sur un brancard, par une personne âgée vulnérable, augmente de 40% la mortalité intra hospitalière (en lien avec les infections nosocomiales, les chutes etc.) Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique.

Depuis plusieurs années les pouvoirs publics par l'intermédiaire des autorités de santé ont créé des outils pour optimiser l'accompagnement des personnes âgées aux Urgences. La SMFU en 2003 recommandait le recours au filière gériatrique⁴ : « *la filière de soins gériatrique est la plus efficiente pour répondre aux besoins de la personne âgée* », ainsi que la création d'un relevé d'information spécifique qui accompagnait le patient aux Urgences. Parallèlement les équipes mobiles de gériatrie ont été développées, en particulier pour améliorer la prise en charge. Puis les coordonnateurs de filière gériatrique ont été installés afin notamment de limiter les passages

³ Roussel, M., Teissandier, D., Yordanov, Y., Balen, F., Noizet, M., Tazarourte, K., Bloom, B., Catoire, P., Berard, L., Cachanado, M., Simon, T., Laribi, S., Freund, Y., & FHU IMPEC-IRU SFMU Collaborators. (2023). Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients. *JAMA Internal Medicine*, 183(12), 1378-1385. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.596>

⁴ 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES
5 Décembre 2003- STRASBOURG

aux urgences et de promouvoir une admission directe en gériatrie via une coordination ville-hôpital plus étroite et bénéfique.

Depuis 2021 les ARS, sous l'impulsion de l'HAS, promeuvent le développement des filières gériatriques via la création de coordonnateurs.

Ces derniers proposent une organisation autour de solides partenariats pour fournir un accompagnement plus juste et adapté pour les personnes âgées, dans un territoire donné. Leurs principaux objectifs sont de :

- Structurer les liens entre les services spécialisés et les situations urgentes en soins primaires
- Proposer une offre de soins plus large avec une vision commune sur les disponibilités notamment dans les situations urgentes
- Assurer le relais avec les EHPAD, les SSIAD, les HAD et les USLD du territoire
- Plus globalement, organiser une réflexion avec l'ensemble des partenaires autour du fonctionnement de la filière.

A présent, il semble pertinent de connaître les déterminants qui poussent les professionnels en soins primaires à orienter leurs patients gériatriques prioritairement aux Urgences plutôt que vers la filière gériatrique.

II. Introduction théorique

A. La personne âgée

1. Le vieillissement

a. Les définitions

Selon l'OMS⁵, le vieillissement passe par “ *le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps*”. Il provoque donc des dégradations progressives physiques et mentales, pouvant entraîner des incapacités et un isolement social.

⁵ World Health Organization. (n.d.). *Ageing and health*. World Health Organization. Retrieved June 2, 2024, from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Du point de vue sociologique, la vieillesse est difficile à définir : personnes âgées, vieillards, troisième voire quatrième âge, aînés, seniors etc. Il n'est guère simple de déterminer le seuil d'entrée dans cette période de vie.

L'approche socio-administrative définit la vieillesse à partir de soixante ans. Cet âge est le point de départ à l'ouverture de droit aux compensations financières notamment l'APA et la possibilité d'entrée en EHPAD.

Il n'existe pas de personne âgée "type". L'hétérogénéité de l'état de santé de la population âgée s'explique par le parcours de vie, le genre, l'environnement socio-économique, la culture et les différentes générations parmi lesquelles vivent les personnes âgées.

Le vieillissement en bonne santé est défini par l'OMS⁶ " *comme étant le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être*". Vieillir en bonne santé c'est continuer de faire ce qui est important pour chacun d'entre nous.

b. La fragilité

La fragilité se traduit par une diminution des capacités physiologiques altérant les mécanismes d'adaptation face l'environnement. Elle est associée aux comorbidités et aux facteurs sociaux, économiques et comportementaux. Il s'agit d'un marqueur de risque de mortalité et/ou d'événements délétères (chutes, hospitalisation, institutionnalisation). D'après Pr Y. Rolland⁷, "*l'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul le syndrome*". La prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque peut réduire la fragilité de l'individu ou a minima retarder les conséquences. Il s'agit d'un processus dynamique pouvant être réversible.

⁶ World Health Organization. (n.d.). *Ageing and health*. World Health Organization. Retrieved June 2, 2024, from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

⁷ Rolland, Y. (2016). Les développements récents autour de la fragilité. Dans N. Sirven & Y. Bourgueil (Éds.), *La prévention de la perte d'autonomie. La fragilité en questions : Apports, limites et perspectives* (pp. 7-13). Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

c. La dépendance

La perte d'autonomie, la dépendance font partie du champ lexical de la personne âgée. Très usités en gériatrie, ces termes sont souvent mal employés et parfois confondus.

Pour exemple, la loi du 21/07/2001 article L. 232-1 du code de l'action sociale instituant l'APA stipule que « *toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental, a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* » (Loi n° 2001-647, 2001). La loi APA non seulement, ne définit pas l'autonomie mais reprend la définition déficitaire et « incapacitaire » de la dépendance, selon Ennuyer.

Dans les années 70 la dépendance se définissait par le besoin d'aide, d'assistance dans les actes de la vie quotidienne liée à des dysfonctionnements physiopathologiques.

Au cours des années 1980, la France s'est conformée à la Classification Internationale des Handicaps 74 (CIH) élaborée par le rhumatologue Philip Wood à la demande de l'OMS. Elle prolongeait la Classification Internationale des Maladies (CIM) et s'appuyait sur les « rôles de survie » définis comme nécessaires à tout homme pour être indépendant en société. Elle se structurait autour de trois notions :

- les déficiences (pertes ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau, notion proche de celle d'invalidité) ;
- les incapacités (difficultés ou impossibilité de réaliser des actes élémentaires, résultant en général d'une ou plusieurs déficiences) ;
- les désavantages (difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer ou que la société attend d'elle)

En 1994 D. Kaplan⁸ va plus loin dans son analyse de la dépendance à travers le concept d'autonégligence des personnes âgées, il s'agit selon lui de « *l'incapacité ou la réticence des adultes vulnérables à répondre par eux-mêmes à leurs besoins fondamentaux, compromettant ainsi leur bien-être* ». Ces troubles peuvent provoquer un accroissement de la dépendance par la négligence de différents aspects primordiaux de la vie quotidienne et se manifeste par un refus de se nourrir, de renoncer aux soins d'hygiène ou de ne plus payer ses factures par exemple.

⁸ Malléa, P., Cridelich, C., & Charrat, B. (2012). Dépendance évitable : le numérique, une opportunité de réduction des risques. *Gérontologie et société*, 35(Hors-série n° 1), 109-117 <https://doi.org/10.3917/g.s.hs01.0109>

Beaucoup plus proche de nous, en 2012, N. Warchol⁹ associe la dépendance à trois concepts entremêlés : la nécessité d'intervention d'autrui pour la survie, l'appartenance et l'autorité représentée par autrui non dépendant. Elle peut être mentale, physique, économique ou sociale. Elle concerne toutes les catégories d'âges. La connotation péjorative s'applique souvent aux personnes âgées, où une notion de subordination, de soumission vient accroître le sentiment d'infériorité voire d'asservissement.

d. L'autonomie

Le collège des enseignants de gériatrie ¹⁰décrit l'autonomie comme " *la capacité à se gouverner soi-même, ce qui présuppose la capacité de jugement, ainsi que la liberté de pourvoir agir ou refuser en fonction de son jugement, dans le respect des lois et des usages communs*". Le Nouveau Petit Robert¹¹ définit l'autonomie comme " *droit de se gouverner*" mais aussi " *droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet*".

Selon Ennuyer¹², respecter la personne quel que soit son âge ou sa condition, c'est la considérer comme capable de prendre des décisions raisonnables jugées comme bonnes pour elle-même ou pour les autres, ce qui est socialement acceptable. Il oppose le diktat médical de la " *perte d'autonomie*" et l'" *autonomie émotionnelle*" propre à chaque individu. Cette dernière appartient à une vision Kantienne " *un individu en grande souffrance n'a pas seulement besoin de respect, mais de soin et de sollicitude*" ou, toujours selon Kant, " *l'homme est libre quelles que soient les circonstances où il agit*". En somme, être autonome, c'est être libre, résume M. Foessel¹³ dans *Kant et les vertus de l'autonomie*.

⁹ Warchol, N. (2012). Dépendance. Dans Les concepts en sciences infirmières (pp. 147-150).

¹⁰ Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG). *Référentiel du Collège de Gériatrie - 5e Édition - R2C / ECNI / EDN*.

¹¹ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/autonomie>

¹² Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, 2013(5), 139-157.

¹³ Foessel, M. (2011). Kant ou les vertus de l'autonomie. *Études*, 414(3), 341-351.

2. Le grand âge et la maîtrise de “ vivre à domicile”.

Les projections montrent que d’ici 2050, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans aura triplé et, actuellement, plus de 80 % de ces personnes restent à domicile. Selon la Mission "Vivre chez soi" piloté par le professeur A. Franco pour le Ministère de la Santé, le maintien à domicile devient à ce jour un souhait massivement partagé. Vivre à domicile est même « le gage d'une vieillesse réussie », une sorte d'objectif de fin de vie accomplie ou une sorte de victoire contre le temps qui passe.

La Mission a émis des propositions autour de deux objectifs, afin de répondre au désir des personnes âgées de vivre chez elles en les accompagnant dans leurs parcours de vie :

- faire reculer le curseur de la dépendance afin de desserrer les contraintes du secteur médico-social et de lui permettre de concentrer ses moyens sur les cas les plus difficiles
- faciliter le développement d’une économie de technologies et de services dédiés au vivre chez soi.

Le vieillissement oblige à innover, à faire preuve d’ingéniosité dans l’organisation du système de santé, mais aussi à des nouvelles formes de solidarité. Il paraît évident que les acteurs socio-économiques (industriels, sociétés de service à la personne ou même les professionnels du bâtiment) vont devoir repenser leurs offres en intégrant les besoins spécifiques des personnes âgées. Ce changement de paradigme devient une obligation d’innovation mais aussi une chance de développer de richesses nouvelles, et de créations d’emplois, souvent non délocalisables.

En somme, « *les vieux c’est l’avenir* », clame professeur A. Franco.

B. L’accès aux soins

1. Le service d’accueil des Urgences

a. Les missions

Hippocrate tentait déjà au Vème siècle de définir, l’urgence. Il est intéressant de constater de “l’absence de définition médicale ou administrative du terme urgence”.¹⁴ Cette notion semble trop complexe et s’attache à une personnalisation de chaque urgence. Les motifs de consultation sont multiples et semblent parfois même “inappropriés”. L’urgence se décline selon le contexte,

nos perceptions et celles de l'environnement lors de l'événement. Toutefois, le Pr J-P Carpentier¹⁵ définit l'urgence médicale comme : *“la perception de toute situation empirant rapidement, ou susceptible de le faire, sans intervention médicale ou même avec”*.

Les structures d'urgences reçoivent principalement des patients qui doivent bénéficier de soins inopinés. Elles sont chargées de l'accueil inconditionnel des patients afin de leur apporter du soutien et des soins non programmés sans distinction. Les urgences sont la première porte d'entrée de l'hôpital. La temporalité en est la première cause : ouvertes 7j/7 et 24h/24, elles assurent la permanence des soins et sont le principal pourvoyeur de patients pour l'hôpital. Par ailleurs, il s'agit du service public le plus connu par le grand public. Il est l'interface entre la société et l'accès aux soins.

La notion d'imprévisibilité est un point essentiel. Les Urgences doivent faire face aux “pics” d'activités relatifs aux flux d'admission : les variations de rythme sont très contraignantes et demandent une adaptation à toute épreuve, voire même un arrêt de tâches en cours pour en effectuer une autre plus urgente. Il ne peut donc pas exister de planifications standardisées au vue la grande diversité des motifs.

