



Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : 2017-2018

Anticiper et prévenir les situations d'urgences :
organisation du flux informationnel entre le domicile du
patient âgé et le cabinet du médecin traitant.

Noëlie COLINET

2018

Remerciements

La richesse de mon expérience à l'ANAP, le développement de nouvelles compétences et la consolidation de celles acquises ultérieurement, ont été possible grâce à l'accompagnement de mes deux tuteurs Thérèse Lokola et Jacques-Henri Veyron. Je les remercie pour leur encadrement, leurs conseils et leur confiance, accordés tout au long de ces 5 mois de stage. J'ai appris. J'ai progressé. Je retiens les leçons de mes erreurs.

Merci à mon directeur de mémoire, le Professeur et Docteur Jacques Orvain. Pédagogue et patient, il a su me conseiller sur les orientations de mon mémoire, m'a permis de mieux saisir tous les enjeux du sujet.

Merci à Constance, ma co-stagiaire. Cette expérience aurait été différente sans ces moments de complexité au bureau du premier.

Merci à Marie-Anne, mon amie en tout temps, qui a prouvé son amitié une fois de plus, en me proposant ses services de professeure de français. Merci d'avoir pris le temps de relire ces « quelques » lignes de mémoire.

A tous, merci.

S o m m a i r e

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRAGE THEORIQUE	4
CHAPITRE 1 : ANALYSE DES METHODES D'ANTICIPATION DES SITUATIONS D'URGENCE	5
I) <i>Le recours au modèle prédictif.....</i>	5
A) Objectifs	5
B) Construction	5
C) Utilisation	6
II) <i>Exemples de modèles prédictifs dans l'anticipation des passages aux urgences des personnes âgées</i>	6
A) Le modèle prédictif PONY	7
B) Le modèle de prédiction DEVON	7
C) Un cas américain.....	7
III) <i>Renforcer les actions préventives.....</i>	8
A) Prévention	8
B) Prévenir les chutes chez les personnes âgées.....	10
CHAPITRE 2 : IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LE SYSTEME DE SANTE	13
I) <i>Vieillessement de la population et son impact sur le système de santé</i>	13
A) Part des personnes âgées au sein de la population	13
B) Les personnes âgées aux urgences.....	15
II) <i>De nouvelles logiques dans la prise en charge des personnes âgées.....</i>	18
A) Replacer la personne âgée dans un contexte plus global.....	18
B) Les évolutions récentes dans l'accompagnement de la personne âgée.....	19
CHAPITRE 3 : ORGANISER LA COORDINATION	20
I) <i>État de la coordination</i>	20
A) Qu'est-ce que la coordination ?	20
B) Le bien-fondé de la coordination	20
C) Une interprofessionnalité non évidente à mettre en place	21
II) <i>Les acteurs en présence.....</i>	21
A) Comprendre le rôle du médecin traitant	22
B) Mieux comprendre le travail social	23
C) Impliquer les aidants	24

PARTIE 2 : LE PROJET ANTICIPATION DES SITUATIONS D'URGENTES : RESULTATS ET PERSPECTIVES.....	26
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU PROJET	27
III) <i>Les origines du projet</i>	27
A) Un projet qui s'inscrit dans une démarche plus globale	27
B) Les hypothèses et les enjeux du projet.....	28
IV) <i>Construction du projet et implémentation dans les territoires</i>	29
A) Les paramètres du projet ASU.....	29
B) Organisation de la récolte de données.....	31
C) Résultats du recueil de données et des modèles prédictifs	32
CHAPITRE 2 : FAISABILITE DE LA DEMARCHE : RESULTATS DES ENQUETES DE TERRAIN	34
I) <i>Effets du projet sur le travail des intervenantes : résultats des enquêtes de satisfaction</i>	34
A) Résultats des enquêtes.....	34
B) Une implication continue des intervenantes	35
C) Une valorisation du travail des professionnels.....	36
D) Paroles des participantes.....	36
II) <i>Effets du projet sur les bénéficiaires : résultats des enquêtes de satisfaction.....</i>	37
A) Résultats des enquêtes.....	37
B) Un projet avec relativement peu d'impacts sur le quotidien des bénéficiaires.....	37
C) Des bénéficiaires globalement satisfaits de leur participation au projet	38
III) <i>Des structures qui s'appliquent.....</i>	39
A) Appropriation du projet par les structures	40
B) Effets positifs du projet sur les structures participantes.....	41
CHAPITRE 3 : ACCEPTATION DU PROJET PAR LES PROFESSIONNELS LIBERAUX : RESULTATS DES	
ENTRETIENS AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS	43
I) <i>Mobiliser les médecins traitants : démarche des entretiens de terrain.....</i>	43
A) Une implication tardive des médecins traitants ?	43
B) Démarche de l'ANAP	44
C) Méthodes : élaboration de la grille d'entretien.....	44
D) La rencontre avec les médecins traitants.....	45
II) <i>Des médecins qui souhaiteraient mieux organiser leur réseau</i>	45
A) L'absence de réseau formel	45
B) Les effets de l'absence d'un cadre commun	47
III) <i>La vision des aidants et des travailleurs sociaux par les médecins.....</i>	48
A) Travailler avec les professionnels du secteur social.....	48
B) Comment mobiliser les aidants dans la démarche ?.....	49
IV) <i>L'intérêt des données pour les médecins traitants.....</i>	49
A) Qu'englobent les données de santé ?.....	49
B) « Est-ce que c'est acceptable ?».....	50
C) « Est-ce que ça apporte quelque chose ? ».....	51
D) Les outils et les supports mobilisables.....	52

V) <i>Les points de vigilance noté par les médecins traitants</i>	53
A) Ne pas surcharger le médecin traitant.....	53
B) Avoir un cadre commun et un réseau identifié.....	53
PARTIE 3 : DISCUSSIONS	55
CHAPITRE 1 : VERIFICATION ET VALIDATION DES CONDITIONS D’ACCEPTATION ET D’EFFICACITE DE LA DEMARCHE	56
I) <i>Mise en place d’un projet pilote</i>	56
A) Organisation de la démarche.....	57
B) Conditions d’acceptation.....	59
II) <i>Conditions d’efficacité</i>	60
A) Bien connaître le terrain.....	60
B) Mettre en place des outils adaptés.....	61
CHAPITRE 2 : INSTAURER LA COORDINATION	63
I) <i>Identifier les acteurs en présence et leur caractéristique</i>	63
A) Identification des personnes ressources autour de la personne âgée.....	63
B) Délimiter les rôles de chacun des professionnels.....	65
II) <i>Créer un contexte favorable au dialogue interprofessionnel</i>	66
A) La mise en place d’une communication progressive.....	66
B) Rendre le réseau dynamique et interactif.....	67
C) Les freins et les limites à prendre en compte.....	68
CONCLUSION	71
NOTE REFLEXIVE	73
BIBLIOGRAPHIE	75

Table des illustrations

TABLEAU 1: INSEE, ESTIMATIONS DE POPULATION.	13
TABLEAU 2: INSEE, SCENARIO CENTRAL DES PROJECTIONS DE POPULATION 2007-2060.....	14
TABLEAU 3: RESULTATS DES ENQUETES DE SATISFACTION AUPRES DES INTERVENANTS	35
TABLEAU 4: RESULTATS DES ENQUETES DE SATISFACTION AUPRES DES BENEFICIAIRES	37
FIGURE 1: DUREE DE PASSAGE AUX URGENCES EN FONCTION DE L'AGE.	16
FIGURE 2: CHAINE DE CAUSALITE DU PROJET ASU	32
FIGURE 3: ÉVOLUTION DU SUIVI DES BENEFICIAIRES PAR MOIS.....	40
FIGURE 4: ORGANISATION DU FLUX INFORMATIONNEL DU DOMICILE DU PATIENT AU CABINET DU MEDECIN TRAITANT	58

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ASU	Anticipation des situations d'urgences
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DRESS	Direction de la recherche des études et des statistiques
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
GIR	Groupe iso-ressources
HAS	Haute Autorité de Santé
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

INTRODUCTION

La réponse instinctive à la question que pose Jean-Claude Clari est « évidemment non ». Sa question, aussi provocatrice soit-elle, n'est pourtant pas sans raisons. Sans détours, elle oblige à se poser la question du vieillissement. Qu'est-ce donc « le vieillissement » ? Magalie Bonnet et Jean-Pierre Minary, en donnant une définition pour la moins intéressante. Ils écrivent que « *si la vieillesse, c'est être vieux, le vieillissement est le fait de le devenir* ». Ce qu'il faut entendre derrière la simplicité de la déclaration, c'est que le vieillissement est un processus, qui dit processus dit changement d'état. Ce changement affecte non pas une seule dimension de l'existence de la personne qui *en train* de vieillir, mais plusieurs aspects de sa vie. Aux auteurs de poursuivre : « *En fait il serait plus juste de parler des vieillissements, car la sénescence est, à l'évidence, tributaire de facteurs endogènes tels que le patrimoine génétique et de facteurs exogènes tels que les déterminants sociaux (sexe, conditions de vie, CSP...)* ». Le vieillissement ne peut être ainsi réduit à un simple changement physique et psychologique. C'est bien plus. C'est un impact qui survient à toutes les échelles : ce sont les habitudes sociétales qui changent, c'est la place même au sein de la société qui diffère. Certes, les changements somatiques sont majeurs et ce sont sûrement les altérations les plus évidentes. Pourtant la réflexion serait tronquée si elle ne prenait pas en considération l'environnement de la personne âgée et son contexte de vie. Qu'est-ce que cela implique ? Si le vieillissement a un impact pluriel dans la vie d'une personne, en toute logique, il ne serait pas possible d'appréhender sa prise en charge en ne considérant qu'un seul de ces aspects. L'accompagnement devrait alors être multidimensionnel, compte tenu de la pluralité des enjeux qui sont soulevés. Dans la pratique, les choses ne semblent pourtant pas si évidentes. Longtemps le vieillissement a été abordé à travers un angle sanitaire, les changements affectant le corps de la personne âgée s'accompagnant d'une augmentation des soins. Mais le vieillissement n'était pas une affaire publique, étant avant tout une histoire de famille. Dans nos sociétés modernes pourtant, les fonctions du *care* longtemps assumées par la famille, ont été largement institutionnalisées. A cela s'ajoute un vieillissement de la population toujours croissant. La part des personnes âgées ne cessant de grandir plus rapidement que pour le reste de la population, la question de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées est devenue assurément une question de santé publique, mais également de politiques publiques. De toute