D'autre part, la notion de “tri” est prédominante aux Urgences. Cette tâche incombe très souvent aux infirmiers, qui sont chargés de déterminer la gravité et de hiérarchiser les patients. Le “tri” se construit autour d'un protocole spécifique à chaque établissement basé sur des modèles théorico-pratiques tels que United Kingdom's Manchester Triage System (MTS) et US Emergency Severity Index (ESI) ¹⁶ .

Finalement les missions du Service d'Accueil des Urgences sont de stabiliser, de prendre en charge l'urgence et d'orienter le patient vers le service le plus adapté à sa situation.

b. La place des personnes âgées dans les services d'urgences

Les patients âgés de plus de 75 ans constituent une patientèle particulière. En effet, la fragilité, la dépendance, la poly médication et la poly pathologie, sont très fréquentes et justifient souvent

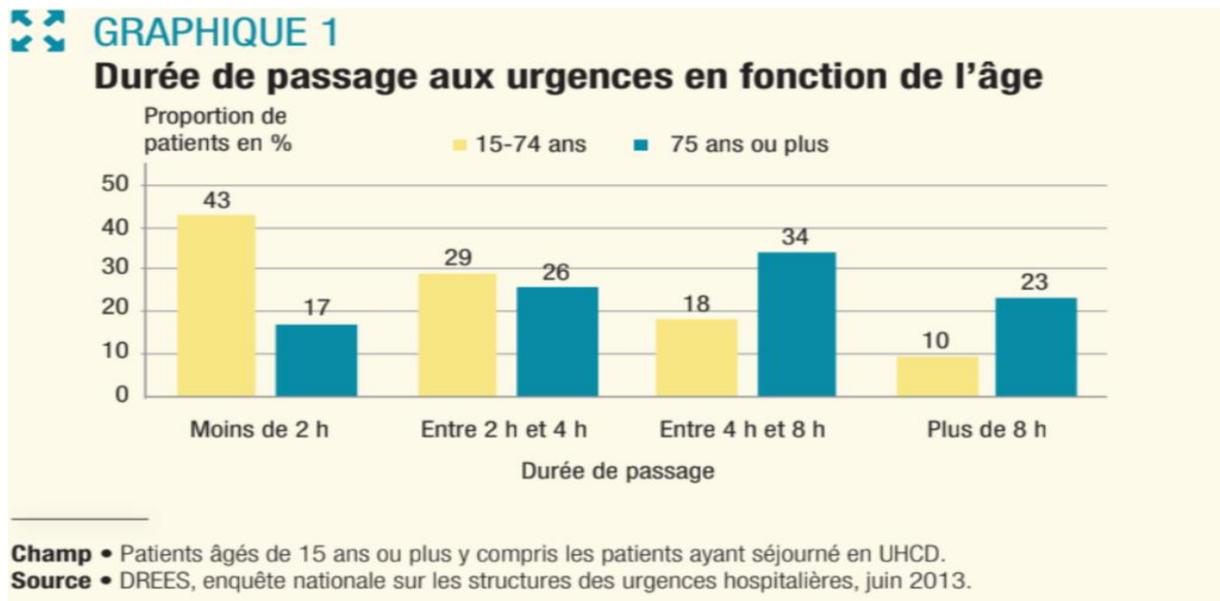
¹⁵ J.P. Carpentier, professeur agrégé, chef du Service des Accueil des Urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées LAVERAN de Marseille, Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, Transfusion sanguine, Ed. Masson, coll. « Nouveaux cahiers de l'infirmier », Paris, 2002

¹⁶ Comparison the Emergency Severity Index and Manchester Triage System in Trauma Patients Hossein Zakeri,¹ Lahya Afshari Saleh,² Shabnam Niroumand,³ and Maryam Ziadi-Lotfabadi^{1,*}

un accompagnement plus complexe. Elles entraînent de ce fait des durées de passages plus longues. Selon une étude de la DREES, le temps de prise en charge est de 4h30 en moyenne pour les personnes de plus de 75 ans et est multiplié par deux par rapport aux personnes de 15 à 74 ans¹⁷. De plus, la durée des passages entre 4 h et 8h est quasiment doublée chez les personnes de plus de 75 ans, notamment en cas d'hospitalisation en UHCD (unité hospitalisation de courte durée).

Graphique1

1



Les principales causes de l'allongement de la durée du passage sont : la diversité des motifs de consultations selon les spécialités d'orientation, l'atypie sémiologique, le temps d'attente pour les examens complémentaires, mais également l'insuffisance des ressources en gériatrie sur place.

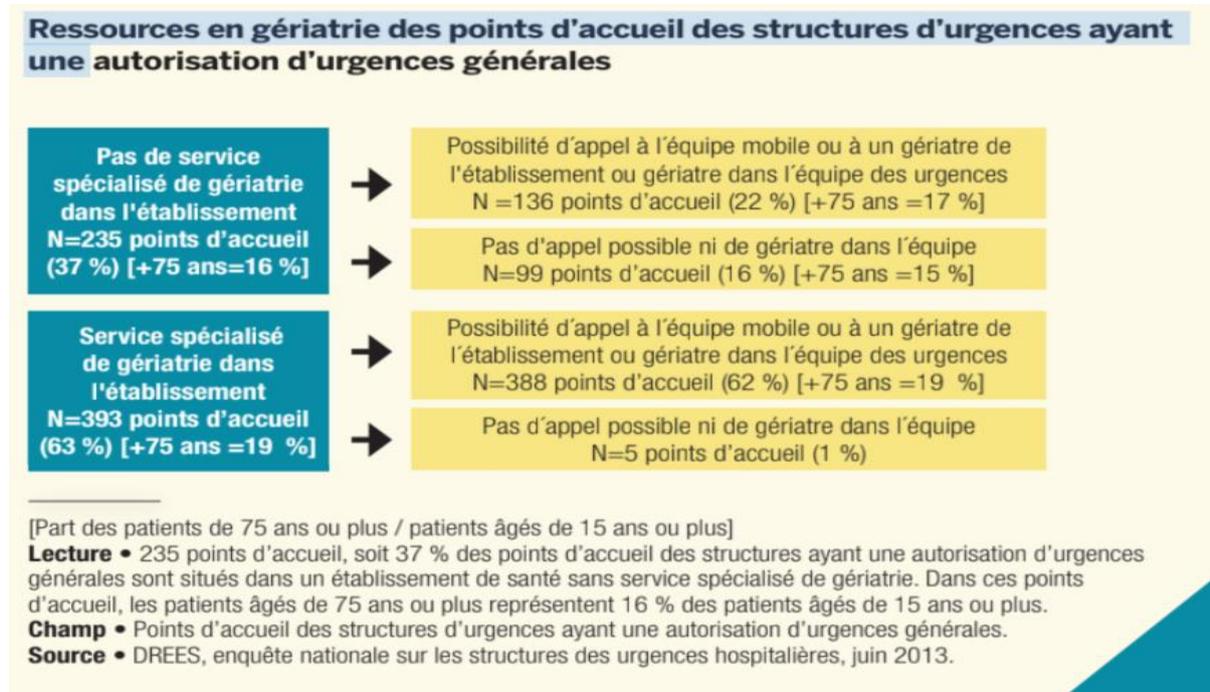
Certains SAU bénéficient de l'intervention d'un gériatre. Selon Péricaud¹⁸, *“l'intervention gériatrique ne diminue pas systématiquement la durée du passage aux urgences, mais permet, à 90 jours, de diminuer le taux d'institutionnalisation, d'augmenter le nombre de retours à domicile et d'améliorer l'autonomie des patients. En revanche, l'appel à une équipe mobile*

¹⁷ Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Mars 2017 n°1008 Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro (DREES)

¹⁸ Pericaud, P. (2009). Évaluation des solutions à l'engorgement des urgences en France et à l'étranger (Royaume-Uni, Canada, États-Unis). [Thèse, Université Paris Descartes].

gériatrique prend du temps”. De plus, le nombre d’hospitalisation en UHCD est moins important lorsqu’un gériatre intervient.

Tableau 1 ressources en gériatries au SAU



2. La filière gériatrique

a. Définition

Il est important de cerner la notion de filière.

Il s’agit selon INSEE ¹⁹d’un “*ensemble des activités complémentaires qui concourent, d'amont en aval, à la réalisation d'un produit fini*”.

Selon le Robert, la filière est “*la succession de degrés à franchir avant de parvenir à un résultat*”.

L’ARS des Hauts de France²⁰ définit la filière comme “*un mode de prise en charge médicale, qui organise la trajectoire du patient dans le système de soins pour en faciliter l'accès et assurer leur continuité*”. Ainsi une filière propose des dispositifs de soins couvrant l’intégralité

¹⁹ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1734>

²⁰ Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2024). Transformation de l'offre pour mieux correspondre aux besoins locaux. Hauts-de-France Agence Régionale de Santé. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/transformation-de-loffre-pour-mieux-correspondre-aux-besoins-locaux>

des parcours possibles du patient en prenant en compte le caractère évolutif et parfois imprévisible des besoins de santé.

La DHOS précise : *“la trajectoire de soins de ces personnes notamment les plus fragiles, doit pouvoir s’inscrire dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins”*²¹.

La filière gériatrique se définit par un ensemble de dispositifs législatifs qui développent une manière inédite d’accompagner les personnes âgées.

b. Les missions

La filière gériatrique en France évolue au fil du temps en fonction des politiques de santé, des avancées médicales et des changements démographiques. Tout l’enjeu de la filière est de prévenir la perte d’autonomie par une prise en charge holistique, en ville comme à l’hôpital. Elle assure les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales. Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

Une filière doit s’attacher à prendre en charge en priorité les personnes âgées résidant sur son territoire d’implantation.

Les contextes dans lesquels la filière intervient :

- les hospitalisations non programmées pour lesquelles les services d’urgence associés aux équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques joueront un rôle
- les hospitalisations programmées, qui vont mobiliser en première intention, en fonction de la pathologie observée et du niveau de recours nécessaire au plateau technique, les services de courts séjours gériatriques, les lits de médecine des hôpitaux périphériques ou les lits de SMR. Ces hospitalisations programmées peuvent être poursuivies au sein des unités de soins de longue durée comme une hospitalisation à domicile (HAD) ou en EHPAD/USLD.

²¹ La circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l’amélioration de la filière de soins gériatriques

- les bilans réalisés à distance (“à froid” selon la terminologie de l’ARS Hauts-de-France), qui relèvent de l’hôpital de jour ou de la consultation gériatrique. Les services de court séjour peuvent le cas échéant être sollicités pour des hospitalisations de bilan très courtes au bénéfice de personnes dont l’isolement social n’est pas compatible avec une prise en charge en hôpital de jour.
- les soins palliatifs, en s’appuyant notamment sur les équipes mobiles et l’unité de soins palliatifs.
- les troubles psycho gériatriques, en s’articulant avec les structures psychiatriques. Ce dispositif doit par ailleurs être associé à de petites unités de gérontopsychiatrie, au sein des établissements psychiatriques, destinées à prendre en charge en milieu spécialisé et pour des durées courtes, les personnes présentant une symptomatologie trop importante pour relever des seuls soins ambulatoires.

Les partenariats dans la filière sont multiples. Le rôle d’expertise de la filière et sa reconnaissance pour la prise en charge des situations complexes peut favoriser les relations et l’organisation de réseaux de santé dits “personnes âgées” associant notamment les hôpitaux de jour, les professionnels de ville et les établissements médico-sociaux. Elle joue un rôle dans la diffusion de la culture gériatrique et dans la formation des personnels des établissements de santé voire dans celle des acteurs libéraux.