évidence, des mutations s'avéraient nécessaires. C'est d'abord une modification dans la conception même de la notion de vieillissement. Ensuite, c'est un questionnement essentiel sur la façon dont la société peut s'adapter à ces évolutions et les réponses qu'elle est en mesure d'apporter pour les accompagner de façon efficiente. C'est pourquoi, depuis quelques années de nouvelles logiques sont apparues dans la manière dont l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées s'opèrent et sont réfléchis. Après une forte institutionnalisation de cette prise en charge des personnes âgées, la logique actuelle promeut le maintien à domicile ou en résidence. Cette tendance apparaît comme une réponse institutionnelle, non seulement au problème démographique, mais également aux évolutions sociales, les personnes souhaitant rester chez eux le plus possible. C'est dans cette logique que s'inscrit le projet d'Anticipation des situations d'urgences porté par de l'Agence Nationale d'appui à la performance (ANAP). Pour faciliter la lecture de cette étude, le projet sera référé comme le projet ASU. Ce projet fait partie d'une démarche plus englobante développée par l'ANAP depuis 2013 : la démarche « Filière de soins ». Le sujet portant sur les personnes âgées est relativement large, spécialement dans le domaine sanitaire. Il est donc nécessaire de bien définir au préalable les points qui seront abordés dans ces travaux et l'angle d'approche du mémoire. Le projet ASU, l'occasion sera donnée plus bas de revenir en détails sur le projet, s'attarde sur un aspect bien défini de la prise en charge des personnes âgées. La population ciblée, ce sont les personnes de plus de 75 ans, vivant à domicile ou en résidence. Ce sont les personnes relativement indépendantes, de GIR 4 à 6 pour la majorité. Ensuite, la problématique soulevée est celle de leur passage aux urgences. Peut-on les anticiper, et par là les prévenir ? Si oui, peut-on le faire grâce à des observations menées au domicile de la personne âgée, pour suivre l'évolution de son état général ? Pour répondre à ces deux questions, problématiques actuelles dans la prise en charge des personnes âgées, le projet prend le parti de mener une étude observationnelle au domicile du patient. Pour ce faire, il fait appel aux intervenants à domicile, des professionnels du secteur social, pour mener des observations de terrains. Ces professionnels, à travers un suivi régulier et cadré par 27 questions ayant trait au développement physique et psychique du bénéficiaire âgé, ont fait remonter des données évolutives sur l'état du patient. L'analyse de ces données avait un objectif : la modélisation analytique pour établir des modèles prédictifs du passage aux urgences des personnes âgées. Pour bien comprendre ce projet, il faut d'une part, brosser un tableau, non pas tant de la situation de toutes les personnes âgées en France, mais de celles que visent le projet en particulier. Ensuite, il sera important de s'arrêter sur la question des modèles prédictifs : A quoi cela fait-il référence ? Qu'est-ce que cela implique et pourquoi est-ce utile dans un tel projet ? Il ne s'agira pas de rentrer dans des détails analytiques, qui feront l'objet d'une publication scientifique. La première hypothèse qui peut être émise à la suite des conceptions des modèles prédictifs, c'est que

l'anticipation des apports prédictifs et la prédiction permise, peuvent modifier les attitudes des professionnels. **A cet effet, comment accompagner et appréhender ces modifications, dans l'organisation du flux informationnel entre le domicile du patient âgé et le cabinet du médecin traitant ?** L'objectif de la mise en place de ce flux serait de participer à l'anticipation et la prévention des situations d'urgence. En coordonnant le partage d'information entre un certain nombre d'acteurs de terrain, il serait possible de mieux déceler les signes précurseurs d'un passage aux urgences de la personne âgée. Avant d'organiser, il faut comprendre les caractéristiques et les contextes de vie des personnes âgées. C'est la visée de la première partie du mémoire, qui reviendra sur l'impact du vieillissement sur le système de santé et sur la nécessité de réfléchir à la prévention des passages aux urgences. Cette première partie soulève d'autres questions. Quelles sont les données que l'on cherche à recueillir au domicile du patient, et comment peut-on les récolter ? Le projet d'Anticipation des situations d'urgences apporte des éléments de réponses à ces interrogations. C'est pourquoi la seconde partie du mémoire reviendra en détail sur le projet ASU, à travers la présentation des résultats et les retours d'expérience des différentes personnes participantes, professionnels comme membres de la cohorte. Ce sera une évaluation qualitative, ces travaux ne prétendant pas présenter les résultats analytiques, qui feront eux, l'objet d'une publication scientifique. Cette partie s'attachera ainsi à montrer qu'il serait possible de mettre en place ce flux informationnel. Au-delà de la faisabilité de la démarche, c'est sa validité et sa pertinence qu'il faut mesurer. Les entretiens menés auprès de médecins traitants donnent des premiers éléments de réponses. La troisième partie reviendra alors sur les potentialités d'actions pour organiser le flux informationnel entre le domicile du patient et le cabinet du médecin traitant, dans l'anticipation des situations d'urgences. Quelles sont les conditions préalables ? Quels sont les acteurs mobilisables à cet effet ? Quels sont enfin les outils envisageables ?

Le mémoire s'appuiera, en plus des données issues de la littérature spécialisée, sur les entretiens menés auprès des médecins traitants, exerçant dans les trois territoires où a été implanté le projet. En plus de ces entretiens, la réflexion sera également alimentée par les enquêtes de terrain menées auprès des intervenantes à domicile, les référents de structures et des membres de la cohorte. Les discussions et les échanges qui ont eu lieu lors des différents séminaires territoriaux organisés à la fin du projet, ainsi que lors du séminaire de clôture du projet, seront aussi mobilisés au cours de cette réflexion.

L'ANAP n'ayant pas encore publié les publications scientifiques et internes reprenant les résultats du projet, il n'a pas été possible d'inclure en annexe les outils mobilisés tout au long de l'expérimentation. De même, les médecins n'ont pas souhaité voir diffuser les retranscriptions des entretiens. Seuls certains verbatim seront inclus dans le mémoire.

PARTIE 1 : CADRAGE THEORIQUE

Comment définir l'anticipation et la prévention ? Anticiper, pour reprendre la définition du Larousse, c'est « *prévoir, supposer ce qui va arriver et adapter sa conduite à cette supposition* ». Prévenir, c'est « *prendre les mesures nécessaires, pour éviter un mal, un danger* ». Dans le cadre de ces travaux, l'anticipation concerne le passage aux urgences des personnes âgées. Comment les prévenir ? La prévention répond donc à l'anticipation, ou de l'anticipation découle la prévention. Les deux concepts sont ainsi étroitement liés. En effet, comment prévenir sans anticipation ? A quoi sert l'anticipation si des mesures préventives ne sont pas mises en place ? L'élaboration de modèles prédictifs est une mesure possible d'anticipation. De ce fait, cette première partie s'arrête sur les réalisations possibles à partir d'un modèle prédictif, particulièrement dans l'anticipation des urgences chez les personnes âgées. Un premier chapitre présentera succinctement la place du score pronostic dans l'anticipation des passages aux urgences et ce que mettent en lumière la mobilisation des modèles prédictifs. Mais prédire ce n'est pas agir. Il est essentiel de mettre en place des actions en amont, pour favoriser la prévention des passages aux urgences des personnes âgées. La mise en place de telles actions est conditionnée par de nombreux facteurs. D'abord, il faut bien comprendre et connaître les caractéristiques de la population âgée et les conséquences du vieillissement sur le système de santé. Ça sera l'objet du second chapitre. Ensuite, l'élaboration des modèles prédictifs, telle que réalisée dans le projet ASU, implique un changement des comportements des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients âgés. En effet, la récolte des données nécessaires à la modélisation analytique, entraîne des adaptations et des changements d'attitude des professionnels. Il faut donc s'interroger sur ces acteurs en présence et les conditions organisationnelles nécessaires qui permettraient de mieux organiser le flux informationnel. C'est la visée du troisième chapitre.

CHAPITRE 1 : ANALYSE DES METHODES D'ANTICIPATION DES SITUATIONS D'URGENCE

Le premier chapitre s'interroge sur l'apport d'un modèle prédictif dans les décisions de santé publique, dans la prise en charge des personnes âgées, plus précisément dans l'anticipation de leur passage aux urgences. Les deux axes qui seront discuté dans ce chapitre concernent, d'une part la mobilisation des modèles prédictifs, de l'autre, les mesures préventives pour anticiper et retarder une situation de crise chez la personne âgée.

Le recours au modèle prédictif

La préoccupation croissante liée à la réorganisation et l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées, pousse les acteurs de terrain, mais également institutionnels, à explorer de nouvelles mesures et de nouvelles méthodes. C'est notamment la mobilisation des modèles prédictifs. Ce premier point présentera succinctement la finalité et les caractéristiques d'un modèle prédictif.

A) Objectifs

Les modèles prédictifs permettent de prédire des événements relatifs aux système de soins. Le principe est relativement simple : « *un score de risque est associé à chaque individu. Ce score décrit la probabilité que l'évènement modélisé ait lieu. Cette information permet ensuite au système de santé de réagir en mettant en place les actions nécessaires pour retarder ou éviter sa survenue.* » A travers ces modèles, c'est le calcul de « *la probabilité qu'un individu connaisse l'évènement redouté* » qui est donc recherché.¹

B) Construction

Le calcul de ces modèles se fait à partir de différentes données concernant l'individu. Ces données peuvent concerner la médication, ses antécédents dans les soins, les éventuels précédents passages aux urgences ou hospitalisations, etc. Le choix des données à mobiliser dépend du type de modèle qui sera développé. Il peut également dépendre du type de population visé par la mesure. Plus la cohorte des individus étudiés est grande et plus les données recueillies sont importantes, plus les modèles établis sur la base de ces informations sont efficaces et généralisables.

¹ BERNSTEIN David, AGAMALIYEV Emin, « L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux » p.2

C) Utilisation

Plus encore que la prédiction d'un évènement sanitaire, quel est l'intérêt de ces modèles et comment peuvent-ils être exploités ? Une enquête de la DRESS, dresse trois catégories de modèles prédictifs : les **modèles d'hospitalisation**, les **modèles de perte d'autonomie** et les **modèles de coûts**.² Dans la catégorie des modèles d'hospitalisation, peuvent être inclus les modèles liés à la prévention des passages aux urgences. C'est ce modèle que mobilise le projet ASU. Ces trois types de modèles ont donc des objectifs bien particuliers et les évènements qu'ils tendent à prédire ont été conformément délimités en amont. A un modèle donné est donc associé un évènement particulier. L'intérêt de ces modèles est de taille pour les professionnels et les acteurs institutionnels. Ces instruments sont en effet de « *précieux outils d'aide à la décision* », et permettent « *de passer d'une logique réactive à une prise en charge préventive* ». ³ Ces données peuvent être utilisées pour organiser les services de santé ou encore prédire les flux de patients dans un service donné et en fonction de la population d'un territoire. Toutefois, appliquer ces outils à « *des patients pour les soigner nécessite que les données utilisées soient nominatives ou, au moins, qu'il soit possible d'identifier la personne* ». ⁴ Or, des défis supplémentaires se posent lorsque sont exploitées de façon individuelle les données de santé des patients. Il ne s'agit plus seulement de dresser des modèles globaux applicables à un ensemble de la population, mais d'avoir la volonté de mobiliser le score prédictif pour des individus en particulier. Ceci implique par conséquent une attention plus grande à apporter à la protection des données. C'est tout le défi que s'est lancé le projet ASU.

II) Exemples de modèles prédictifs dans l'anticipation des passages aux urgences des personnes âgées

Pour mieux comprendre l'intérêt et la construction de ces modèles, quelques cas vont être développés dans cette partie. La recherche qui a été menée concerne un évènement particulier : le passage aux urgences, et notamment le passage aux urgences des personnes âgées. Il s'agit de revenir sur trois méthodes prédictives à travers la présentation succincte des avantages et les limites de ces modèles. Deux des trois modèles choisis, ont été développés Outre-Manche, et ont été impulsés par le *National Health Service* (NHS). Celui-ci tend depuis plusieurs années à réduire les recours aux urgences et aux hospitalisations considérés comme évitables.

² *Idem.* p.3

³ *Idem.*

⁴ *Idem.*

A) Le modèle prédictif PONY

Le modèle de prédiction PONY, a été établi en Ecosse à partir de l'étude de 186 235 sujets de plus de 40 ans et sur une période de 10 ans, de 1994 à 2004. Six principaux facteurs prédictifs des admissions aux urgences ont été repérés : **l'âge** ; le **sexe** ; la **condition sociale** ; le **nombre de médicaments respiratoires** ; les **médicaments prescrits antérieurement** (antalgique, antibactérien, nitrates et diurétiques), le **nombre d'admissions antérieurs** et la **durée de l'hospitalisation**. Avec un risque de score de 50, la valeur productive de ce modèle était de 67,7%.⁵ Deux des facteurs cités plus haut, à savoir l'âge et les conditions sociales, ont également été des variables prédictives importantes pour l'étude.