L’accompagnement par la filière gériatrique doit notamment contribuer à réduire les taux de ré hospitalisations précoces.

c. L'organisation de la filière

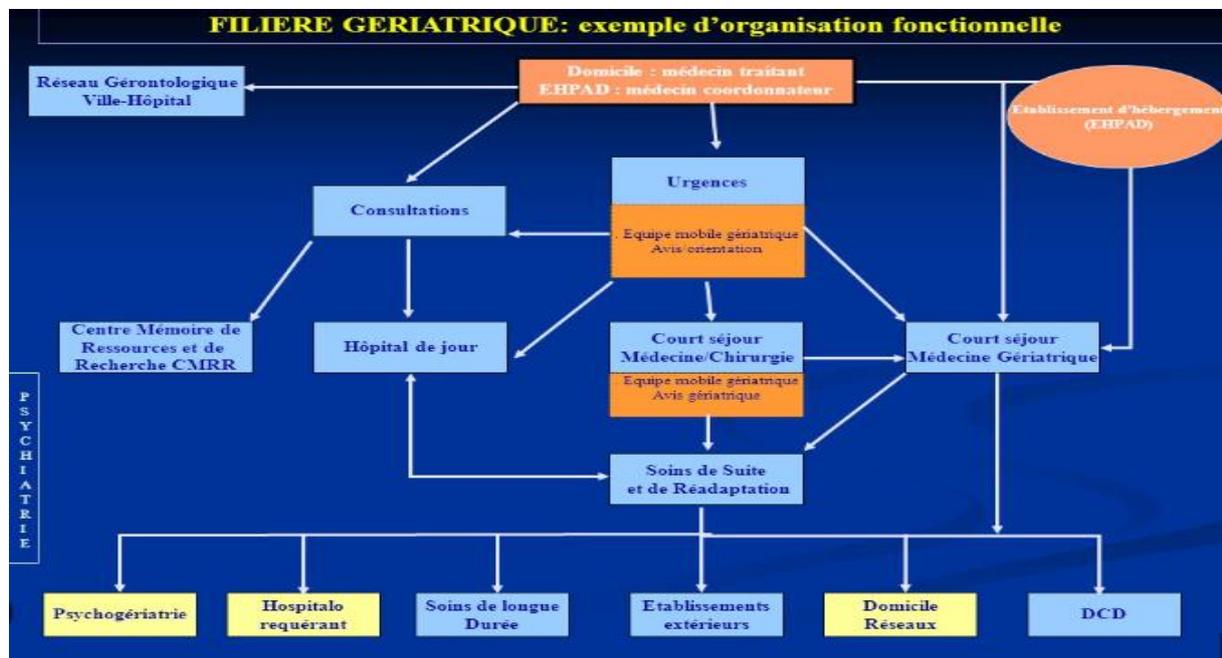
Selon la DHOS²², il est recommandé qu’une filière gériatrique comprenne les structures de soins suivantes :

- un court séjour gériatrique situé dans l’établissement de santé (support de la filière)
- une équipe mobile de gériatrie pour les urgences et les services non gériatriques
- une unité de consultations et d’hospitalisation de jour gériatrique
- un ou plusieurs services de soins médicaux et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SMR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour

²² Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

- un ou plusieurs soins de longue durée type EHPAD ou USLD
- un service d'urgence sur place ou en convention

Exemple d'organigramme d'une filière gériatrique proposé par Pr X. Galimard



Gériatrie et urgence Pr X.Galimard court séjour gériatrique CH IPS site de Saint-Germain-en-Laye

Au sein de la filière, un ou plusieurs établissements s'impliquent selon leurs ressources. Le rôle de chacun est formalisé par convention. Cette convention précise les conditions d'admission et de sortie des patients, les délais d'accompagnement et les procédures de transfert entre chaque service. Elle définit aussi les outils de transmissions et d'informations sur le dossier patient, soit via le DMP, soit après la conception d'une fiche de liaison médicale et paramédicale.

Le partenariat prévoit également une coordination tant administrative que médicale par un gériatre référent.

3. Les soins primaires

Selon l'OMS et l'UNICEF²³, les soins primaires ont une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble. Ils visent à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé

²³ World Health Organization. (n.d.). *Ageing and health*. World Health Organization. Retrieved June 2, 2024, from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

possible et assurent une répartition équitable selon les besoins des populations le plus tôt possible et au plus près de l'environnement de vie. Il s'agit du moyen le plus équitable, économique et efficace pour améliorer la santé physique, sociale et psychique des populations. Cette définition élargie de l'OMS est consécutive à la déclaration Alma Ata en 1978. Elle prend en compte l'environnement de vie, comme l'accès au logement, à l'eau potable ou à l'alimentation.

Selon Y. Bourgueil²⁴, les soins primaires s'organisent en trois modèles :

- Le «normatif hiérarchisé », qui définit les soins primaires dans leurs lois d'organisation du système de santé. Il s'appuie sur les centres de santé avec des règles précises sur des ratios offres de soins/ population. L'activité des soignants est salariée et très hiérarchisée. Les missions de chacune des catégories de professionnels sont déterminées.
- Le «professionnel hiérarchisé». Il s'agit d'un modèle qui accorde une grande place au médecin généraliste. Ils sont les pivots du système de santé et régulent l'accès aux soins des spécialistes souvent en intra hospitalier. La rémunération est liée à l'activité du praticien.
- Le «professionnel non hiérarchisé». L'organisation des soins ambulatoires est à l'initiative des acteurs de soins, sans les hiérarchiser. L'organisation des soins est régulée par une logique libérale, contractuelle. Les praticiens sont rémunérés à l'acte.

Les soins primaires en France relèvent du modèle «professionnel non hiérarchisé». Il est caractérisé par une offre de soins conséquente, hétérogène, dont les relations entre professionnels sont basées sur la logique concurrentielle mais également confraternelle.

A ce jour, l'évolution du système de santé s'accélère sous l'effet des changements démographiques (« papyboom »), sociologiques et économiques. Ces derniers conduisent d'une part, à une rationalisation progressive du système notamment pour la création de nouvelles formes d'organisation comme la filière gériatrique. Et d'autre part, les professionnels doivent s'adapter aux besoins des patients notamment porteurs de pathologies chroniques, dont

²⁴ Bourgueil, Y. (2010). Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. Revue française des affaires sociales, 2010(3), 11-20.

leur accompagnement devient plus en proximité et en mobilisant de plus en plus d'intervenants spécialisés.

Le système de soins en France pose les bases de la reconnaissance des compétences des professionnels notamment les médecins généralistes comme pilote de la coordination et de l'orientation de ses patients. Ils constituent le premier contact médical de la population avec le système de santé. La médecine générale est la spécialité des soins de santé primaires.

Les infirmières libérales font parties du paysage des soins ambulatoires. Elles sont des auxiliaires médicales qui agissent tant sous prescription d'un médecin que de manière autonome notamment dans le maintien des personnes âgées à domicile, la prévention et la promotion de la santé notamment dans le cadre des maladies chroniques. Les soins réalisés et les relations avec les autres professionnels de santé (médecins généralistes le plus souvent) ou les proches diffèrent de l'activité en structure hospitalière. L'infirmière libérale est l'appui du quotidien des patients vivant à leur domicile. Elle est le relais du médecin et a une analyse clinique acquise en formation et par l'expérience. Depuis plusieurs années, l'émergence de nouvelles compétences chez les infirmières libérales permet d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées à domicile par la possibilité de renouveler certains dispositifs médicaux tels que les pansements. Il s'agit de permettre aux médecins traitants de limiter leurs interventions tout en gardant leur place centrale dans le parcours-patient, grâce à une relation étroite avec les partenaires de soins primaires, les spécialistes et les équipes hospitalières.

Actuellement, les modes d'exercice en groupe ou en équipe se développent par la création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et plus largement les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces initiatives sont soutenues par l'Etat et les collectivités locales.

C. Problématique et hypothèse de recherche

Suite à l'exploration théorique, j'ai souhaité orienter ma recherche autour de la question suivante :

Pour les personnes âgées en situation complexe à domicile, pourquoi le transfert aux Urgences est-il utilisé en priorité, plutôt que l'admission directe dans la filière gériatrique ?

J'ai donc envisagé mon travail autour de l'hypothèse suivante :

Il est établi que la filière gériatrique est plus adaptée que les SAU à la prise en soins des patients âgés en situation complexe. Toutefois, le passage par les Urgences reste privilégié par les acteurs de soins primaires. Cette situation pourrait découler de plusieurs facteurs : le manque de temps, le manque de disponibilité médicale, le manque d'information sur l'offre de soins, notamment en gériatrie.

III. Méthodes et Matériels

A. Modélisation de l'étude

L'approche de cette étude se définit par l'analyse interprétative phénoménologique basée sur l'exploration empirique d'un groupe de personnes dont le ressenti est essentiel pour comprendre le phénomène. Le but est d'obtenir des données pouvant être analysées et de déterminer une relation entre les éléments empiriques, les pratiques recommandées et la pratique avancée.

Il s'agit donc d'une recherche qualitative descriptive multicentrique. Elle s'articule autour des acteurs de soins primaires (médicaux et paramédicaux), leurs perceptions du phénomène et les répercussions sur leur pratique.

Le chercheur est infirmier étudiant en pratique avancée ayant eu des apports théoriques sur les différents types de recherche notamment qualitative, auprès de la faculté de médecine de Lille.

B. Cadre légal et éthique

Toute recherche se doit d'être respectueuse des droits et des devoirs sur l'utilisation des données personnelles notamment en matière de santé. S'agissant ici, d'une étude descriptive sur des données basées sur l'expérience des soignants sur une pratique, la loi Jardé ne requiert pas d'accord d'un comité d'éthique ou de déclaration à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Le chercheur a transmis une information claire et loyale aux soignants interrogés avec une présentation de la démarche, le cadre universitaire de la recherche ainsi qu'une brève présentation de l'objectif de l'étude. Les recueils d'informations sont enregistrés sur dictaphone et sont anonymes puis retranscrits. Les audios seront détruits après la soutenance de ce mémoire.

Il va de soi que les verbatim sont authentiques et ne feront pas l'objet de jugements de valeurs et le contenu sera analysé dans le but de répondre à la question de recherche et de corroborer ou non à l'hypothèse de départ.

L'accès aux verbatim en version numérique est disponible via le lien suivant :

<https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:b93ce8c8-a74a-42dd-bc4d-ed76ade30b52>

C. Le choix de la population

A travers cette recherche, je souhaite comprendre les éléments contextuels qui poussent les professionnels en soins primaires à orienter les patients gériatriques dans l'une ou l'autre des filières (urgences ou filière gériatrique).

J'ai choisi de prendre en compte les deux professions : infirmier et médecin généraliste.

A domicile, l'infirmier est parfois seul dans le processus de décision et le parcours de soin. Il a une connaissance précise de son patient en situation complexe, par son jugement clinique et ses connaissances de l'offre de soins et de la priorisation des besoins en santé.

D'autre part, le médecin traitant est considéré comme le "chef d'orchestre" de l'accompagnement des patients porteurs d'une pathologie chronique. Il coordonne le parcours de soins et est modulateur de l'orientation en tenant compte des dimensions du patient en amont et en aval de sa complexité d'accompagnement.

Par ailleurs, j'ai choisi d'interroger un expert de la filière gériatrique du GCS (groupement de coopération sanitaire) du Sambre Avesnois. Il s'agit d'un infirmier coordinateur recruté spécifiquement pour favoriser l'admission directe dans la filière gériatrique sans passer par les Urgences. Il travaille en partenariat avec le médecin coordonnateur de la filière ainsi qu'avec l'ensemble des prestataires de santé du territoire. Il possède une parfaite connaissance de l'offre de soins, des professionnels du territoire et apportera un avis très éclairé sur les fondamentaux de la filière gériatrique.