B) Le modèle de prédiction DEVON

Le modèle de prédiction DEVON (DPM : Devon Predictive Model), s'est basé sur les données locales du service des urgences. Sur les 12 mois de l'étude, 65892 admissions aux urgences ont été recensées. Sur les 4 facteurs prédictifs les plus importants, trois étaient liés à l'âge : 85/89 ans ; 90/94 ans ; 95 et plus. Les personnes de 65 et plus représentaient 49,6% des passages aux urgences. De plus, pour les 85 ans, étaient comptabilisées 420 admissions pour 1000 enregistrés.⁶

C) Un cas américain

Aux États-Unis, une autre étude s'est attachée à établir un modèle de prédiction des admissions à l'hôpital et réadmissions aux urgences pour les personnes de 75 et plus. L'étude menée dans un service d'urgence de la Caroline du Nord, avait pour objectifs de définir les facteurs prédictifs de l'admission d'un sujet âgé à l'hôpital, ou sa réadmission au service des urgences. De janvier à décembre 2007, sur les 4 873 visites aux urgences, 3188 ont été hospitalisés. L'étude a permis de définir 5 variables prédictives d'admission à l'hôpital : **l'âge**, le **score de triage**, la **fréquence cardiaque**, la **tension artérielle diastolique**, le **symptôme principal**. Cependant, les données n'ont pas permis d'établir des modèles prédictifs pour les réadmissions aux services des urgences.⁷

La lecture de ces études, permet d'identifier l'âge comme un des facteurs prédictifs les plus importants. A cela s'ajoute l'importance de l'état physique des personnes âgées, mais également de certaines pathologies.

⁵ Donnan PT., Dorward DWT, MutchB, et al. « Development and validation of a model for predicting emergency admissions over the next year (PEONY): a UK historical cohort study », *Arch Intern Med*, 2008, vol. 168 3

⁶ T. Chenore, D.J. Pereira Gray, J. Forrer, C. Wright, P.H. Evans; Emergency hospital admissions for the elderly: insights from the Devon Predictive Model, *Journal of Public Health*, Volume 35, Issue 4, 1 December 2013,

⁷ Michael A. LaMantia, Timothy F. Platts-Mills, Kevin Biese, et al, « Predicting Hospital Admission and Returns to the Emergency Department for Elderly Patients », *Academic Emergency Medicine*, Mars 2010

Dans la prévention des passages aux urgences des personnes âgées, l'élaboration et la construction de modèles prédictifs ne sont pas les seules actions possibles. Un accent particulier est mis sur les actions préventives. Ces deux angles d'approches ne sont pourtant pas antonymes. Ils sont mêmes complémentaires, les modèles prédictifs permettant de repérer les facteurs les plus récurrents dans le passage aux urgences d'une personne âgée, des mesures préventives peuvent être mises en place pour agir sur ces facteurs en particulier.

III) Renforcer les actions préventives

Anticiper et prévenir les passages aux urgences, c'est également mettre l'accent sur la prévention pour ralentir la perte d'autonomie des personnes âgées. Favoriser l'autonomie des personnes âgées, c'est notamment renforcer et maintenir leurs aptitudes physiques. Cette partie revient sur les notions de préventions et les actions possibles dans la prévention adressée aux personnes âgées et plus particulièrement pour prévenir les chutes. En effet, la traumatologie est le premier motif de passage aux urgences. Il s'avère donc nécessaire de mettre en place des actions pour prévenir ces évènements.

A) Prévention

Ce premier point revient sur la notion de prévention au sens large et la façon dont les actions préventives sont pensées et mises en place dans le cas des personnes âgées, pour prévenir la perte d'autonomie et leur passage aux urgences.

a) Définition

Bien que l'on puisse avoir une idée plus ou moins précise de ce qu'est la prévention, qu'est-ce que cette notion comprend et qu'est-ce qu'elle implique ? La Haute Autorité de Santé, définit la prévention de la façon suivante :

La prévention consiste à éviter **l'apparition**, le **développement** ou **l'aggravation** de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées **la prévention primaire** qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), **la prévention secondaire** qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et **la prévention tertiaire** qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

A la lecture de cette définition, la première conclusion qui peut être faite c'est qu'il n'y a pas une prévention, mais bien des préventions possibles. La prévention ne se résume pas uniquement à prévenir l'apparition de maladies ou de situations de crise. Bien au contraire, elle doit encore être mobilisée une fois que la maladie ou l'état de dépendance ont commencé à se manifester. Les actions préventives peuvent donc être intégrées à différents stades de la prise en charge des patients. En résumé, trois stades sont identifiés : **l'apparition, le développement et l'aggravation.**

L'identification et l'appréhension de ces trois événements sont importantes, car de-là découlent la pertinence et l'efficacité des mesures préventives qui seront mobilisées. Ce ne seront pas les mêmes suivant le stage d'évolution des conditions des personnes.

b) Les logiques de prévention chez les personnes âgées

Appliqué au cas des personnes âgées cette définition de la prévention, permet de mieux percevoir l'étendue des mesures possibles au regard de l'état physique, mais aussi psychologique des personnes âgées. Les actions préventives mises en place dans le cas des bénéficiaires âgés sont étroitement liées à la logique de bien vieillir, abordée plus haut. La volonté affichée est, d'un côté de prévenir et de limiter l'état de dépendance chez les personnes âgées, de l'autre de leur permettre de vieillir en bonne santé et le plus longtemps possible.

Dans le cas particulier des passages aux urgences des personnes âgées, ces mesures préventives ont pour objectifs aussi bien la réduction de leurs passages aux urgences que leur anticipation. L'effort est notamment concentré sur les risques majeurs de passages aux urgences au niveau des « soins ambulatoires dans un contexte sensible ». C'est une notion développée en Angleterre est qui est la traduction de l'*Ambulatory care sensitive conditions (ACSCs)*. L'idée est que certains soins, s'ils font l'objet d'une gestion effective et efficiente et si des traitements adéquats sont administrés, permettent de prévenir les admissions aux urgences. A ce titre, trois groupes de maladies ont été identifiées : les **maladies évitables** grâce aux **vaccinations**, les **maladies chroniques** et enfin les **maladies dites aigües**.⁸

En conséquence, si les modèles prédictifs tendent à identifier le risque, les mesures préventives s'attachent à agir en amont en développant des actions au niveau des soins primaires. L'anticipation permise par les modèles prédictifs entraîne de ce fait des modifications de comportements des professionnels de santé mais également des décideurs publics. Les modèles prédictifs identifiant le risque, des actions sont mises en place pour prévenir ce risque ou pour mieux l'anticiper. Les actions préventives s'inscrivent dans ces logiques. Ainsi, mettre l'accent sur la prévention, c'est agir sur le quotidien des personnes âgées. Cette intervention en amont des urgences et des hospitalisations, induit une connaissance de l'environnement et des conditions de vie des personnes âgées. Elle nécessite aussi une mobilisation coordonnée des professionnels autour du sujet âgé. Le renforcement des actions de prévention auprès de ce groupe populationnel, au niveau des soins primaires et au niveau du *care*, doit passer par une meilleure connaissance des pathologies, une meilleure compréhension des situations de vie et de l'environnement caractéristique de la

⁸ Tian Y., Dixon A. and Cao H. , « Emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: identifying the potential for reductions » *The Kings Fund Data Briefing* April 2012, 13p.

personne âgée. De cette connaissance approfondie et de cette compréhension du contexte de vie, procède un meilleur accompagnement.

La prévention consiste avant tout dans le discernement et l'appréciation des facteurs qui peuvent entraver ou diminuer les capacités physiques et psychiques des personnes. Parmi les risques qui ont pu être identifiés au cours des différentes études et des observations menées auprès des personnes âgées, un risque majeur revient, celui du risque de chute.

B) Prévenir les chutes chez les personnes âgées

Cela fut mentionné dans le premier chapitre de ces travaux : une des raisons remarquables de l'admissions aux urgences des personnes âgées est la traumatologie et les conséquences plus ou moins graves d'une chute dont ils peuvent être victimes. De même, l'étude des motifs de passage aux urgences des bénéficiaires du projet ASU a montré que les chutes sont la raison première de leur passage aux urgences.

a) Pourquoi les chutes ?

La chute est bien plus qu'un évènement fortuit aux conséquences plus ou moins graves pour la santé d'une personne, et d'une personne âgée en particulier. C'est souvent la résultante d'une diminution des capacités et des aptitudes physiques du sujet âgé, la conséquence d'une maladie ou encore les effets secondaires d'une importante médication.

Les chutes sont des évènements **multifactoriels**, résultant de l'intrication de facteurs prédisposants et précipitants d'origine biomédicale, psychologique, comportementale (prise de risque) ou environnementale (habitat ou environnement extérieur à l'habitat). En dehors de l'âge et du sexe (féminin), les facteurs de risque les plus fréquemment rapportés dans les études épidémiologiques sont les **antécédents de chute**, les **difficultés de marche et d'équilibre**, la **faiblesse musculaire** et les **limitations physiques fonctionnelles**, la **déficience visuelle ou auditive**, la **prise de médicaments psychotropes**, les **vertiges**, la **peur de tomber**, les **symptômes dépressifs** et les **troubles cognitifs**.⁹

Cette définition est intéressante à bien des égards, car elle permet de comprendre, comment un évènement aussi fréquent que la chute, peut révéler de nombreuses déficiences, qu'elles soient liées à la capacité physique ou motrice ou encore aux différents sens. La chute trahit en quelques sortes des symptômes de diminutions physiques ou cognitives des personnes âgées. Ceci est d'autant plus vrai, que ces dernières n'aiment souvent pas le rapporter à leur entourage lorsqu'elles sont victimes d'une chute. Ceci s'est notamment révélé au cours du projet ASU, dont les résultats seront présentés dans la seconde partie de ces travaux. En plus de ces données, des enquêtes de satisfaction menées auprès des intervenantes qui ont participé au projet, ont permis de confirmer

⁹ Dargent-Molina P, Cassou B, « Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique. » Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2017

cette tendance. Des témoignages rendaient compte de la difficulté de répondre à cette question. La raison principale qui était invoquée était la peur de la personne âgée de rendre compte d'un évènement qui traduit une faiblesse et une diminution physique et moteur.

Or, au regard des conséquences et des implications multiples que représente un tel évènement, il n'est pas étonnant que des efforts soient réalisés pour prévenir les chutes.

b) Mesures préventives

Les travaux récents sur la prévention des chutes mettent l'accent sur les activités physiques. Ces études menées sur l'impact des programmes physiques dans la réduction du risque de chute, tendent à montrer les bienfaits, non pas d'un seul exercice mais de plusieurs exercices. Pour plus d'efficacité, il faut donc des « *programmes multi-catégoriels* ». Le contenu et l'organisation de ces programmes sont tout aussi importants. Ces programmes peuvent contenir des exercices « *de stimulation de l'équilibre et la marche auxquels étaient associés le plus souvent des exercices de renforcement musculaire* ». ¹⁰ C'est notamment le cas de l'expérimentation « Ossébo » dont les résultats et les conclusions sont présentés par Dargent-Molina et Cassou.

Cette expérimentation avait un objectif principal d'« *évaluer l'efficacité d'un programme d'exercices physiques sur l'entraînement de l'équilibre et le renforcement musculaire sur les préventions des chutes traumatiques* ». Les sujets étaient des femmes qui avaient entre 75 ans et 85 ans. Deux groupes avaient été constitués : un groupe témoin et un groupe qui recevait l'intervention. Cette intervention consistait en un entraînement progressif réparti en 8 cycles trimestriels. Les objectifs généraux de cette expérience étaient « *d'améliorer les facteurs physiques intervenant dans l'équilibre, de faire prendre conscience des comportements favorisant les chutes et d'encourager la pratique d'exercices sur le long terme* ». Une fois de plus, à la mise en place de ces exercices et de ces mesures sportives, est associée une meilleure compréhension des facteurs explicatifs d'une chute.

Le programme d'exercices a démontré « *une réduction de 19% (statistiquement significative de risque de chute avec blessure* » ainsi qu'une baisse de 17% des chutes graves, en comparaison avec le groupe témoin. Comme le suggèrent les auteurs de l'étude, ces mesures doivent aussi être adaptées et prendre en compte les différences au sein du groupe populationnel, sans négliger l'aménagement de l'habitation de la personne âgée.

Les facteurs de chutes étant *multiples*, une évaluation multidimensionnelle, précédant l'élaboration et la déclinaison des programmes sportifs, apparaît essentielle. Il serait nécessaire que cette évaluation prenne en compte à la fois les capacités motrices et les capacités d'équilibre de la personne âgée. Le médecin généraliste tient un rôle de premier ordre dans cette évaluation. Le

¹⁰ *Idem.* p.338

repérage qu'il opère auprès des patients, permettrait dans un second temps de les conseiller en fonction de leur profil et des risques de chutes qui leur sont associés.

La prévention pour diminuer les chutes et les programmes d'exercices affiliés ne sont pas encore assez promus, selon les auteurs. Au-delà de l'approche multifactorielle basée sur l'évaluation individuelle qui est relativement coûteuse, des programmes dits communautaires devraient également être développés et implantés. Certaines réticences vis-à-vis de ces mesures, s'expliquent partiellement par les perceptions et les idées reçues autour de la chute. C'est le regard des autres, aussi bien que les conséquences possibles sur leur mode de vie et leur habitat, que les personnes âgées craignent. Admettre des risques de chute, c'est admettre des diminutions des capacités motrices et cognitifs. *In fine*, c'est admettre et accepter de vieillir.

Les conclusions des auteurs rejoignent ce qui a pu être observé au cours du projet ASU regardant les perceptions et les idées autour de la chute, et corroborent les observations menées au cours de l'étude.

En présentant l'intérêt d'un modèle prédictif, il a été souligné au cours de ce chapitre, que ces modèles ne sont pas suffisants pour permettre d'anticiper des passages aux urgences des personnes âgées. D'autres actions sont complémentaires, telles que les actions préventives notamment dans la prévention des chutes, la traumatologie étant le premier motif de passage aux urgences de patients âgées. Les modèles prédictifs, en permettant l'anticipation de certains événements, implique une réorganisation du travail des professionnels de santé. En effet, les calculs ne suffisent pas si derrière il n'y a pas une adaptation des professionnels pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées. La réorganisation nécessaire, implique toutefois des changements de pratiques et une réflexion nécessaire sur l'état actuel du travail interprofessionnel. Mais pour se réorganiser il faut avant tout comprendre. Comprendre, les caractéristiques des personnes âgées, non pas seulement d'un point de vue sanitaire, mais dans leur contexte de vie et leur environnement. Cette appréhension globale devrait permettre la mise en place d'un accompagnement et d'une prise en charge plus générale et non plus seulement sanitaire.

CHAPITRE 2 : IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LE SYSTEME DE SANTE

La prédiction doit s'accompagner d'actions concrètes sur le terrain. Agir c'est d'abord comprendre les caractéristiques de la population ciblée par ces modèles prédictifs : les personnes âgées dans le cas de cette étude. Avant de pouvoir agir dans l'anticipation d'urgences, il faut donc comprendre la place et la part des personnes âgées au sein de la population générale. Ensuite c'est interroger l'impact du vieillissement sur le système de santé, et plus particulièrement dans sa prise en charge aux urgences.

I) Vieillessement de la population et son impact sur le système de santé

Ce premier point s'attardera d'abord à donner une vue d'ensemble de la part des personnes âgées au sein de la population. Ce qui motive ces travaux c'est aussi l'impact de cette croissance sur le système de santé, ainsi que sur le service des urgences.

A) Part des personnes âgées au sein de la population

Le vieillissement de la population entraîne en toute logique une redéfinition de la répartition des différentes tranches de la population. Ce paragraphe présente les données et les projections liées à la population âgée et leur profil.

a) Chiffres et projections

Depuis plusieurs années, un discours s'est imposé : la population européenne en général et française en particulier, sont vieillissantes et les personnes âgées représentent une part de plus en plus importante de la population. Ils sont plus nombreux et vivent plus longtemps, un constat simple mais aux implications multiples, notamment dans le champ sanitaire. Au premier janvier 2016, les plus de 60 ans représentaient 25,1% de la population en France métropolitaine. Parmi ces 25,1%, 9,3% des personnes âgées avaient 75 ans et plus.

Au 1 ^{er} janvier	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	dont 75 ans ou plus	Ensemble en milliers
France métropolitaine					
1990	27,8	53,2	19,0	6,8	56 577,0
2000	25,6	53,8	20,6	7,2	58 858,2
2010	24,5	52,6	22,8	8,9	62 765,2
2011	24,5	52,2	23,3	9,0	63 070,3
2012	24,4	51,9	23,7	9,1	63 376,0
2013 (r)	24,4	51,6	24,1	9,1	63 697,9
2014 (p)	24,4	51,2	24,4	9,2	63 982,1
2015 (p)	24,4	50,8	24,8	9,3	64 277,2
2016 (p)	24,3	50,5	25,1	9,3	64 513,2

Tableau 1: Insee, estimations de population.

Tandis que les moins de 60 ans ont vu leur part de la population sans cesse diminuer, à l'inverse, celle des personnes de plus de 60 n'a cessé d'augmenter. La part des personnes de plus de 75 ans est notamment plus importante. Alors qu'ils représentaient 6,8% de la part des plus de 60 ans en 1990, ils représentent 9,3% en 2016 soit une augmentation de 2,5 points en 26 ans.

	Population au 1 ^{er} janvier en million				
	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 74 ans	75 ans ou plus	
2020	66,0	23,9	49,6	17,0	9,4
2030	68,5	23,0	47,5	17,1	12,3
2040	70,7	22,4	46,6	16,3	14,7
2050	72,3	22,3	45,9	15,9	16,0
2060	73,6	22,1	45,8	15,9	16,2

Tableau 2: Insee, scénario central des projections de population 2007-2060

Suivant les projections de l'INSEE, la part des personnes de plus de 75 ans sera de plus en plus grande. Ces projections prennent en compte les conséquences du baby-boom qui s'est étendu jusque dans les années 70, mais également de l'allongement de l'espérance de vie qui ne cesse de croître.

b) Répartition des personnes âgées

La répartition des personnes âgées entre les hommes et les femmes n'est pas paritaire et les différences sont assez significatives pour être notifiées. 57% des séniors (plus de 65 ans) sont des femmes. Mais leur part croît encore plus avec l'âge, car elles représentent les deux tiers des plus de 85 ans, et les trois quarts des plus de 95 ans.¹¹

c) Contexte de vie

La majorité des séniors, soit les plus de 65 ans, vivent encore à domicile. Une fois de plus, une distinction est faite selon les sexes. En 2013, à 96%, les hommes de plus de 65 ans vivaient à domicile contre 93% de femmes. Il est également noté que la forme de cohabitation diffère. Il y a plus de veuves que de veufs. De surcroît, elles vivent seules à leur domicile. C'est une femme sur quatre à 65 ans, c'est 38% d'entre elles à 75 ans et plus, enfin c'est une femme sur deux à 85 ans. La variation est plus faible pour les hommes sur les mêmes tranches d'âge, étant de 16% pour les 75 ans et plus et de 25% pour les plus de 85 ans. De même, dans le cas des personnes âgées vivant en institution, les mêmes distinctions peuvent être faites selon les sexes. Le recours à l'institutionnel est plus important à partir de 80 ans, les hommes représentent 4% de cette

¹¹ Insee Références, édition 2016 – Fiches « Seniors » - Population

population et les femmes 5%. C'est à partir de 95 ans que la différence s'accroît : 26% des personnes vivant en institution sont des hommes, alors que 42% d'entre elles sont des femmes.¹²

Voici ce qu'il faut retenir de ces chiffres : la population vieillit ; les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes ; la grande majorité des seniors vivent à domicile ; l'âge moyen de l'entrée en institution progresse significativement à partir de 80 ans ; enfin, passé 95 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à vivre en institution. Une fois ce constat fait, se posent de nouvelles questions : qu'est-ce que cela implique dans l'accompagnement des personnes âgées ? Quels impacts sur le système de santé ? Bien que significatives, les différences entre les sexes ne seront pas abordées plus en détails. La présentation se voulant succincte, l'idée n'est pas tant d'aborder l'impact du vieillissement de la population sur tout le système de santé, mais à travers un angle particulier, qui est celui des urgences.

B) Les personnes âgées aux urgences

Ce second paragraphe revient sur le profil des personnes âgées aux urgences et ce que cela implique dans leur prise en charge.

a) Profils

S'il est évidemment nécessaire de réfléchir à la réorganisation du système de santé en général, le focus de ces travaux porte sur la question des urgences en particulier. Les services d'urgence doivent faire face aux changements liés à une augmentation continue du nombre de personnes âgées en France. Ce changement dans la répartition démographique du pays a plusieurs conséquences¹³ :

- Une poly-pathologie croissante qui caractérise 85% des personnes de plus de 75 ans.
- Des personnes âgées qui restent plus longtemps à domicile et une forte institutionnalisation pour les nonagénaires.
- Les prévisions actuelles évaluent que la part des personnes âgées dans la population atteindra les 33% en 2020 (14% en 2000).

La poly-pathologie, qui est la coexistence de plusieurs pathologies chez un même patient, n'est pas la seule particularité de ce groupe populationnel. L'importance des facteurs liés à l'état physiologique, ainsi qu'à l'environnement et au contexte social de la personne âgée, sont à examiner dans l'organisation des soins autour de la personne âgée en général et dans le service des

¹² *Idem.*

¹³ Société française de médecine d'urgence, 2003, « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences », 10^{ème} Conférence de consensus, décembre, p.1

urgences en particulier. Ces facteurs nombreux et les conditions de vie des personnes âgées « entraînent une fragilité supplémentaire chez ces patients. Leur prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé, une hospitalisation plus fréquente en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et se caractérise par une durée de passage plus longue que celle des patients plus jeunes ». ¹⁴

Pour avoir une appréhension un peu plus fine des tendances observées dans les passages aux urgences des personnes âgées et ce qui les caractérise, plusieurs enquêtes et études ont été menées au sein des services d'urgences. C'est dans cette perspective qu'a été menée l'enquête de la DRESS en partenariat avec la SFMU, en 2013. Cette étude a permis de recueillir près de 6000 questionnaires de patients âgés de plus de 75 ans ou plus. Ils représentaient 12% des passages aux urgences le mardi 11 juin 2013, jour de l'étude. Ils représentent également 17% des passages des 15 ans ou plus alors que ce groupe ne représente que 11% de cette tranche de la population. Les principaux motifs de passage aux urgences soulevés par cette étude sont la **traumatologie** (25%), **les motifs cardio-vasculaire** (17%), **motifs « généraux et divers »** (fièvre, altération de l'état général, fatigue, etc), (12%). ¹⁵

L'autre différence majeure qui différencie les personnes âgées du reste de la population, c'est leur durée de passage aux urgences, comme tend à le représenter le graphique ci-dessous.

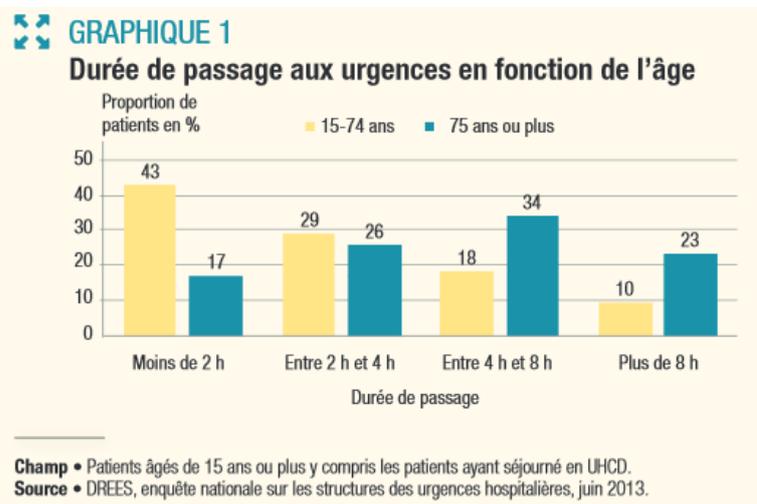


Figure 1: Durée de passage aux urgences en fonction de l'âge.