Le territoire concerné par l'étude est également un élément à prendre en compte. L'orientation des patients est déterminée au niveau national, mais le but est de cibler ce phénomène dans une limite territoriale. J'ai donc choisi de l'évaluer sur le territoire de Sambre-Avesnois. En effet, la proximité avec les professionnels de santé sera facilitatrice, et connaître l'offre de soins du territoire où je vais pratiquer sera un bénéfice supplémentaire.

L'échantillonnage sera aléatoire.

Critères d'inclusion :

Tout médecin généraliste et tout infirmier exerçant dans une activité libérale de manière régulière, avec une patientèle hétérogène non spécifique à la gériatrie mais accompagnant au quotidien des personnes âgées à domicile dans le territoire de Sambre Avesnois en périphérie de la ville de Maubeuge.

Critères d'exclusion :

L'expérience de moins de 6 mois dans l'activité de soins primaires libérale est le seul critère d'exclusion.

D. Le recueil des données

L'approche phénoménologique interprétative consiste à déterminer les circonstances d'une pratique, d'une orientation basée sur des éléments contextuels. L'entretien semi-directif individuel est l'outil privilégié pour laisser au professionnel interrogé la possibilité de s'exprimer sur ses pratiques, son approche de la gériatrie et ses connaissances sur l'offre de soins du territoire etc., à partir d'un guide d'entretien de questions ouvertes (Annexe 1). Il permet une animation souple et permet de rebondir facilement sur les thèmes envisagés, comme dans une conversation. Les éléments verbaux sont essentiels mais cette technique permet aussi d'identifier les éléments non-verbaux, qui accompagnent le discours tant dans son contenu que dans l'expression des émotions.

Les entretiens seront proposés en présentiel ou en distanciel, au choix des professionnels. La durée des entretiens sera en moyenne de 30 minutes.

La retranscription des verbatims sera la plus fidèle possible en tenant compte de la communication non verbale.

IV. Résultats de l'étude

Population de l'étude

Sept professionnels ont été inclus dans l'étude. Deux médecins généralistes en activité libérale, quatre infirmiers libéraux et un infirmier coordinateur de la filière gériatrique du GCS de Sambre- Avesnois. L'étude se construit dans le cadre des études du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée, et est limitée par des contraintes de temps, des contraintes matérielles et le manque de disponibilité des professionnels de terrain (manque de temps, mais aussi représentation parfois encore péjorative des IPA auprès des libéraux).

Les entretiens semi-dirigés se sont effectués de février à mars 2024 à l'aide d'un guide d'entretien commun (annexe 1) aux professionnels libéraux en soins primaires et un autre guide spécifique (annexe2) pour l'infirmier coordinateur de la filière gériatrique. Une lettre d'engagement de non-divulgence des informations transmises leur a été adressée. (Annexe 3) Les entretiens ont duré entre 25 et 45 minutes. La saturation des données a été atteinte au bout de six entretiens et le septième pour confirmer celle-ci.

Les caractéristiques de la population

| Fonction | Âge | Sexe | Expérience professionnelle en libéral en années | Patientèle gériatrique en pourcentage ressenti | Fréquences des situations urgentes par semaine |
|-----------|--------|----------|---|--|--|
| Médecin G | 52 ans | Féminin | 22 ans | 70% | 5 à 6 |
| Médecin G | 72 ans | Masculin | 42 ans | 75% | 3 à 5 |
| IDEL | 32 ans | Féminin | 7 ans | 80% | 2 à 3 |
| IDEL | 42ans | Féminin | 13 ans | 80% | 4 à 5 |
| IDEL | 37 ans | Masculin | 7 ans | 80% | 2 à 3 |
| IDEL | 47 ans | Masculin | 21 ans | 75% | 2 à 4 |
| | | | Expérience de coordination en de filière | | |
| IDEC | 34 ans | Masculin | 3 ans | 100% | Quotidienne |

Six thèmes principaux se dégagent suite à l'analyse interprétative des données des entretiens :

1. La difficulté de mobilité
2. Le partenariat pour mieux orienter

3. Le contexte d'accompagnement
4. Le jugement clinique
5. L'offre de soins
6. La formation en gériatrie

Ils sont issus d'une analyse phénoménologique interprétative. Il s'agit de faire émerger des thèmes ordonnés en s'appuyant sur les verbatim. L'analyse sera évidemment illustrée par des séquences d'entretien.

1. La difficulté de la mobilité
 - a. La dépendance

“ Les patients âgés : une dame qui a 80 ans, qui n'a pas de permis, qui est toute seule chez elle, bah elle ne peut pas marcher jusqu'au cabinet. Donc c'est difficile pour elle !”(MG) Chaque professionnel interrogé évoque la problématique de la dépendance des personnes âgées dans l'orientation vers les services de soins. La patientèle médicale et paramédicale est majoritairement gériatrique et le manque de mobilité pour consulter un médecin demande une anticipation chronophage et organisationnelle. *“ On appelle le CCAS, ils vont les chercher à domicile pour venir au cabinet... ils font le ramassage”*(MG). Les déplacements sont complexes en lien avec le contexte poly pathologique et peuvent rendre l'accès aux soins difficile. *“S'ils sont seuls sans personne pour les conduire avec des troubles de la marche ou cognitifs, impossible de les envoyer voir un médecin dans un délai satisfaisant”* (IDE).

La dépendance des personnes âgées est un élément déterminant dans le maintien à domicile. Les infirmiers libéraux sont en première ligne pour assurer des soins liés à la dépendance à domicile. Elle est devenue depuis quelques années un élément central dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile par le bilan de soins infirmiers (BSI). *“Quand on doit remplir le code correspondant... on a une grille administrative, puis des grilles comme l'échelle Norton, les échelles sur la nutrition. C'est plus quand on doit faire du nursing”*. *“Quand les patients ont besoin de soins d'hygiène ou d'aide au quotidien, on doit faire un BSI... donc validé par la Sécu”* (IDE). Le BSI est un outil développé par l'Assurance maladie, permettant de déterminer la dépendance du patient à domicile et les prestations de soins sont forfaitisées selon un degré *“de prise en charge “ légère, intermédiaire ou lourde. “*

D'autre part, les besoins en santé sont directement corrélés à la dépendance. Le nombre de passages infirmiers par jour est plus important si la dépendance est jugée plus sévère. *“Deux à*

trois passages par jour. En général, c'est des prescriptions qui sont faites... grosso modo pour les patients de plus de 75 ans.” (MG). “*Ça fait à peu près une trentaine de passages par jour sur une journée pour les personnes âgées dépendantes*”(IDE).

b. Le manque de visite médicale à domicile

Le déplacement des médecins généralistes au domicile des patients devient de plus en plus complexe. A ce jour, les médecins généralistes sont en difficulté. Il leur manque du temps pour travailler, pour assurer les visites à domicile et pour évaluer globalement leurs patients âgés. Le phénomène est partagé et regretté par toutes les catégories professionnelles en soins primaires, tant médecin qu'infirmier. Les médecins interrogés proposent tout de même un créneau dans leur emploi du temps pour leur visite à domicile, le plus souvent sous la forme d'une demi-journée par semaine “*ce ne sont que des personnes âgées, qui ne peuvent pas se déplacer*” (MG) (lien avec la dépendance). Ils souhaitent garder cette plage horaire pour selon eux “*garder le lien avec l'environnement de vie de mes patients âgés et leurs proches, parfois en dépendance également*”. “*Mais je sais que je suis une vieille et peut-être une des dernières du coin à le faire. Après c'est le temps !! Je sais que je vais finir tard, passé 20h car... aujourd'hui les médecins qui font du domicile c'est rare. Mais c'est tellement sympa de voir les patients chez eux. On comprend mieux parfois leurs difficultés...*” (MG).

Les infirmiers libéraux sont confrontés au problème de mobilité des médecins. Leur activité est soumise à prescription médicale et sont les relais des médecins généralistes directement au domicile des patients. “*Les médecins traitants ne font plus de domicile donc... c'est compliqué, surtout les nouveaux médecins. Tout passe par le médecin traitant... faut courir après une ordonnance. Si tu as besoin d'une écho, d'une radio, un bon de transport... un renouvellement. Tout passe par le médecin traitant qui est de moins en moins disponible, et dont on a besoin de plus en plus. Parce que les patients vieillissent, l'objectif de tout le monde, c'est les (les personnes âgées) garder à domicile le plus longtemps possible... Et c'est ça qui nous perturbe, dans notre prise en charge. Et ce qui ne bénéficie pas aux patients. C'est délétère ... et parfois ça aboutit à des situations d'urgence.*” (IDE) “*Ce qu'il nous faudrait c'est un médecin disponible plus rapidement. Parce que parfois on est dans l'impasse. J'ai une simple bronchite chez une dame. On ne va pas l'envoyer aux urgences quand même.*” (IDE)

c. La temporalité

La question de la temporalité est évoquée régulièrement, notamment à travers le “*travail-fantôme*²⁵” (selon A.Casilli ce travail invisible réalisé par la grande majorité de la population constitue une force de travail numérique qui s’ignore et qui n’a pas conscience de produire de la valeur) : “*la temporalité, c’est un obstacle. Le temps qui nous pose problème...de travailler avec des horaires élastiques, un peu trop élastiquée. C’est une contrainte je pense aussi à l’orientation. Je suis content quand j’ai fait le job, mais beaucoup de temps au téléphone à appeler des confrères ou à trouver une solution*”. “*Ce sont plusieurs appels à faire avec une voisine, une infirmière qui connaît quelqu’un... c’est du travail-fantôme qui n’est pas dans le cahier des charges des admissions directs*” (IDEC). Il semble important de distinguer deux types de temporalité : celle du soin et celle du « téléphone ».

Tous les professionnels sont tiraillés. D’une part, les soins proprement dit qui sont le cœur de métier et qui sont reconnus par les organismes financeurs. D’autre part, le temps passé à trouver une solution financière, administrative, sociale ou d’orientation vers les spécialistes ou les Urgences.

d. Le transport sanitaire

“*S’il y a des médecins de garde, des généralistes aux Urgences au centre hospitalier, ça peut toujours dépanner. Mais c’est pareil, il faut emmener nos patients là-bas. Qui les emmène ? S’il n’y a pas de famille, s’il n’y a pas de moyens de locomotion dans la famille. On ne va pas appeler le SAMU pour nous détacher un SMUR surtout pour une bronchite stable le weekend*” (IDE).

Le transport sanitaire est un paramètre-clé dans l’orientation des patients. Il est crucial pour tous les professionnels, du médecin à l’infirmier coordinateur en passant par l’infirmière. Transférer un patient de son domicile vers un service de soins, les Urgences ou même une consultation devient un casse-tête pour les équipes de soins primaires. “*J’ai des soucis avec le transport sanitaire lorsque j’ai un accord d’admission à 11h, trouver une ambulance est de l’ordre de l’impossible*” (IDEC). La difficulté est telle que les professionnels le comparent au manque de médecins traitants. Entre les ambulances privées, celles mandatées par le SAMU,

²⁵ Antonio Casilli, « [La plateformes comme mise au travail des usagers \[archive\]](#) » [PDF], sur Hal.science, 2018

les SMUR..., l'offre est limitée. En somme, la possibilité de transport est un déterminant dans l'orientation de la personne âgée en situation complexe à domicile.

2. Le partenariat pour mieux orienter

a. "Le système D"

La gestion des urgences à domicile est associée par tous les professionnels médicaux et paramédicaux à "la débrouille"(MG). *"En fait c'est la débrouille tu vois, si on ne connaît pas du monde, c'est vrai que c'est compliqué"* (IDE). On observe que les professionnels en soins primaires doivent constamment s'adapter. *"Je trouve toujours une solution, même si ça prend deux heures, sauf que j'accumule du retard"* (MG). La question du réseau est essentielle. *"Quelles sont les ressources aujourd'hui que vous connaissez ? Bien, l'expérience et mon carnet d'adresse. Ça fait beaucoup !!"* (MG). Le "système D" revient à une coordination qui ne dit pas son nom. Il s'agit de connaître des personnes ressources qui travaillent dans les structures qui peuvent par le biais de connaissances, orienter un patient dont la situation est précaire.

"Vraiment quand je ne m'en sors pas en gériatrie... je téléphone à Dr N. qui me le prend en gériatrie aiguë, ...pour faire un bilan" (MG). Ou *" Quand je voyais une personne âgée et que je trouvais une ACFA... je téléphonais moi-même au cardiologue sans demander et j'avais un rendez-vous en urgence"* (MG).

b. La collaboration médecin-infirmier

Il semble important de dissocier la collaboration de la coordination. La première relève de l'exécution des tâches et des activités de soins, l'autre fait plutôt référence à la planification et à l'utilisation des ressources.

"Je communique beaucoup avec les infirmières avec qui je travaille. On discute souvent des problématiques des patients. Elles sont les premières lignes. Parce que c'est elles qui les voient tous les jours » (MG).

3. Le contexte d'accompagnement

a. Les aidants familiaux

La gestion médicale et/ou paramédicale d'une situation complexe à domicile est conditionnée à la présence ou non d'un aidant. Il est évident que pour les professionnels la présence d'un aidant permet de temporiser à domicile dans l'attente d'une place en hospitalisation programmée notamment dans la filière gériatrique. *« On s'organise surtout avec la famille pour voir ce qu'il est possible de mettre en place parce que nous, on leur dit clairement que l'état de santé de Madame ou Monsieur à domicile peut être compliqué. Nous pouvons venir trois fois par jour mais on ne peut pas remplacer une présence permanente »* (IDE). L'aidant est perçu comme un partenaire, dont les connaissances médicales sont limitées mais qui apporte un support aux professionnels. *« On essaie de voir avec la famille et on les forme à détecter des signes qui alertent »* (IDE).

Par ailleurs, l'isolement de certaines personnes âgées à domicile influence l'accompagnement soignant. L'absence d'aidant au quotidien amène les professionnels à anticiper la décompensation *« C'est très compliqué ! Quand on a des cas où l'état de santé est très précaire à domicile, ou on sent vraiment que c'est le genre de patients qui s'embrouillent avec toute sa famille, donc plus personne ne veut aller les voir, on oriente très vite vers les Urgences ou on fait le lien avec le médecin traitant très rapidement. Tu essaies d'anticiper mais parfois, tu arrives et le patient décompense ou il chute et il reste 6-8h sur le sol tout seul. C'est l'aide à domicile qui le trouve et elle appelle les pompiers »* (IDE). Les patients socialement isolés ne bénéficient plus de relations suffisantes en quantité et en qualité et se retrouvent parfois en situation de souffrance et de danger. *« On en revient toujours au fait où la personne âgée qui n'a pas la capacité de bouger ou qui n'a pas d'entourage pour pouvoir l'amener quelque part. Cette personne reste isolée »* (MG). L'accueil par le service des urgences devient une nécessité pour donner un accès aux soins lorsque le patient est seul.

b. Les structures de soins à domicile

Selon les professionnels interrogés, l'adhésion à une équipe coordonnée améliore l'accompagnement. *« L'infirmier travaille seul mais a des relais... Un ensemble de professionnels qui peut l'aider, notamment la CPTS.... Ça regroupe des médecins, des médecins gériatres, des paramédicaux aussi, des kinés, des ortho, des infirmiers bien sûr et des*

spécialistes. Quand on a des soucis de prise en charge ou de parcours de soins, on peut solliciter leurs conseils” (IDE). “C’est une richesse, avant on était vraiment seul, à présent on peut solliciter la CPTS” (IDE). “ A présent les libéraux se regroupent en association. Donc quand un infirmier ou un médecin ne peut pas prendre, un autre peut le faire” (IDEC).

S’ajoutent également les prestataires de soins associatifs. Présents pour l’aide aux tâches ménagères, courses mais aussi pour les soins d’hygiène, ils participent à l’accompagnement des patients avec les professionnels de santé. Ils se coordonnent pour élaborer la prise en charge. Leur intervention est bien souvent à l’initiative du professionnel en soins primaires ou d’un service hospitalier lors d’un bilan social partagé avec l’équipe à domicile.

Les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) ou l’HàD (Hospitalisation à Domicile) sont décrits par les professionnels infirmiers libéraux et médecins généralistes comme des interlocuteurs privilégiés dans les parcours de soins. Ce sont des relais lorsque l’accompagnement devient plus complexe, ou que les soins liés à la dépendance des patients deviennent trop importants pour être assurés par un seul professionnel.

L’utilisation d’outils de transmission est essentielle. *“Il y a un carnet chez nos patients, où on note. On laisse un mot aux médecins. S’il y a l’HàD. Il y a le dossier spécifique, le classeur du patient qui mis en place par l’HàD. Et nous, on fait nos transmissions dedans à chaque passage. Sinon on utilise les What’s app® ou le téléphone mais pas de messagerie sécurisée” (IDE).*

Les outils de communication sécurisés et validés par les autorités sont peu utilisés.

c. Le lien ville-hôpital

Le lien ville-hôpital assure une fluidité des parcours de soins, notamment en gériatrie. Cependant selon les professionnels interrogés la temporalité de l’hôpital alourdit leur accompagnement au quotidien. *“Les patients sortent de plus en plus tôt de l’hôpital... et parfois avec des soins spécifiques. On a beaucoup de patients qui sortent avec des protocoles antidouleurs intraveineux ou des pansements complexes” (IDE).*

En revanche, des solutions existent pour améliorer le quotidien des soignants et in fine celui des patients. *“ C’est un prestataire de soins qui gère ça. Donc en fait, ce sont des infirmières qui font le lien entre le médecin prescripteur spécialiste (souvent chirurgien, plaies chroniques etc..) qui fait la prescription initiale et passe par ce prestataire, et nous envoie les ordonnances. Il va s’occuper d’envoyer aux pharmacies et de livrer au domicile du patient” (IDE).* Les prestataires de soins sont le lien entre les soins primaires et l’hôpital. Ils permettent aux

infirmiers d'obtenir de meilleures conditions de travail, tout en limitant les interventions du médecin traitant, évidemment informé des prestations émises par le spécialiste. La collaboration est effective et le partage de connaissances est assuré par une communication entre infirmier libéral, infirmier prestataire et médecin spécialiste. *“Ça permet de gagner du temps parce que nous, quand on a un problème, on a leur numéro. Chaque semaine, on leur envoie des photos des plaies par exemple. Elles voient directement avec le médecin spécialiste avec nos commentaires, qui dans l'heure, a prescrit des pansements à l'argent par exemple. C'est parti en commande et on les a reçus le lendemain. On a gagné énormément de temps. Plutôt que solliciter le médecin traitant surchargé, tu perds parfois une semaine. Là en une heure ! Donc les prestataires de soins sont vraiment très utiles”* (IDE).

4. La clinique

“Je juge avec mes connaissances et mon expérience de ce qui, pour moi, est le service le plus pertinent” (IDEC). *“C'est la clinique qui va nous aider à orienter, car en termes de paracliniques à domicile, on n'a pas grand-chose. Tu n'as pas accès à un plateau technique rapidement”* (IDE). *“Si c'est une chute, il faut transférer aux Urgences pour un bilan radiologique, devant un tableau clinique d'impotence fonctionnelle, ou de déficit. Tout ce qui est infectieux, on va plutôt contacter le médecin traitant, faire une bio et on réévalue”*(IDE).

La clinique est le socle de l'activité de soins. Elle repose sur l'analyse de données sémiologiques mais également sur une approche systémique de la personne âgée vivant à son domicile. Il s'agit d'un élément déterminant d'orientation mais il n'est pas le seul. *« Il faut tenir compte du contexte »* (MG). D'après les soignants interrogés, lorsque le jugement clinique devient le critère prévalent, le patient est orienté vers les urgences. *“ Quand on voit que la situation, avec l'expérience infirmière clinique, on voit aussi un patient il va vers une décompensation... On voit si c'est une phase aigüe ou si c'est juste du chronique qui a du mal. ”* (IDE). *“Quand je vois un patient en détresse respiratoire, ou une perte de conscience, je ne cherche pas. Je l'envoie aux urgences avec un avis du SAMU avant”*. (MG)

5. L'offre de soins du territoire

Trois composantes ressortent des entretiens concernant les difficultés d'orientation.

La première concerne le manque de places disponibles dans les services de spécialité, notamment en gériatrie, en accès direct à proximité, entraînant une orientation vers les Urgences ou vers un centre hospitalier éloigné du lieu de vie des personnes âgées.

La deuxième est de l'ordre de la communication. La filière gériatrie en particulier est méconnue par les professionnels libéraux.

La dernière est liée au délai d'accès au plateau technique à partir du domicile (laboratoire d'analyses, centre de radiologie), qui est souvent perçu comme trop long.

a. Le manque de lits d'aval spécialisés

Le problème est d'obtenir une offre de soins suffisante pour accueillir dans les meilleures conditions les personnes âgées du domicile vers les structures spécialisées. *“Le problème, c'est les lits d'aval. Ce n'est pas de mon fait. Je suis tributaire du capacitair sur le territoire. C'est arrivé à un moment, il n'y a plus de disponibilités. Ça m'est arrivé de diriger vers le CH de Le Quesnoy qui est hors territoire”* (IDEC). Le nombre de lits disponibles sur le territoire en accès direct est limité car les hôpitaux accueillent également des patients âgés venant post-urgences ou des services aigus, dont la continuité de soins doit se faire dans un service de gériatrie.

Par contre, la question de l'orientation vers les services d'urgences est unanime : l'accès aux soins est facile et est assuré 24h/24 sans délai de prise en charge.

Pour autant, médecins et infirmiers reconnaissent, par leur expérience, que l'accompagnement des personnes âgées n'est pas optimal aux urgences et requiert des soins spécifiques par des équipes formées et entraînées. L'orientation vers les urgences n'est pas souhaitée. *“ Les urgences, le moins possible, vraiment quand ils sont en détresse”* (MG). *“Sincèrement, j'évite de passer par les urgences, c'est compliqué parce que les patients âgés attendent trop longtemps et souvent très vite mis en UHCD car ils sont trop complexes”* (MG).

b. La communication

Durant les entretiens, la question concernant les ressources du territoire est la plus embarrassante. Les professionnels ne connaissent pas la filière gériatrique. *“Oui il y a des filières... Comment ça s'appelle, je ne sais plus. C'est vrai que je ne participe pas à tout ça !”*

(MG) “, *Je ne savais pas qu'on pouvait contacter directement les SSR ou l'UCC pour hospitaliser un patient*” (MG). Tous les professionnels interrogés sont également unanimes sur la méconnaissance de l'activité en gériatrie sur le territoire du Sambre-Avesnois.

“En termes de communication, elle s'est surtout axée sur le corps médical. On va attaquer la communication auprès des infirmiers libéraux... quelquefois, ils sont seuls face à leur patient, car il y a de moins en moins de médecins disponibles... C'est un nouveau dispositif qui se met en place, il faut y aller crescendo les médecins puis les infirmiers libéraux, tu as quand même 195 IDE libéraux en activité sur le territoire. On communique avec le CPTS actuellement. Il s'agit d'une véritable démarche marketing.” (IDEC)

La communication est essentielle pour faire connaître le dispositif. Les échanges entre la filière et les organisations de soins primaires se mettent en place sur la base de partage d'outils comme un dossier de liaison créé par l'infirmier coordonnateur de la filière gériatrique du territoire, ou la participation aux réunions inter-hôpitaux et MSP ou CPTS.