Pour les 15-74 ans, la durée moyenne de passage aux urgences est inférieure à deux heures dans 43% des cas. En comparaison, seul 17% des plus de 75 ans restent moins de deux heures dans le service des urgences. La tendance est inversée à l'autre extrémité. Dans 23% des cas, les plus de 75 ans passent plus de huit heures aux urgences, contre 10% pour les 15-74 ans. Plusieurs raisons sont invoquées pour expliquer cet écart assez conséquent dans la durée de passages aux urgences

¹⁴ BOISGUERIN, Bénédicte, MAURO, Léa, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », DRESS Etudes et résultats, N°1007, Mars 2017, p.1

¹⁵ *Idem.*

entre des patients. C'est notamment des actes d'investigations qui sont plus longs pour les personnes âgées, c'est également plus de séjours en UHCD. ¹⁶

b) Défis des urgences

Face à la complexité de l'accueil et du suivi des personnes âgées, se pose la question de savoir quels sont les enjeux auxquels doivent faire face les services des urgences. Dans ce contexte, un des premiers défis, « *consiste, dans la contrainte de temps habituelle des structures d'urgences, à effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale* ». En plus des actes classiques réalisés dans le service, les professionnels doivent donc intégrer d'autres actes d'investigation, portant sur le contexte et l'environnement du patient âgé. Ces actions supplémentaires sont pourtant nécessaires pour avoir une vision globale de la situation de la personne âgée et comprendre pleinement les motifs explicatifs de son passage aux urgences. De surcroît, la prise en charge des patients exige, non seulement un « *savoir-faire* » des professionnels de santé qui gravitent autour de la personne âgée, mais également une coordination entre les professionnels et notamment avec les professionnels de la gériatrie.¹⁷

Lors de la 10^{ème} conférence de consensus du SFMU en 2003, deux grands facteurs qui déterminent le passage aux urgences de la personne âgée aux urgences ont été identifiés : c'est d'une part « **son état clinique** » et de l'autre « **l'absence de solution alternative** ». Ainsi « *l'admission est justifiée si elle correspond au besoin du patient* », mais « *elle devient appropriée si elle constitue la réponse la plus efficiente* ». ¹⁸ Les deux questions qui se posent donc alors lorsque l'étude du passage aux urgences est faite : c'est d'une part « est-ce que l'admission est pertinente ? » et de l'autre « est-ce qu'elle est justifiée ? ». Elle est pertinente lorsque c'est la solution première ; elle est justifiée lorsque d'autres solutions ne sont pas offertes. A ce titre, certaines admissions aux urgences seraient donc évitables si d'autres issues étaient proposées et disponibles pour les professionnels. Mais éviter le passage aux urgences, c'est aussi pouvoir l'anticiper et dans la mesure du possible prendre en charge le patient relativement tôt pour mieux l'orienter vers les services adéquats. Pour ce faire, il est nécessaire de pouvoir intervenir en amont afin de pouvoir anticiper et prévenir l'admission aux urgences des personnes âgées. Cette anticipation, et par là la prévention, sont d'autant plus importantes que le recours aux urgences peut être parfois considéré comme un constat d'échec. En effet, lorsque la situation d'un patient

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ *Op.cit.* Société française de médecine d'urgence, 2003, p.1

¹⁸ *Idem.*

est difficilement gérable, il est adressé aux urgences, qui apparaissent comme l'ultime solution et qui peuvent orienter le patient.

Or pour pouvoir agir à ce niveau, il est fondamental de s'interroger sur l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, en amont des urgences et de l'hospitalisation.

II) De nouvelles logiques dans la prise en charge des personnes âgées

En même temps qu'est fait le constat du vieillissement de la population, de nouvelles logiques émergent dans la prise en charge des personnes âgées. En effet, un changement dans la répartition de la population ne peut laisser indifférent et pousse à s'interroger sur la pertinence du système actuel dans la prise en charge des personnes âgées. Ces réflexions sont la porte d'entrée pour établir de nouvelles logiques dans l'appréhension et l'accompagnement des sujets les plus âgés. Il faut d'abord replacer la personne dans un contexte global, avant de s'arrêter sur les évolutions récentes de sa prise en charge.

A) Replacer la personne âgée dans un contexte plus global

Dans la perspective de mieux anticiper le passage aux urgences, il est possible d'agir avant « d'atteindre le seuil critique ». Ce seuil critique correspond à une « *aggravation brusque d'une vulnérabilité sociale ou psychologique, qui, sans réponse adaptée, se traduira par une déstabilisation somatique* ». ¹⁹ Mais ce seuil critique intègre différents facteurs : physiologiques, cliniques et sociaux. Les conséquences du vieillissement sur l'état physique, psychologique et sociétal de la personne âgée, rendent difficile l'appréhension de son état général, ainsi que la mise en place d'accompagnement qui prenne en compte tous ces paramètres. L'accumulation des facteurs qui impactent l'état global de la personne, entraîne par là une augmentation des services de soins. Cette augmentation s'accompagne d'aller-retours plus fréquents entre l'ambulatorio, l'hôpital, le domicile ou les institutions de services à la personne. De ce fait, les personnes âgées requièrent une « *combinaison complexe* » de services et support médical et social. ²⁰ La progression de tous les facteurs précédents définit un état de fragilité. Mais l'état de fragilité des personnes âgées et ce qui le caractérise, ne sont pas toujours pris en compte dans l'organisation des services de soins, notamment dans le service des urgences. Certains parlent même d'une « *fragmentation* » entre les services, mais également entre les différents secteurs du sanitaire et du social qui

¹⁹ *Idem.*

²⁰ Bergman H., Beland F., Perrault A. (2002). "The Global Challenge of Understanding and Meeting the Needs of the Frail Older Population". *Aging Clin Exp Res* 14 (4):223-225, p.223

interviennent dans le parcours de la personne âgée.²¹ Pourtant, ce ne sont pas les efforts qui manquent pour réorganiser la prise en charge des personnes âgées.

B) Les évolutions récentes dans l'accompagnement de la personne âgée

Une des priorités dans la réorganisation de la prise en charge de la personne âgée, est la façon dont les professionnels issus de différents secteurs, du sanitaire et du social, peuvent mieux s'organiser pour offrir un accompagnement, non seulement plus harmonieux, mais également plus coordonné et plus cohérent. Le constat a été fait à plusieurs reprises que la cohérence, mais également la coordination du parcours, bénéficie à la personne âgée. Ce constat, amène le défi suivant : comment retranscrire ces avantages en un parcours cohérent de services sanitaires et sociaux ?²² Cette façon nouvelle d'aborder le parcours du sujet âgé, implique le renforcement des soins primaires, mais également des services communautaires autour de la personne âgée. L'intérêt prêté aux soins primaires et à l'organisation quotidienne des aides apportées à la personne âgée, révèlent l'importance de la suivre et de l'accompagner dans son quotidien pour mieux déceler le seuil critique, ou le seuil de crise, précurseur d'un passage aux urgences. Cette anticipation permettrait dans une seconde phase de mieux orienter la personne âgée pour éviter une prise en charge qui soit précipitée, plus à risque et dommageable pour son état physique mais également psychologique.

C'est pourquoi, l'acte seul de soigner ne suffit plus lorsque s'organise la prise en charge des personnes âgées. En effet, l'accompagnement global est tout aussi important, voire davantage, car il permettrait, d'une part de mieux connaître l'environnement de la personne âgée, de l'autre de mieux déceler les signaux d'alerte, précurseurs d'un état de crise et donc d'un passage aux urgences. Cette compréhension oblige professionnels de santé et acteurs institutionnels à changer les comportements et les habitudes dans l'accompagnement des personnes âgées et l'organisation de leur parcours de soins. Comprendre et appréhender constitue une première étape. Il faut dans un second temps, voir quelles sont les conditions qui permettraient de changer les attitudes et améliorer l'interprofessionnalité dans la prise en charge des personnes âgées.

²¹ *Idem.* p.224

²² *Idem.*, p.224

CHAPITRE 3 : ORGANISER LA COORDINATION

Pour rendre plus efficace l'utilité des modèles prédictifs et leur exploitations concrètes dans l'amélioration du parcours du patient, plusieurs conditions organisationnelles sont à remplir. C'est notamment se poser la question sur les interactions entre les acteurs autour et avec la personne âgée. Mais c'est également interroger l'état de la coordination actuelle et pourquoi l'interprofessionnalité est importante, voire même nécessaire pour répondre aux besoins des plus âgés.

I) État de la coordination

Ce premier point revient sur la notion même de coordination et sur l'importance de l'interprofessionnalité. Quel est en effet l'intérêt de concentrer les efforts sur l'organisation et la coordination du travail des professionnels ? Les quelques points théoriques développés dans ce premier paragraphe, permettront de questionner dans un second temps l'état de la coordination dans la prise en charge des personnes âgées et notamment au niveau ambulatoire.

A) Qu'est-ce que la coordination ?

Mettre en place une action coordonnée c'est bien, mais que signifie coordonner ? La coordination n'est pas un terme nouveau. Les premiers textes datés du début du 20ème siècle, suggèrent que la « *volonté du législateur était de mieux prendre en compte les besoins des personnes accompagnées, en organisant les pratiques et les liaisons entre les différents services sociaux.* ». Les objectifs de la coordination sont donc multiples : c'est éviter la « *superposition d'intervenants* » auprès de la personne accompagnée ; c'est atteindre une plus grande « *efficacité en coordonnant les actions* » ; enfin c'est « *recenser les besoins et accompagner l'évolution des pratiques professionnelles* ». ²³

B) Le bien-fondé de la coordination

Lorsque la question est posée de savoir comment implanter la coordination entre secteur sanitaire et social, la question sous-jacente interroge le pourquoi de la coordination et l'intérêt de l'interprofessionnalité. Cette interprofessionnalité se justifie par « *la complexité des interactions biopsychosociales dans la genèse et le soin de plusieurs maladies et problèmes psychologiques et*

²³ BOQUET, M-P, VIGNAIS, A., DUVIVIER E., et al., « La fonction de coordination dans le travail social, « une fonction assumée à clarifier ou l'émergence d'un nouveau métier », Rapport d'étude PREFAS Nord-Pas-de-Calais

sociaux »²⁴ A ce titre l'interprofessionnalité « est nécessaire tant pour l'évaluation globale du sujet que pour l'application d'un plan d'intervention concerté et efficace ». En d'autres termes, dans le cas particulier de la personne âgée, celle-ci présentant des besoins divers, liés à son état physique, sanitaire, moteur ou encore à sa condition sociale, il est nécessaire de faire appel à un panel de professionnels, qui interviennent séparément pour répondre à un besoin particulier de la personne. Ainsi, pour être en mesure de couvrir tous ces besoins, il est nécessaire de faire appel à plusieurs professionnels.

C) Une interprofessionnalité non évidente à mettre en place

La coordination interprofessionnelle devrait donc permettre de passer d'actes isolés et non concertés de chaque professionnel, à une suite d'actions logiques dans un parcours de soins coordonnés et pensés en amont. C'est la théorie. Dans la pratique, les choses sont plus complexes à mettre en place. La mise en place de cette coordination est rendue d'autant plus difficile qu'elle doit faire face à un « système socio sanitaire morcelé en différents établissements, programmes ou services ». De là, la communication est « indispensable pour assurer une intégration des services et l'inter professionnalité ». Et par communiquer, il est question de permettre le « partage d'un cadre de référence et d'un vocabulaire commun ».²⁵ A cette absence de communication, s'ajoute le peu de connaissance des pratiques et de la culture professionnelle des uns et des autres. Les médecins traitants aux emplois du temps surchargés n'ont pas pour certains la culture du travailler ensemble dans un cadre formalisé et coordonné avec le secteur social. Le travail interprofessionnel existe, même avec le secteur social, mais il est souvent informel et non outillé. C'est en somme l'absence d'une démarche systématisée avec le secteur social, à laquelle s'ajoute une méconnaissance des autres professionnels qui gravitent autour de la personne âgée.

Pourtant la communication et les échanges ne sont pas entièrement absents, mais ils sont morcelés et se font généralement dans un cadre informel qui dépend beaucoup du réseau personnel du médecin traitant.

II) Les acteurs en présence.