En somme, connaître l'offre de soins gériatriques est indispensable pour orienter dans cette voie.

c. L'accès au plateau technique

La possibilité d'obtenir des examens paracliniques au domicile est également déterminante. L'accès à un plateau technique radiologique et biologique pèse fortement dans la balance bénéfico-risque pour l'orientation des patients vers les Urgences. Ces dernières en sont équipées et les délais sont plus rapides qu'en soins ambulatoires. Il est donc nécessaire d'en prendre conscience au quotidien pour les professionnels. “ *On est vite limité à domicile. Je veux dire en termes de comment dire de paraclinique, tu n'as pas grand-chose. A part des biologies...*”, “ *Du coup plutôt que d'envoyer aux Urgences, je me suis acheté un électro, mais ça reste peu par rapport à l'hôpital*” (MG).

6. Les besoins de formation en gériatrie

Pour bien accompagner, il est nécessaire de se former. L'orientation des patients est aussi déterminée par la capacité des professionnels à répondre à leurs besoins spécifiques. Les connaissances spécifiques en gériatrie améliorent l'accompagnement des patients. La sémiologie parfois atypique, le contexte polyopathologique ou la iatrogénie demandent aux

professionnels une adaptation constante et une vision globale de la personne pour assurer son suivi et/ou son orientation vers les spécialistes ou les services hospitaliers. La formation est un outil d'amélioration des pratiques. *“Ce serait intéressant d'avoir des formations sur comment anticiper ce qui peut dégénérer chez un patient âgé. Et comment ne pas attendre ? Comment éviter la case urgence ? Ça serait intéressant qu'elles soient validées par les ARS prestées par des gériatres par exemple ”* (IDE).

L'Assurance Maladie finance la formation des libéraux, en proposant un catalogue de formation sur toutes thématiques. D'après les professionnels, les formations sur l'approche des patients âgés seraient peu proposées et sembleraient mal ciblées. Elles n'amèneraient pas de plus-value dans la pratique.

V. Discussion

A. Analyse et discussion

Cette étude qualitative porte sur la voie d'accès à l'Hôpital des personnes âgées vivant à domicile en situation complexe. L'objectif principal est de comprendre les raisons qui poussent les professionnels de soins primaires à orienter leurs patients gériatriques vers les Urgences plutôt que dans la filière gériatrique. L'étude comprend six professionnels exerçant en ambulatoire en activité libérale dans la périphérie de l'agglomération de Maubeuge, et un infirmier coordonnateur de la filière gériatrique pour le GCS de Sambre Avesnois. L'analyse des entretiens, fait apparaître six thématiques.

1. Les urgences : porte d'entrée des “dépendants”
2. Le partenariat pour mieux orienter
3. Le contexte d'accompagnement
4. Le jugement clinique
5. L'offre de soins
6. La formation en gériatrie

1. Les urgences : porte d'entrée des "dépendants"

L'évaluation de la dépendance devient une priorité pour optimiser l'accompagnement des patients âgés à domicile. Le but est de pouvoir assurer un suivi avec des outils validés par les autorités sanitaires. Les professionnels réévaluent au quotidien leurs patients au travers de différentes actions : la gestion des traitements, la marche, la toilette, l'aide au repas etc. L'aggravation de la dépendance est anticipée afin d'orienter le patient vers un accompagnement spécialisé via la filière gériatrique par exemple. Néanmoins, les "*chutes ou les urgences dites autonomes*" (décrites par deux infirmières comme une "*altération importante des ressources physiques, sociales et psychiques des patients*") requièrent un bilan plus urgent qui nécessite une admission aux urgences. La dépendance augmente le risque de passages aux urgences ; notion reprise par tous les professionnels interrogés.

Malgré les passages quotidiens, les évaluations régulières par les paramédicaux ou les actions thérapeutiques, l'accompagnement à domicile est parfois trop précaire au vu de la dépendance. Les soignants arrivent au bout de leurs possibilités et orientent rapidement vers les urgences pour que leur patient bénéficie de soins plus spécifiques avec des ressources plus importantes.

La fragilité est corrélée directement au risque d'hospitalisation. L'accueil par les Urgences des personnes dites "fragiles" n'apporte rien d'autre qu'une aggravation de celle-ci selon l'étude du Pr Yonathan Freund et du Dr Mélanie Roussel en 2023. Les conséquences sont multiples pour le patient et le système de santé : la durée d'hospitalisation plus longue, la réadaptation plus complexe limitant le retour à domicile et le risque iatrogène et nosocomial plus important.

2. Le partenariat pour mieux orienter

L'hôpital et la ville sont les deux lieux principaux d'exercice des professionnels de santé. Longtemps, les relations entre les deux entités ont été complexes mais devant l'enjeu démographique et l'augmentation des besoins de santé des populations, des dispositifs ont vu le jour pour optimiser les parcours de soins.

Les collaborations inter-établissements, les accords interprofessionnels, les regroupements de professionnels ou l'apparition de nouveaux prestataires de santé dans le territoire favorisent les échanges, le partage d'informations et les compétences à disposition. Cela permet d'orienter

plus facilement vers les filières spécifiques même en dehors de la gériatrie et limiter l'impact des décompensations de maladies chroniques dans les services d'Urgences.

La notion de réseau est un élément déterminant pour les soignants en soins primaires. Les professionnels ont perçu l'enjeu du regroupement de compétences notamment à travers l'adhésion au CPTS, ou MSP. De plus, le partage d'information et la communication des organismes financeurs via ces associations permettent la diffusion des ressources dans les structures de soins primaires. Le réseau est un outil d'amélioration des pratiques.

La place de la coordination dans l'activité libérale apparaît comme une dynamique médicale. Le rôle pivot du médecin traitant lui confère une responsabilité dans l'orientation des patients notamment âgés, selon leurs besoins. Celui-ci se doit de connaître la situation sociale des patients, leur histoire de vie, leurs pathologies, son environnement de vie etc.

La complexité de certains patients suppose une diversité d'intervenants dans différents domaines (soins, social ou médico-social) et nécessite un appui afin d'optimiser le temps d'accompagnement, d'évaluer au mieux les besoins et de garantir un parcours plus efficace (maintien à domicile, anticipation des hospitalisations ou retour d'hospitalisation dans les meilleures conditions). L'appui est le plus souvent assuré par les infirmiers libéraux qui sont identifiés comme les relais de la médecine générale. Mais les infirmiers se sentent parfois isolés face à des situations complexes et ne retrouvent pas ce relais médical. L'accès aux soins vers les Urgences devient une nécessité pour les infirmiers, qui ont besoin d'un avis médical pour leur patient en détresse.

3. Le contexte d'accompagnement

Trois éléments ressortent de l'analyse des résultats : la présence d'un aidant, la présence d'une équipe de soins structurée et le lien ville-hôpital.

L'orientation dans les filières urgences ou gériatrie est déterminée par la présence ou non d'une structure d'"accompagnement" coordonnée à domicile. A l'inverse, l'isolement ou l'absence d'une équipe organisée à domicile amène la personne âgée en situation complexe plutôt vers les Urgences. Son orientation est déterminée par les passages réguliers et les évaluations des professionnels.

Les soins primaires demandent une capacité de collaboration en dehors d'une structure unique (hôpital par exemple). L'accompagnement gériatrique à domicile repose sur une équipe "éclatée" mais nécessairement collaborative. Elle est composée essentiellement de professionnels médicaux et paramédicaux regroupés ou non en association, qui collaborent pour proposer un accompagnement adapté aux besoins en santé dans le quotidien des patients. L'implication du médecin traitant est essentielle mais il a besoin de l'appui d'une équipe pluri professionnelle notamment pour la réalisation du plan de soins, son évaluation et le suivi. L'appui est souvent assuré par l'infirmière libérale ou fourni par les équipes de la filière comme les SIADD par exemple. Les refus d'hospitalisations sont courants et augmentent les risques de gravité pour la personne âgée. Le respect du droit du patient nécessite de mettre en place des stratégies en collaboration avec les aidants et les prestataires de soins pour limiter les conséquences des signes et symptômes cliniques.

La place de l'aidant est centrale. Ces personnes représentent environ 11 millions de personnes sur la population française²⁶, qui accompagnent un proche au quotidien. Elles sont selon le code de l'action sociale²⁷ "*des prestataires de soins non rémunérés à autrui*". La nature de l'aide est variée : soutien moral, surveillance de l'état de santé, aide aux déplacements à l'intérieur du domicile, transports et accompagnements au rendez-vous et gestion des urgences. Elles sont les premières lignes non soignantes à apporter une aide à leurs proches et déterminent également, par leurs interventions, l'orientation du patient vers les Urgences ou la filière gériatrique. L'éducation de l'aidant par les professionnels du quotidien, dans le repérage des signes précoces de la décompensation, par exemple, amène une véritable plus-value dans l'accompagnement des patients âgés à domicile et dans leur orientation en cas de dégradation.

4. Le jugement clinique

Tous les professionnels interrogés citent le jugement clinique comme indispensable pour l'orientation des patients. L'interrogatoire, l'examen clinique et le contexte (antécédents, traitements suivis ou interventions médicales et/ou chirurgicales récentes etc...) définissent un

²⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023, février). *L'état de santé de la population en France - Rapport 2023* (ER1255EMB). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1255EMB.pdf>

²⁷ Code de la santé publique. (n.d.). Article R1110-3. Légifrance, 2024, from https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031716507

algorithme ou un arbre décisionnel selon Dr Pestiaux²⁸. Les comportements des personnes âgées font aussi partie de l'analyse clinique. Le manque d'observance thérapeutique, les troubles cognitifs ou les sollicitations répétées auprès des aidants et/ou des professionnels, conduisent ces derniers à remettre en question le maintien à domicile pour proposer un autre accompagnement momentané.

L'analyse d'une situation clinique est une tâche complexe que chaque professionnel accomplit en fonction de ses compétences, du niveau de connaissances spécifiques et de son expérience. Cette analyse clinique permet de préciser le degré d'urgence. Mais son approche peut être subjective et basée sur des éléments émotionnels, selon le vécu du soignant, son état physique ou encore ses conditions d'exercice.

5. L'offre de soins

L'offre de soins se définit comme une organisation de ressources et d'institutions qui intervient pour répondre aux besoins de santé des populations. Elle doit assurer l'accès aux soins pour tous et en garantir la qualité et la continuité. Trois grandes catégories d'offres de soins sont proposées en France : l'offre de soins de ville dite ambulatoire ou de soins primaires, les établissements hospitaliers (publics, privés à but lucratif ou non) et les structures médico-sociales (EHPAD, MAS etc...).

En tout premier lieu, l'offre de soins actuelle est insuffisante en ambulatoire. Cela conduit à une surcharge de travail pour les professionnels, et à un manque de temps pour organiser au mieux pour les patients âgés complexes l'accès à l'Hôpital. Au regard des entretiens effectués, c'est probablement la raison principale du recours en priorité aux SAU.

Au niveau hospitalier, l'offre de soin en gériatrie est organisée dans le but de respecter la proximité avec le lieu de vie des patients. Il s'agit d'un élément important pour assurer le lien entre l'ambulatoire et l'hôpital. Le phénomène de fermetures de lits n'épargne cependant pas le secteur de la gériatrie et vient accentuer le déficit d'offre de soins, venant impacter tout le système d'accueil et surtout celui par la filière gériatrique.