Organiser la coordination dans le cadre d'un projet comme celui mis en place par le projet ASU, il est nécessaire de définir les acteurs impliqués dans un tel réseau. La compréhension des caractéristiques de ces acteurs est une des conditions nécessaires à l'organisation du flux

²⁴ Manière D. Interprofessionnalité en gérontologie : travailler ensemble : des théories aux pratiques. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2005, p.9

²⁵ *Idem.*

informationnel depuis le domicile du patient âgé jusqu'au cabinet du médecin traitant. A la suite du projet ASU, la réflexion a été de s'interroger sur la façon dont il est possible de mettre en place un réseau coordonné autour de la personne âgée pour améliorer le partage d'informations entre les professionnels. Ce point sera largement développé dans la seconde partie. Mais il est nécessaire dans ce chapitre de revenir sur le rôle et les fonctions des personnes qui seront susceptibles d'être mobilisées dans ce réseau. C'est évidemment le médecin traitant, mais ce sont aussi les personnes qui côtoient au quotidien les personnes âgées à leur domicile : les intervenants à domicile ainsi que les aidants. Les points qui suivent reviennent sur ces trois figures qui gravitent autour de la personne âgée. Avant d'imaginer un réseau possible de coordination entre ces acteurs, comme ce sera le cas dans la troisième partie, il est donc nécessaire de présenter leurs singularités et ce qui les caractérise.

A) Comprendre le rôle du médecin traitant

La difficulté d'intégrer les médecins traitants dans des projets de coordination commun inter-secteurs s'explique en partie par les représentations de la profession. Le travail du médecin généraliste a été longuement associé à une « *conception d'un exercice solitaire, d'une médecine de soins et d'un paiement à l'acte, qui semblent bien éloignés des préoccupations de santé publique* »²⁶. Pourtant dans leur pratique quotidienne ils s'inscrivent dans ces préoccupations, que ce soit à travers la prévention ou encore leur « *implications dans les évaluations de pratiques professionnelles* ». ²⁷ Le rôle du médecin traitant comme acteur pivot est de plus en plus favorisé, il est perçu comme un médiateur possible. Dans ce cadre, il peut revêtir plusieurs fonctions comme celle de « *pouvoir assurer le lien entre l'individuel et le collectif par sa connaissance des individus, ses possibilités d'apprécier l'état de santé d'une population [...] au sein de laquelle il travaille* ». ²⁸ Sur le principe, ils sont d'accord mais dans la pratique quotidienne les choses sont plus complexes. La charge de travail y est pour beaucoup. Pour permettre au médecin traitant de pleinement remplir ce rôle de médiateur et de « *gatekeeper* », pour reprendre le terme usité au Pays-Bas, il est nécessaire de mettre en place un réseau de soins de santé coordonné. C'est toute l'organisation des soins primaires qu'il faut revoir sur la durée. A l'échelle des réflexions soulevées à la clôture du projet, le défi à relever est de savoir comment il est possible d'intégrer localement le médecin traitant dans le flux de partage d'informations sur la personne âgée, entre les professionnels impliqués dans sa prise en charge. Certes, il est nécessaire d'avoir en tête les problématiques globales autour de ces questions mais il est tout autant important, de commencer par trouver des

²⁶ Bourdillon, François, Anne Mosnier, et Jean Godard. « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », *Santé Publique*, vol. 20, no. 5, 2008, pp. 489-500.

²⁷ *Idem.*

²⁸ *Idem.*

solutions locales au problème, sans égards au caractère local et restreint de l'action, bien au contraire.

B) Mieux comprendre le travail social

Le projet ASU a mobilisé des intervenants à domicile, des professionnels du secteur social, dans les observations menées au domicile du patient. Ce parti pris permet d'interroger le rôle actuel de ces professionnels auprès des personnes âgées. Bien plus, il permet de poser la question du rôle qu'ils pourraient avoir s'ils venaient à être intégrés dans un réseau plus large de professionnels.

a) Interroger la fonction et le rôle des intervenants à domicile

Alors qu'il était dévolu au cercle restreint et familial, depuis quelques années, le secteur du maintien à domicile « *se structure progressivement* » et la volonté est affichée de « *rationaliser l'évaluation des besoins des personnes âgées* ». ²⁹ Cette aide qui se professionnalise est donc à développer et à élaborer. La fonction du *care*, jusque-là principalement remplie par les proches de la personne à soutenir, s'est fortement professionnalisée. Cette professionnalisation représente une source financière importante. Ainsi, dans les années 1990, les politiques publiques « *considèrent l'aide à domicile comme un gisement d'emplois nouveaux pour lutter contre le chômage, notamment des femmes* ». ³⁰ Le secteur est en effet très féminisé. Le projet ASU ne peut qu'appuyer ce point car les professionnels participants n'étaient que des femmes. Bien qu'importante, il semblerait pourtant que toute la portée de cette aide ne soit pas encore entièrement considérée. Or, au domicile du patient, le travail des professionnels ne devrait pas s'arrêter qu'à des prestations quotidiennes car « *sur le terrain, c'est bien aux attentes des personnes âgées et à la façon dont elles donnent sens à leur vieillesse que les professionnelles sont confrontées* ». C'est l'un des intérêts majeurs du projet ASU, celui de participer à la réflexion portant sur le travail des aides à domicile. Leur intégration dans le projet, permet en partie, non seulement de valoriser leur travail auprès des personnes âgées, mais d'en rappeler la valeur fondamentale dans leur maintien à domicile.

b) La vision de l'aide par les personnes âgées

²⁹ Bonnet, Magalie, et Jean-Pierre Minary. « L'aide professionnelle à domicile pour les personnes âgées : les conditions d'une relation d'intimité professionnelle », *Connexions*, vol. no81, no. 1, 2004, pp. 91-109.

³⁰ *Idem*.

A la suite du projet ASU, des enquêtes auprès des bénéficiaires ont permis d'avoir leurs retours sur leur vision de l'aide à domicile. La façon dont les personnes âgées perçoivent l'aide est une notion encore peu abordée bien qu'elle semble fondamentale.

Une enquête rapportée par Bonnet Magalie et Jean-Pierre Minary, cités dans l'introduction, s'est interrogée sur l'impact et la vision de l'aide par les personnes âgées. Lors de cette enquête trois types d'aides avaient été différenciées : une aide basée sur une « *relation d'assistance* », de « *suppléance* » ou de « *confort* ». Selon le scénario les perceptions de l'aide diffèrent. Toutefois, dans tous les cas, l'aide est fortement liée aux « *ressources et aux contraintes des contextes de vie* », et sa mobilisation est la résultante d'un « *évènement précis* ». Selon la nature de cet évènement, la sollicitation et la mise en place de l'aide vont être perçues de bien des façons. De ce fait, lorsque dans le cadre des enquêtes de terrain faites à la suite du projet, des bénéficiaires déclarent qu'ils se sentent moins oubliés ou qu'ils apprécient les nouvelles habitudes des intervenantes qui prennent le temps de s'enquérir de leur état physique ou moral, force est de se poser la question sur la valeur et la finalité même de cette aide. Il serait regrettable que cette aide se résume à des actes du quotidien accomplis de façon routinière. Pourtant, sans généraliser le propos, c'est ce que certains témoignages des bénéficiaires et des intervenantes laissent entendre.

C) Impliquer les aidants

Tout au long du projet ASU et par la suite, au cours de différents séminaires et échanges, la place et le rôle de l'aidant ont été sans cesse interrogés. Encore aujourd'hui la question se pose de savoir comment ils peuvent être intégrés dans un réseau de partage d'informations. C'est l'occasion de revenir sur la figure de l'aidant, son rôle et sa fonction auprès de la personne qu'il accompagne.

5 millions de personnes vivant à domicile, et qui ont plus de 5 ans, reçoivent le soutien d'un proche pour diverses raisons, que ce soit de santé ou de handicap. Dans 64% des cas il y a un unique aidant auprès de la personne qui a besoin de soutien. Il faut savoir que 57% des aidants sont des femmes. L'aide prodiguée par les aidants est souvent primordiale et acquiert dans la durée une certaine forme de professionnalisme. En effet, dans leur accompagnement du quotidien, ils vont « *jusqu'à acquérir une forme d'expertise*. ». Mais il y a un revers à la médaille car « *l'énergie et le temps consacrés à cette aide ne sont pas sans conséquence sur leur santé physique et psychologique, leurs ressources ou leurs relations sociales* »³¹. Il est donc essentiel, non seulement de reconnaître l'importance de l'accompagnement mené par les aidants, mais également de les ménager et de faire en sorte qu'ils soient eux-mêmes entourés et accompagnés pour être efficace auprès des personnes qu'ils soutiennent et notamment auprès des personnes âgées. De ce fait, le

³¹ CNSA, Accompagner les proches aidants, ces acteurs « invisibles », Rapport 2011

Conseil de la CNSA a émis 21 préconisations pour soutenir et accompagner au mieux les aidants. Ces préconisations, s'organisent autour de trois axes : c'est la nécessité de « *reconnaître la contribution des aidants* », la volonté de « *renforcer et structurer des réponses à leurs besoins* », mais également de « *mener une politique publique ambitieuse pour et avec les aidants* ». ³² Intégrer ces aidants, qui pour certains accompagnent la personne de façon quasi professionnelle, dans un réseau plus global, pourrait leur permettre de se sentir inclus dans un tissu d'accompagnement et la possibilité de travailler de façon plus coordonnée avec les professionnels de santé, comme ceux issus du secteur social.

Bien évidemment, il existe de nombreuses formes de coordination dans l'accompagnement des personnes âgées et une multitude d'acteurs impliqués. Mais pour les besoins du mémoire et pour rendre le propos le plus compréhensif possible dans un domaine déjà complexe, la présentation de ce dernier chapitre restreignait la coordination aux plus proches acteurs qui gravitent autour de la personne âgée. Le choix est consciemment fait d'avoir une vision locale de la problématique. En effet, avant de penser à réformer tout un système de soin et d'accompagnement de la personne âgée, l'idée est de savoir comment au niveau local, au plus près du patient, il est possible d'expérimenter de nouvelles formes de coopération. C'est dans cette perspective que s'inscrit la suite du mémoire.

L'objet de cette première partie était de dresser le panorama et des enjeux dans lesquels s'inscrit le projet d'Anticipation des situations d'urgences, mené par l'ANAP. Il n'est pas toujours aisé de trouver des études spécifiques aux personnes âgées de plus de 75 ans. L'objectif des différents points abordés était de savoir comment ces problématiques communes au projet ASU, ont pu être traitées préalablement. Cette étude, certes succincte, permet néanmoins d'affirmer, plusieurs points. Tout d'abord, la présentation des modalités prédictives a permis de comprendre leur fonctionnement, et a permis de rappeler qu'un modèle prédictif n'est utile que s'il est accompagné d'actions concrètes sur le terrain. La compréhension des caractéristiques de la population visées par ces modèles précède l'action. De ce fait, à maintes reprises, fut soulignée l'importance de comprendre l'environnement et les caractéristiques propres aux personnes âgées et la nécessité d'appréhender leur prise en charge dans un contexte global. Cette compréhension, a enfin permis d'interroger le bien-fondé de la coordination pour répondre à ces problématiques actuelles et de présenter quelques acteurs gravitant autour de la personne âgée. Cette première partie est donc le socle pour appréhender les deux autres parties de ces travaux.

³² *Idem.*

PARTIE 2 : LE PROJET ANTICIPATION DES SITUATIONS D'URGENCES : RESULTATS ET PERSPECTIVES

Quelle est la place du projet ASU dans ce panorama et en quoi la démarche adoptée est-elle différente, innovante ? Quelles sont les possibilités offertes par les premiers résultats et quelles sont les suites données au projet ? Le projet d'Anticipation des situations d'urgences mené auprès des personnes âgées de plus de 75 ans, est singulier et innovant à bien des égards. D'abord c'est une étude observationnelle. Cette précision est importante, car le projet n'avait pas vocation à impacter ni le quotidien des bénéficiaires, ni le travail des intervenantes qui ont été mobilisées pour cette expérimentation. Ensuite, le projet prend en compte le caractère poly-pathologique de la personne âgée. Ainsi, les modèles prédictifs qui ont pu être construits ne s'arrêtaient pas à une pathologie particulière mais avaient pour objectifs de construire un outil qui puisse être généralisable. Cependant, comme cela fut souligné à plusieurs reprises dans la première partie, prédire ne suffit pas si les professionnels ne sont pas prêts et coordonnés pour mettre en place les actions adéquates en amont. Il est donc important de s'interroger sur les modèles d'actions qui sont possibles derrière ces prédictions. A ce titre, quelles perspectives et quelles possibilités nouvelles sont offertes par le projet ? Plus précisément, comment ces perspectives s'inscrivent dans la lignée des mesures et des réflexions menées autour de l'amélioration et de l'adaptation du système de santé et des parcours de soins à l'attention des personnes âgées ? Bien que le projet offre des nouvelles perspectives en termes de modélisation prédictive, c'est bien l'aspect organisationnel et c'est le lien entre les secteurs sanitaire et social, qui seront développés dans cette partie du mémoire et discutés dans la dernière.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU PROJET

Le premier chapitre de cette partie tend à présenter le projet ASU de sa conception à sa déclinaison.

III) Les origines du projet

A) Un projet qui s'inscrit dans une démarche plus globale

a) Démarche « Filières de soins »

Le projet ASU s'inscrit dans une démarche plus globale menée par l'ANAP depuis plusieurs années et baptisée « Filières de soins ». Lancée en 2013, elle prend pour appui les préconisations du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de 2011, « Assurance maladie et perte d'autonomie ». Ce rapport invite à revoir les parcours des personnes âgées pour les rendre plus efficaces et davantage adaptés à leurs besoins. Aussi l'objectif de la démarche Filières de soins est « *d'identifier et de répondre aux dysfonctionnements de prise en charge que peuvent connaître les professionnels sur leur territoire, en leur proposant des solutions simples, efficaces et rapides à mettre en œuvre, améliorant l'efficacité de la prise en charge* ». [ANAP]. La méthode de cette démarche s'articule autour de 3 étapes : **analyse/déploiement/évaluation**.³³

- Analyse des filières qui sont visées par la démarche à travers « *l'objectivation des prises en charge et à la mobilisation des acteurs de territoires* »

- Déploiement des « *nouveaux dispositifs* » adéquats pour réduire « *les ruptures dans la prise en charge* »

- Évaluation des dispositifs, capitalisation et diffusion des bonnes pratiques

C'est globalement la méthode qui a été déployée dans la déclinaison du projet ASU.

b) La méthode du projet ASU

L'analyse sur laquelle le projet ASU trouve son fondement est le même constat qui a été évoqué tout au long de la première partie de ces travaux : le vieillissement de la population impacte le système de santé et en particulier le service des urgences. Dans ce cadre, le projet, tout comme les études et les expérimentations qui ont été menées antérieurement, s'interroge sur la façon dont le passage aux urgences des personnes âgées peut être anticipé.

Dans sa réponse face à cet enjeu, le projet ASU fait le choix de s'intéresser au domicile du patient, mobilisant davantage la partie *care* du parcours de soins. C'est pourquoi le dispositif déployé s'est fait auprès des acteurs du secteur social. Une des idées derrière le projet c'était de

³³ ANAP, « Approche territoriale : Filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé », Publication ANAP, décembre 2015, p.9 33p

savoir s'il était possible ou non de faire participer et de mobiliser ces professionnels dans l'amélioration du parcours du bénéficiaire âgé, grâce à une observation quotidienne menée à leur domicile. En démontrant le bien-fondé de cette intuition, le projet pouvait ouvrir de nouvelles perspectives dans l'amélioration du suivi de l'accompagnement des personnes âgées.

Les premières évaluations de l'expérimentation ont permis de confirmer l'intérêt porté sur le secteur social et la façon dont les professionnels de ce secteur pourraient être mobilisés pour penser des organisations nouvelles et innovantes dans la prise en charge des personnes âgées.

B) Les hypothèses et les enjeux du projet

a) L'hypothèse du projet

L'hypothèse du projet avance que « *l'observation au domicile, pour certaines pathologies chroniques ou état de fragilité, permet d'anticiper des situations de décompensation évitant passage aux urgences, ré-hospitalisation et améliorant le maintien à domicile.* » [Équipe projet ASU]. L'idée du projet est en soit relativement simple : en observant les bénéficiaires à leur domicile, de façon régulière, il serait possible de déceler et de prévenir des seuils critiques et des situations de crise, qui entraînent un passage aux urgences obligé pour la personne âgée. L'anticipation de ces passages aux urgences aurait alors une triple conséquence : éviter un passage aux urgences, mais aussi une ré-hospitalisation évitables et une amélioration du maintien à domicile.

b) Les objectifs initiaux

Sur la base de cette hypothèse, trois objectifs ont été établis : deux étant la résultante directe du projet. Le troisième objectif s'inscrit sur le long terme et le projet ASU peut être considéré comme une étape préliminaire. Ces trois objectifs sont :

- (1) **Le repérage** des « *signaux faibles* » pour « *réduire le passage aux urgences en **observant la vie courante*** »
- (2) **L'évaluation des signaux faibles** à partir des données de terrain récoltées par les intervenantes d'aide à domicile
- (3) Le déclenchement, si possibles **d'actions préventives** à la lecture des résultats.

Le projet avait donc pour ambition (1) de réaliser une **étude observationnelle** au domicile des patients, (2) **d'intégrer cette étude dans le quotidien des bénéficiaires et des intervenants**, sans

bousculer les habitudes des premiers et les pratiques des seconds, (3) de cadrer et recueillir des données de terrain à travers une **démarche scientifique**.

c) Les dimensions du projet

Les dimensions du projet sont plurielles et diversifiées. Ce projet est évidemment social et humain, dans la mesure où il recherche à améliorer le maintien à domicile des personnes âgées. Il est aussi organisationnel. Sa réalisation et les réflexions qu'il a permis et permet encore, interrogent la façon dont la coordination entre les secteurs sanitaires et sociaux peut être repensée. C'est également un projet qui a rendu possible la production de connaissances, qui est évolutif et qui cherche à répondre à une problématique de santé publique de façon innovante. Enfin, à long terme il pourrait avoir des conséquences économiques positives, notamment si l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées impacte durablement leur passage aux urgences et leur hospitalisation, une dimension qui reste encore purement hypothétique. Le stage correspondant à la clôture du projet, ce fut l'occasion d'avoir une vision globale du projet. En étudiant les données et en réalisant des tests statistiques complémentaires, la possibilité me fut donnée d'aborder le projet à travers les résultats analytiques d'abord. Dans un second temps, l'étude des enquêtes de terrain et la réalisation de questionnaires à l'intention des acteurs engagés sur le projet a permis de mieux comprendre les enjeux sociaux, humains et organisationnels du projet. Enfin, La participation aux différents séminaires de clôture, aux conseils scientifiques et la contribution aux différentes publications, furent les moyens d'avoir une compréhension et une appréhension de toutes ces dimensions du projet.

C'est le cadre du projet. Quand est-il de sa construction, des acteurs impliqués, des territoires tests et des outils mobilisés pour sa réalisation ?

IV) Construction du projet et implémentation dans les territoires

A) Les paramètres du projet ASU

a) Constitution de la cohorte

Lors de la constitution de la cohorte, les critères suivants devaient être respectés : les bénéficiaires devaient avoir plus de 75 ans, être relativement indépendants (GIR 4 à 6 globalement). Ces personnes vivaient seules ou accompagnées, à domicile ou en résidence autonomie. Enfin, elles devaient bénéficier d'une aide hebdomadaire fournie par un établissement et services sociaux et médico-sociaux (ESMS). Sur la base de ces critères, 301 personnes ont été incluses dans la cohorte. L'inclusion de ces personnes a été permise grâce à la mobilisation des structures sociales partenaires du projet.

b) Territoires et structures partenaires

Pour les besoins de l'expérimentation 3 territoires ont été sélectionnés :

- Le Centre-Val de Loir (41)
- L'Essonne (91)
- Le Val de Marne (94)

Au sein de ces territoires, le projet s'appuyait sur des centres communaux d'action sociale et des structures médico-sociales, à compter trois par territoire. Un réseau d'établissements sanitaires composés des établissements de référence dans le territoire et des sites d'urgences, ont également été inclus dans l'expérimentation. Ils ont notamment été sollicités dans le suivi des personnes passées aux urgences, mais aussi lors de la récolte des données ayant trait à leur hospitalisation. Chaque territoire avait un médecin coordinateur, qui faisait le lien entre les différentes structures, les services d'urgences et l'ANAP. C'est vers l'ANAP que les données rendues anonymes étaient remontées pour la modélisation analytique. Sur les 301 personnes qui ont été incluses dans la cohorte, 269 personnes avaient des codes de terrain valides et ont pu être suivi de façon régulière au cours de l'expérimentation.

c) Types de données récoltées

Au cours du projet, deux types de données ont été récoltées :

- Des **données « d'inclusions »**. Ces données étaient recueillies une seule fois lors de l'inclusion des personnes dans la cohorte. L'outil utilisé était une grille d'inclusion qui était répartie en 5 catégories eux-mêmes constituées de plusieurs items : l'âge, le sexe, le GIR, les situations de vie, les conditions d'habitation et les données de santé de la personne âgée.
- Les **données de terrain** : ce sont 27 questions que devait renseigner l'intervenante à chaque passage au domicile du patient. L'observation se faisait via une application smartphone. Sur cette application, à laquelle ont été formées les intervenantes, étaient renseignées les 27 questions. Ces questions avaient trait à l'état physique (douleurs, chute, etc.), à l'aptitude physique (a fait à manger, s'est lavé, etc.) et moral (est triste, etc.) du bénéficiaire ainsi qu'aux relations avec l'extérieur (a reçu des visites, l'aidant est triste, etc). A chaque patient avaient été attribué un QR code différent selon les structures. Ce code permettait de rendre anonyme les détails personnels des bénéficiaires et les données étaient directement envoyées à l'ANAP. Ce QR code était installé chez le patient, et avant chaque passage les intervenantes à domicile devaient le scanner avant de mener leurs observations. Elles mettaient en moyenne une à deux minutes pour renseigner ces questions à chaque passage.

B) Organisation de la récolte de données

a) Les étapes de l'expérimentation

Pour mener à bien le projet quatre grandes étapes ont été nécessaires :

- (1) **Un cadrage scientifique** : élaboration de la grille d'inclusion et des 27 questions de l'application smartphone
- (2) La **formation** des 147 intervenantes issues des six structures partenaires du projet à l'utilisation de l'application smartphone
- (3) La **mise en place et la réalisation des observations** de terrains au domicile des bénéficiaires entre mars à décembre 2017
- (4) **L'analyse statistique** des données de terrains et d'inclusion et la construction de modèles prédictifs

b) L'organisation de la « chaîne de causalité »

Le projet ASU se décline ainsi sur 4 niveaux liés par une chaîne de causalité comme le représente le schéma ci-dessous :

- (1) Le cadrage scientifique, à travers l'élaboration des outils, le recueil et l'analyse les informations de terrain
- (2) La participation des structures médico-sociales qui ont mobilisé les intervenantes à domicile et qui les ont accompagnées tout au long de l'expérimentation
- (3) La mobilisation des professionnels non soignants qui ont mené les observations de terrain
- (4) Les observations au domicile du patient à chaque passage d'une intervenante dans le cadre des aides hebdomadaires dont bénéficient le bénéficiaire.