²⁸ G.Pestiaux, D., Vanwelde, C., Laurin, S., & Audétat, M. C. (2010). Raisonement clinique et décision médicale. *Le Médecin du Québec*, 45(5), mai.

L'accès à l'Hôpital par la filière gériatrique reste marginal car la fluidité du parcours domicile – unité gériatrique n'est pas encore efficace alors qu'elle serait bénéfique. Lever les freins de l'accès direct ajoute de la temporalité aux professionnels en soins primaires qui en manquent déjà au quotidien. Des solutions existent. Les professionnels de la filière sont actifs et participent à la diffusion de leurs dispositifs.

L'accès au plateau technique est aussi un déterminant de l'orientation vers les Urgences. En effet, les hôpitaux proposant un service d'urgences sont nécessairement équipés d'un laboratoire, d'imagerie et de professionnels spécialisés en permanence pour assurer la prise en charge des patients accueillis. Ces ressources ne sont pas disponibles dans un délai satisfaisant en soins primaires, mais une coordination peut être créée, à l'instar du partenariat entre la CPTS et le centre de radiologie privé. Un accord a été validé pour la réservation de créneaux disponibles sur la semaine, pour les imageries des patients de soins ambulatoires.

Connaitre l'offre de soins, permet de mieux orienter, mais aussi de partager des compétences, de mettre à jour ces connaissances et de rompre l'isolement professionnel.

6. La formation en gériatrie

Recueillir et analyser les informations, comprendre la situation nécessite du temps. Il faut examiner, observer et évaluer le comportement de la personne. Comprendre le contexte de vie, rechercher les éléments déclenchants, identifier une cause somatique, psychique, ou iatrogène, au cours d'un entretien auprès de la personne elle-même ou son entourage. Appeler le médecin traitant pour connaître les informations liées aux traitements en cours, récupérer la dernière ordonnance auprès du pharmacien de ville pour être certain du traitement transmis par le patient ou son entourage. La liste de ces actions n'est évidemment pas exhaustive. Mais cet échantillon traduit toute la dimension de l'accompagnement du patient âgé. L'approche est holistique et la formation est indispensable.

L'orientation des personnes âgées est déterminée par une formation clinique de base solide en gériatrie, basée sur les recommandations scientifiques, les différents partenariats, la connaissance des réseaux et la coordination des soins ambulatoires au plus près des populations âgées.

Parallèlement à la formation en gériatrie proprement dite, la méconnaissance de la filière gériatrique est une des causes de l'orientation vers les urgences des personnes âgées à domicile.

Les entretiens ont permis de faire la promotion de cette voie d'accès peu connue, qui semble séduire les professionnels interrogés. Ces derniers décrivent un besoin important en solutions pérennes pour se sortir de situations complexes, où les urgences n'apportent pas de réponses adéquates à leurs attentes et aux besoins des personnes âgées.

Les professionnels de la filière sont à pied d'œuvre pour construire une campagne de communication large et efficace. Les regroupements de professionnels vont favoriser également la diffusion des informations et agrandir le réseau.

B. Les forces et les limites de l'étude

1. Les limites

Le manque de temps pour effectuer cette étude ne m'a pas permis de la mener de manière approfondie. D'autant que j'ai été confronté au manque de disponibilité des professionnels interrogés. En effet, la temporalité dans les soins primaires est une donnée très prenante. Les professionnels sont surchargés et accorder du temps pour un entretien d'environ 30 minutes sur une journée, était complexe. Les entretiens se déroulaient après la journée de travail ce qui n'était pas propice aux échanges plus détaillés.

Au-delà du manque de temps, le refus de participation aux entretiens, notamment celui opposé par les médecins traitants, m'est apparu à plusieurs reprises en lien avec une vision péjorative du rôle des infirmiers en pratique avancée.

Malgré le constat de saturation des données observé très rapidement, on peut se demander si l'échantillon de professionnels était assez large pour obtenir une vision précise du phénomène.

Parallèlement à la quantité des entretiens, leur qualité était également discutable. Les échanges informels en dehors de la grille d'entretien ont été systématiques, venant en perturber le déroulement. La présentation du cadre de l'étude et de mon parcours, ainsi que la transmission d'informations sur les missions de la filière gériatrique ont allongé la durée des entretiens et limité le temps consacré aux questions du guide.

Il existait également le biais de mon interprétation, du fait de mon expérience en gériatrie et l'acquisition de nouvelles connaissances en formation en pratique avancée.

2. Les forces

La singularité de cette étude est une force. En effet, il n'existe à ce jour que peu d'études comparatives sur l'orientation des patients âgés du domicile par les différentes filières. Le sujet est repris dans les études d'orientation ou de parcours en soins gériatriques, mais pas traité en tant que tel. Cet élément a permis de ne pas cloisonner les résultats.

Par ailleurs, les entretiens semi-dirigés ont permis une libre expression avec des données non verbales intéressantes. La prise en compte dans les verbatim des éléments non verbaux a enrichi les données en tenant compte des émotions du moment liées aux éléments de réponses. Grâce à cela, des questions de relance sont venues améliorer les verbatim, pour mieux cerner les points de vue.

C. Les perspectives de l'étude sur la pratique avancée.

Cette recherche m'a permis une meilleure compréhension de l'approche des soins primaires dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile. Elle met en évidence l'importance de la collaboration et la coordination entre les professionnels du domicile, de l'hôpital et des structures associatives de prestations à domicile.

Les infirmiers en pratique avancée jouent un rôle dans cette coordination, agissant comme des pivots en partenariat avec les médecins traitants, entre les acteurs de la santé auprès de la population gériatrique. Leur implication permet d'assurer des parcours plus fluides en facilitant la transition entre les soins de ville et l'hôpital.

De plus, la diffusion de la filière gériatrique à travers les partenariats peut être confiée aux infirmiers en pratique avancée. Leurs compétences et leur expertise telles que la sensibilisation des professionnels, l'évaluation et le suivi des patients ou la coordination des soins par le leadership clinique, seront facilitatrices.

VI. Conclusion

Pour conclure cette étude, il est important de reprendre l'hypothèse de départ : la filière gériatrique est la voie optimale pour assurer la prise en charge des personnes âgées en situation complexe à domicile, à comparer avec l'accueil dans les services d'urgences. L'objectif de la recherche est de comprendre les motivations et les perceptions des professionnels de santé en soins primaires concernant le recours aux services d'urgences pour cette population.

L'analyse comparative entre les filières des urgences et de la gériatrie met en avant des différences tant sur le plan de l'efficacité et de la qualité des soins que sur l'accompagnement à domicile. Le recours aux urgences est basé sur des éléments déterminants chez les professionnels en soins primaires : le manque de temps, le manque de connaissances sur l'offre de soins, la formation insuffisante en gériatrie, le manque d'information sur la filière gériatrique comme dispositif d'appui et d'orientation.

Médecins traitants et infirmiers à domicile jouent un rôle crucial dans l'orientation. Ils reconnaissent l'importance d'une approche spécialisée pour répondre aux besoins de leurs patients âgés, notamment en termes de gestion des maladies chroniques, de la prévention des chutes ou l'impact de la dépendance par exemple. Leurs motivations à orienter les patients dans une filière adéquate est alimentée par le désir d'offrir des soins qualitatifs. Cependant, les obstacles sont nombreux tels que la temporalité, les ressources sur le territoire limitées ou peu partagées ou le contexte d'accompagnement à domicile. Afin de surmonter ces défis, la formation et la sensibilisation des professionnels de santé doivent être accentuées notamment sur l'importance de la filière gériatrique, par le biais de la promotion de la collaboration entre professionnels et la création et le développement des outils de partage de compétences.

En somme, placer les besoins et les spécificités des personnes âgées au cœur des pratiques jouera un rôle déterminant dans l'optimisation des parcours de soins, l'amélioration de la qualité de vie des personnes et de leur entourage, et contribuera à limiter l'impact sur le système de santé dans les années à venir

VII. Tables des matières

| | |
|--|----|
| I. Introduction générale | 1 |
| II. Introduction théorique | 3 |
| A. La personne âgée | 3 |
| 1. Le vieillissement | 3 |
| a. Les définitions | 3 |
| b. La fragilité | 4 |
| c. La dépendance | 5 |
| d. L'autonomie | 6 |
| 2. Le grand âge et la maîtrise de “ vivre à domicile”. | 7 |
| B. L'accès aux soins | 7 |
| 1. Le service d'accueil des Urgences | 7 |
| a. Les missions | 7 |
| b. La place des personnes âgées dans les services d'urgences | 8 |
| 2. La filière gériatrique | 10 |
| a. Définition | 10 |
| b. Les missions | 11 |
| c. L'organisation de la filière | 12 |
| 3. Les soins primaires | 13 |
| C. Problématique et hypothèse de recherche | 15 |
| III. Méthodes et Matériels | 16 |
| A. Modélisation de l'étude | 16 |
| B. Cadre légal et éthique | 16 |
| C. Le choix de la population | 17 |
| D. Le recueil des données | 18 |
| IV. Résultats de l'étude | 19 |
| 1. La difficulté de la mobilité | 20 |
| a. La dépendance | 20 |
| b. Le manque de visite médicale à domicile | 21 |
| c. La temporalité | 22 |
| d. Le transport sanitaire | 22 |
| 2. Le partenariat pour mieux orienter | 23 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| a. | “Le système D” | 23 |
| b. | La collaboration médecin-infirmier | 23 |
| 3. | Le contexte d’accompagnement | 24 |
| a. | Les aidants familiaux | 24 |
| b. | Les structures de soins à domicile | 24 |
| c. | Le lien ville-hôpital..... | 25 |
| 4. | La clinique | 26 |
| 5. | L’offre de soins du territoire..... | 27 |
| a. | Le manque de lits d’aval spécialisés | 27 |
| b. | La communication | 27 |
| c. | L'accès au plateau technique..... | 28 |
| 6. | Les besoins de formation en gériatrie..... | 28 |
| V. | Discussion | 29 |
| A. | Analyse et discussion | 29 |
| 1. | Les urgences : porte d’entrée des “dépendants” | 30 |
| 2. | Le partenariat pour mieux orienter | 30 |
| 3. | Le contexte d’accompagnement | 31 |
| 4. | Le jugement clinique | 32 |
| 5. | L’offre de soins..... | 33 |
| 6. | La formation en gériatrie | 34 |
| B. | Les forces et les limites de l’étude | 35 |
| 1. | Les limites..... | 35 |
| 2. | Les forces..... | 36 |
| C. | Les perspectives de l’étude sur la pratique avancée..... | 36 |
| VI. | Conclusion | 37 |
| VII. | Tables des matières | 1 |
| VIII. | Bibliographie | 3 |
| IX. | Annexes | 6 |

VIII. Bibliographie

- Boisguérin, B., & Mauro, L. (2017). Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. [Rapport n°1008, DREES].
- Bourgueil, Y. (2010). Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales*, 2010(3), 11-20.
- Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousquès, J. (2005). Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005.
- Bouget, J., Carpentier, F., Kopferschmitt, J., Lambert, H., Lebrin, P., Rusterholtz, T., ... Sos, G. (2003, décembre 5). *10ème conférence de consensus : Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, texte long*. Strasbourg : SFMU.
- Briand, M., de Nadaï, T., Balardy, L., Rolland, Y., Nourhashemi, F., Sourdet, S., & Vellas, B. (2020). Autonomie et dépendance de la personne âgée. *Revue du praticien*, 70(3), e97-e105.
- Carpentier, J. P. (2002). Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, Transfusion sanguine. Paris : Masson.
- Code de la santé publique. (n.d.). Article R1110-3. Légifrance, 2024, from https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031716507
- Cudennec, T. (2005). La gériatrie entre au CHU. *Laennec*, 53(2), 45-52.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023, février). L'état de santé de la population en France - Rapport 2023 (ER1255EMB). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/ER1255EMB.pdf>
- Douguet, F. (2018). Les infirmières libérales : une profession face au défi des soins à domicile. *Laboratoire d'Études et de Recherche en Sociologie*.
- Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'autonomie et de la dépendance dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, 2013(5), 139-157.
- Fœssel, M. (2011). Kant ou les vertus de l'autonomie. *Études*, 414(3), 341-351.
- Franco, A. (Ed.). (2015). Rapport de la mission "Vivre chez soi".
- Hal Sorbonne Université Récupéré sur <https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03970446v1/document>
- Haute Autorité de Santé. (2013). Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? : Note méthodologique et de synthèse documentaire. Récupéré sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201306/annexe_methodologique_fragilite_vf.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2013). Comment prendre en charge les personnes fragiles en ambulatoire ? : Note méthodologique et de synthèse documentaire. Récupéré sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-
- Institut national de la statistique et des études économiques. (n.d.). *Taux de pauvreté*. INSEE. Retrieved June 2, 2024, from <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1734>

- Lebeau, J.-P., Aubin-Auger, I., Cadwallader, J.-S., Gilles de la Londe, J., & Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone. (2021). Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global média santé.
- Mallaëa, P., Cridelich, C., & Charrat, B. (2012). Dépendance évitable : le numérique, une opportunité de réduction des risques. *Gérontologie et société*, 35(Hors-série n° 1), 109-117 <https://doi.org/10.3917/g.s.hs01.0109>
- Manly, K. E., Aupiais, C., Floriot, A., Novic, M., & Jovic, L. (2018). Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences : état des connaissances et étude qualitative. *Recherche en soins infirmiers*, 2018(4), 60-82.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2002, 18 mars). Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n°2002-157 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2015). Note méthodologique : Polypathologie de la personne âgée. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (année non spécifiée). Guide réseaux de santé. Récupéré sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (année non spécifiée). Préserver son autonomie et sa santé. Agir contre l'isolement des personnes âgées. Récupéré sur <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/agir-contre-lisolement-des-personnes-agees>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (année non spécifiée). Système de santé médico-social et social. Récupéré sur <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2023). Soins de santé primaire. [Fact sheet]. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Pericaud, P. (2009). Évaluation des solutions à l'engorgement des urgences en France et à l'étranger (Royaume-Uni, Canada, États-Unis). [Thèse, Université Paris Descartes].
- Pestiaux, D., Vanwelde, C., Laurin, S., & Audétat, M. C. (2010). Raisonnement clinique et décision médicale. *Le Médecin du Québec*, 45(5), mai.
- Robine, J. M., & Cambois, E. (2017). Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015. *Bull Épidémiol Hebd*, (16-17), 294-300.
- Rolland, Y. (2016). Les développements récents autour de la fragilité. Dans N. Sirven & Y. Bourgueil (Éds.), *La prévention de la perte d'autonomie. La fragilité en questions : Apports, limites et perspectives* (pp. 7-13). Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Roussel, M., Teissandier, D., Yordanov, Y., Balen, F., Noizet, M., Tazarourte, K., Bloom, B., Catoire, P., Berard, L., Cachanado, M., Simon, T., Laribi, S., Freund, Y., & FHU IMPEC-IRU SFMU Collaborators. (2023). Overnight stay in the emergency

department and mortality in older patients. *JAMA Internal Medicine*, 183(12), 1378-1385. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.596>

- SFGG. (2023, 20 avril). Soins gériatriques : la débandade. 35% des unités gériatriques touchées par des fermetures de lits en France : chiffres de l'enquête SFGG 2023. Communiqué de presse. Société Française de Gériatrie et Gériatrie. Récupéré sur <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/soins-geriatriques-la-debandade-35-des-unites-geriatriques-touchees-par-des-fermetures-de-lits-en-france-chiffres-de-lenquete-sfgg-2023/>
- Warchol, N. (2012). Dépendance. Dans *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 147-150).
- World Health Organization. (n.d.). *Ageing and health*. World Health Organization. Retrieved June 2, 2024, from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Zakeri, H., Saleh, L. A., Niroumand, S., & Ziadi-Lotfabadi, M. (année non spécifiée). Comparison the Emergency Severity Index and Manchester Triage System in Trauma Patients.

IX. Annexes

Annexe 1 le guide d'entretien

Guide d'entretien mémoire IPA

Médecins et infirmiers libéraux

Fréquence des visites à domicile :

- Quelle est la fréquence moyenne de vos visites à domicile pour vos patients âgés ?

Coordination des soins :

- Comment coordonnez-vous les soins gériatriques à domicile avec d'autres professionnels de la santé (médecins, infirmiers, etc.) ? Quels sont vos outils de communication ou d'échange d'informations ?

Évaluation des besoins gériatriques :

- Quels critères ou outils utilisez-vous pour évaluer les besoins gériatriques de vos patients à domicile ?

Fréquence des situations d'urgence :

- À quelle fréquence êtes-vous confronté à des situations d'urgence chez vos patients gériatriques à domicile ?

Critères d'orientation vers les urgences :

- Quels critères spécifiques vous conduiraient à orienter un patient gériatrique vers les services d'urgence ?

Obstacles à l'orientation :

- Quels sont les principaux obstacles que vous rencontrez lors de l'orientation d'un patient gériatrique vers les services d'urgences ?

Ressources disponibles :

- Quelles ressources ou supports vous semblent nécessaires pour faciliter la prise en charge gériatrique à domicile et les orientations vers les urgences ?
- Connaissez-vous les moyens de prise en charge gériatriques dans le territoire ?

Besoins en formation :

- Identifiez-vous des besoins spécifiques en formation pour améliorer la gestion des situations gériatriques à domicile et l'orientation vers les services d'urgence.

Annexe 2 le guide d'entretien

Guide d'entretien mémoire IPA Coordinateur de filière gériatrique

- Quels sont les principaux défis auxquels sont confrontées les personnes âgées dans notre territoire ?
- Quels sont les critères d'admission et de suivi des patients à domicile dans la filière gériatrique ?
- Quels sont les moyens à disposition sur le territoire pour orienter les personnes âgées dans une structure de soins adaptées à leurs besoins en santé ?
- Quels sont les moyens de coordination entre la filière gériatrique et les professionnels libéraux ?
- Selon vous, quels sont les biais les plus marquants de la filière gériatrique pour les professionnels libéraux ?

Annexe 3 lettre d'information et de non divulgation aux professionnels interrogés

Le 15/03/2024

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la construction de mon mémoire d'infirmier en pratique avancée, il est essentiel pour moi de garantir la confidentialité et l'anonymat des informations que vous me transmettez. À cette fin, je vous transmets les termes suivants relatifs à la non-divulgation et à la protection des données confidentielles.

Cet engagement de non-divulgation a pour objet de protéger la confidentialité des informations échangées entre Mr Mouftier Maxime et son interlocuteur professionnel.

Pour les besoins de cette étude, les informations transmises comprennent, sans s'y limiter, toutes les données, documents, communications, plans, dessins, spécifications, ainsi que toute autre information écrite, orale ou électronique transmises entre Mr Maxime Mouftier à son interlocuteur professionnel dans le cadre de la collaboration.

Mr Mouftier Maxime s'engage à traiter toutes les informations et utiliser celles-ci uniquement aux fins pour lesquelles elles ont été fournies. De plus, il s'engage à garantir l'anonymat des professionnels, et à ne pas divulguer leur identité sans autorisation explicite. Cet engagement restera en vigueur pendant la période de son mémoire et il s'engage à retourner ou à détruire toutes les informations en sa possession.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Mr Mouftier Maxime

Etudiant en pratique avancée

Auteur : MOUFTIER Maxime

Date de soutenance : lundi 01 juillet 2024

Titre du mémoire : analyse qualitative de l'accès aux soins des personnes âgées en situation complexe à domicile par les professionnels médicaux et paramédicaux en soins primaires.

Mots-clés : gériatrie, soins primaires, urgences, filière, orientation , domicile.

Introduction : en France, l'accroissement de la population âgée si spécifique, va demander une adaptation du système de santé notamment dans la coordination entre les soins primaires et les services hospitaliers. Aujourd'hui, l'orientation des patients gériatriques est un enjeu déterminant pour leurs parcours de santé. L'accès aux soins du domicile aux structures de soins spécialisées en gériatrie est privilégié à partir des services d'urgences. De nombreuses études montrent que les passages par les Urgences sont généralement délétères. La filière gériatrique facilite l'accès et optimise les prises en soins. En somme, les professionnels de soins primaires (médecins et infirmiers) sont les principaux vecteurs d'orientation et leurs décisions ont un impact sur l'accompagnement des personnes âgées vers l'Hôpital. Quelles sont les raisons qui poussent les professionnels de soins primaires, à orienter leurs patients âgés vers les Urgences plutôt que vers la filière gériatrique ?

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative descriptive multicentrique, à partir d'entretiens semi-dirigés avec l'utilisation d'un guide entretien spécifique.

Résultats : sept entretiens de médecins généralistes, d'infirmiers libéraux de la périphérie de Maubeuge et d'un infirmier coordinateur de la filière gériatrique du GCS Sambre-Avesnois, mettent évidence six thématiques : la difficulté de mobilité (patient et soignants), le partenariat pour mieux orienter, le contexte d'accompagnement, le jugement clinique, l'offre de soin et la formation en gériatrie.

Conclusion : les perceptions et les motivations des professionnels de soins primaires sont essentielles pour favoriser l'accompagnement optimal des personnes âgées vivant à domicile. Le recours aux Urgences est basé sur le manque de connaissances sur l'offre de soin, la formation en gériatrie ou sur l'existence même de la filière gériatrique comme dispositif d'appui et d'orientation. La temporalité, les ressources sur le territoire limitées ou peu partagées ou le contexte d'accompagnement à domicile sont présentés comme les principaux obstacles à l'orientation en filière gériatrique.

Directeur de mémoire : Monsieur le docteur Cédric Nalin

Author : MOUFTIER Maxime

Thesis defense date : monday 01 july 2024

Title : qualitative analysis to analyse based acces to care older persons living at home in complex situations, by medical and paramedical professionals in primary care.

Key words: geriatric, primary care, emergency, geriatric network, orientation, home care.

Introduction: In France, the increasing older specific persons demands an adaptation of the health system, particularly through the coordination between primary care and the hospital. Today, the orientation of geriatric patients is an issue for their health trajectory. The access to care from home to geriatric unit is often facilitated by the emergency unit. Many studies have showed that the emergency visits are generally harmful. The geriatric care network facilitates the access of care and optimizes care management. So, the primary care professionals (doctors and nurses) are the principal actors of the orientation, and their decisions impact the support of older people between at home and the Hospital. What drives primary care professionals to direct their older patients to Emergency units instead of the geriatric care network?

Method: It is a multicentric and descriptive qualitative study, based on semi-structured interviews using a specific guide.

Results: Seven interviews were conducted with general practitioners, liberal nurses from the Maubeuge, and a geriatric care network coordinator from the GCS Sambre-Avesnois . These interviews have presented six themes: mobility challenges (for patients and professionals), partnership for better guidance, the context of care, clinical judgment, healthcare provision, and geriatric training.

Conclusion : The perceptions and motivations's primary care professionals are crucial for facilitating optimal support for older persons living at home. The use of Emergency services is based by a lack of knowledge about healthcare provision, geriatric training, or the existence of the geriatric network as a support and orientation. The temporality, limited or less shared resources in the territory, and the context of home care are identified like the main obstacles to direct to the geriatric network.

Thesis Supervisor: Dr. Cédric Nalin