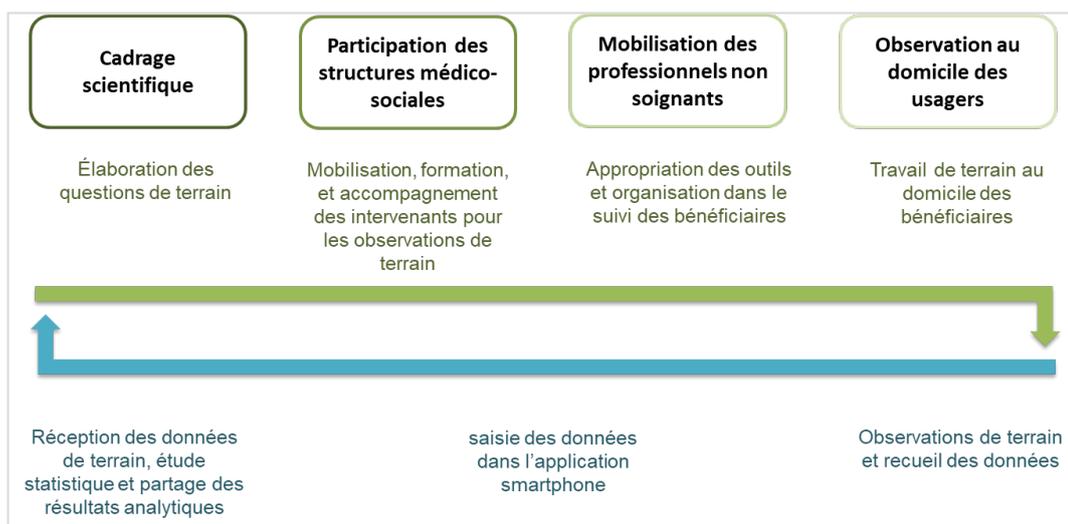


Figure 2: Chaîne de causalité du projet ASU

L'objectif de départ était de réaliser deux passages par semaine et par bénéficiaire. Au cours de l'expérimentation, 9772 observations ont été réalisées, soit près de 33% des objectifs de départ. Assez pourtant pour élaborer des premiers modèles prédictifs et pour mener une évaluation qualitative du projet.

C) Résultats du recueil de données et des modèles prédictifs

Bien que l'analyse des modèles prédictifs ne soit pas le sujet de ces travaux, quelques points peuvent tout de même être soulevés dans les résultats obtenus. Les deux types de données récoltées au domicile du patient, d'abord rendues anonymes étaient transmises à un évaluateur externe à l'ANAP. Le réseau spécialisé dans la data-performance, avait à charge d'analyser ces données et de construire, si possible, des modèles prédictifs. Sur les 301 personnes de la cohorte 104 sont passées aux urgences. Sur ces 104 personnes, près d'une quarantaine avaient des données de terrain relativement bien renseignées pour pouvoir établir des modèles prédictifs. L'idée de ces modèles est de prédire, grâce à un score attribué à chaque patient, la possibilité d'un passage aux urgences pour un bénéficiaire donné, au regard de l'évolution du scoring. Le suivi de cette évolution est rendu possible grâce aux données de terrains récoltées par les intervenantes et basées sur une observation de la vie courante des personnes âgées. Sans rentrer dans les détails, il semblerait que l'hypothèse de départ du projet soit vérifiée. Cette hypothèse stipulait que grâce à des observations de terrain, des signaux d'alerte pouvaient être émis, pouvant anticiper des passages aux urgences ou des ré-hospitalisations.

Laissant la partie quantitative du projet, il est maintenant intéressant de revenir sur le volet davantage qualitatif du projet ASU. En effet, reprenant les différentes dimensions du projet, citées

plus haut, il faut dire que projet ASU est structurant, organisationnel, mais également social et humain, et a une dimension sociologique importante. Il faut rappeler que l'objectif de ces travaux est de savoir comment le flux informationnel peut être organisé, au regard des résultats du projet. Or avant de réfléchir à l'organisation de ce flux informationnel, il s'agit de comprendre le contexte global dans lequel il s'inscrit. Ce flux est la transmission de l'information du domicile du patient jusqu'au cabinet du médecin traitant. Le projet ASU a d'abord démontré, qu'il est possible de mobiliser les acteurs du secteur social pour mener des observations cadrées au domicile du patient et d'en faire remonter des données exploitables statistiquement. Bien plus, il fournit de nouvelles perspectives dans l'organisation et le travail interprofessionnel dans l'accompagnement de la personne âgée. Pour mener à bien ce travail qualitatif, des enquêtes de terrain et des questionnaires de retours d'expérience ont été réalisées auprès des intervenants, des référents de structures et des bénéficiaires. A la suite du projet, des entretiens ont aussi été menés auprès des médecins traitants, pour leur présenter les résultats du projet et la façon dont ils pourraient les exploiter dans leur pratique. C'est sur les résultats de ces différentes enquêtes et entretiens sur lesquels reviennent les chapitres suivants.

CHAPITRE 2 : FAISABILITE DE LA DEMARCHE : RESULTATS DES ENQUETES DE TERRAIN

Un des effets positifs du projet a été de montrer que c'est possible d'organiser et d'exploiter la récolte des données au domicile du patient âgé. Cette réalisabilité de la démarche demande une implication des professionnels de terrain mais aussi des bénéficiaires, ainsi qu'un encadrement efficient des structures du champ social. C'est ce que ce chapitre s'attardera à montrer à travers la présentation des résultats des enquêtes de terrain. A la clôture du projet l'occasion fut donnée de revenir sur les retours d'expérience des différents acteurs impliqués dans le projet : les intervenants à domicile, les bénéficiaires inclus dans la cohorte et les référents des structures participants. A cet effet, des enquêtes des satisfactions et des questionnaires de retour d'expérience ont été élaborés à l'attention des professionnels et des personnes âgées. Ces témoignages et ces retours d'expérience ont également pu être discutés lors du séminaire de clôture du projet qui s'est tenu fin juin 2018. Ces retours, non seulement permettent d'enrichir l'évaluation du projet, mais ils sont également nécessaires pour mieux penser et organiser le flux et la connexion entre le secteur sanitaire et social.

I) Effets du projet sur le travail des intervenantes : résultats des enquêtes de satisfaction

A) Résultats des enquêtes

Au moment de l'écriture de ce mémoire, les enquêtes de satisfaction auprès des intervenants et des bénéficiaires, ont été récoltées auprès de deux structures seulement. Toutefois, ces retours ont pu être partagés avec les référents de structures présents au cours du séminaire de clôture du projet. Les discussions ont permis de révéler que les tendances qui ont été soulignées dans les témoignages reçus étaient également partagées par les intervenants des autres structures.

Sur la quarantaine d'intervenantes participantes issues des deux établissements mobilisés pour les premières enquêtes, 22 ont retourné les questionnaires. Le tableau ci-dessous reprend les questions et les résultats de ces enquêtes :

Questions	Réponses possibles	Résultats en nbr
1. Durant combien de mois avez-vous participé au projet ?	Entre 3 et 6 mois	4
	Plus de 6 mois	16
	NR	2
2. Avez-vous été chargé de présenter le projet aux bénéficiaires ?	Oui	12
	Non	9
	NR	1
3. Combien de bénéficiaires par semaine avez-vous suivi avec l'application ?	Entre 1 et 2	8
	Entre 3 et 4	9
	5 bénéficiaires et plus	5

4. De combien de temps aviez-vous besoin pour remplir l'application ?	Moins d'une minute	2
	Entre 1 et 2 minutes	15
	Entre 3 et 5 minutes	4
	Plus de 5 minutes	1
5. Qu'est-ce qui vous a semblé facile/difficile au début du projet ? (Choix multiple : classement du plus facile au plus difficile d'après les réponses)	1) Utiliser l'application 2) Poser des questions aux bénéficiaires 3) Obtenir les réponses 4) Penser à remplir l'application	
6. Selon vous quelles questions de l'application étaient les plus difficiles à obtenir ? Pourquoi ? Question ouverte	Sur les 22 intervenants interrogés, seule la moitié, soit 11 personnes ont répondu à cette question. → Les difficultés rencontrées peuvent être catégorisées principalement en 2 catégories : (1) difficulté de renseigner les questions relatives à la santé générale du bénéficiaire (2) difficultés rencontrées dans l'organisation des observations	
7. En quoi le projet a-t-il fait évoluer la perception de votre travail ?	Communique plus avec le bénéficiaire	8
	Leur rôle auprès des bénéficiaires est davantage valorisé	7
	Aucun changement	5
	NR	2
8. Souhaitez-vous nous faire part d'autres remarques sur le projet ? Question ouverte	Les remarques soulevées par les intervenants soulignent l'avantage du projet pour les bénéficiaires et ses conséquences positives sur le suivi de leur état physique. Les répondants font également part de leur satisfaction d'avoir participé à un tel projet, et les conséquences positives de l'expérimentation sur leur relation avec leurs bénéficiaires	

Tableau 3: Résultats des enquêtes de satisfaction auprès des intervenants

B) Une implication continue des intervenantes

L'étude de ces réponses montre plusieurs choses. Près de deux tiers des intervenantes ont participé plus de 6 mois au projet. L'utilisation de l'application était en somme relativement simple pour elles. La seule difficulté rencontrée au début du projet a été de remplir l'application. Cependant, elles ont vite intégré le processus à leur pratique quotidienne. Tant d'ailleurs, que des observations avaient continué à être menées et des données envoyées via l'application même après la clôture du projet. Un des enjeux affichés du projet voulait que la démarche soit le moins contraignante possible pour les intervenants. Les premiers retours confirment cette tendance, car sur les 22 répondants, 15 ont déclaré qu'elles mettaient moins de deux minutes à remplir l'application. L'étude de la continuité du suivi des intervenantes montre également une implication dans l'organisation mise en place pour maintenir la continuité des observations des patients. Il faut pourtant noter que l'implication est hétérogène, selon les structures. Certaines ont été plus impliquées et appliquées mais aussi mieux organisées que d'autres.

C) Une valorisation du travail des professionnels

Un des premiers effets positifs du projet est la valorisation du travail des intervenantes. A ce titre, l'initiative du projet ASU est intéressante, en prenant le parti de mettre au cœur de son dispositif des professionnels non soignants. Cette sollicitation a été appréciée par les structures médico-sociales et par leurs intervenantes d'aide à domicile qui se sont beaucoup impliquées dans le suivi des bénéficiaires. Dans les enquêtes de satisfaction, plusieurs déclarent qu'à travers le projet leur rôle auprès des bénéficiaires est davantage valorisé. (En reprenant les résultats de l'enquête,) à la question portant sur la façon dont le projet a fait évoluer leur perception du travail, 7 intervenantes confirment le caractère valorisant du projet sur leur travail. Ce point a été abordé lors du séminaire de clôture et les référents présents ont confirmé et appuyé ce point. Le projet a en quelque sorte permis une certaine reconnaissance du travail accompli par les intervenantes d'aide à domicile. L'autre point qu'il est important de souligner, largement partagé par les intervenantes durant les différentes réunions de restitutions par territoire, c'est la compréhension et la réalisation par les intervenantes de l'impact positif d'un tel projet pour les bénéficiaires qu'elles accompagnent. Le bénéfice qu'elles en tiraient était avant tout pour la personne âgée, plus que pour leur pratique.

D) Paroles des participantes

L'occasion avait été donnée aux intervenantes, au cours du questionnaire, de verbaliser et de commenter le projet. Ces retours ont fait ressortir et ont souligné :

- L'avantage du projet pour les bénéficiaires
- Les conséquences positives sur le suivi de leur état physique
- La satisfaction d'avoir participé à un tel projet
- Les effets positifs du projet sur leur relation avec le bénéficiaire.

Au cours des enquêtes, une intervenante déclare « *avec le projet les bénéficiaires nous font plus confiance* ». Une autre note que « *le projet doit continuer par rapport à son avantage très important sur l'état physique des bénéficiaires* ». Ces différents résultats et verbatim, permettent de confirmer l'aspect technique de l'hypothèse de départ : il est possible de mener des observations de terrains au domicile du patient et les intervenantes sont des biais possibles et mobilisables. Ensuite, l'intégration de cette action dans le travail quotidien des intervenantes est relativement simple et peut être intégrée durablement dans leurs activités professionnelles.

II) Effets du projet sur les bénéficiaires : résultats des enquêtes de satisfaction

A) Résultats des enquêtes

Le questionnaire élaboré à l'attention des bénéficiaires était composé de 10 questions : 9 questions à choix et 1 question ouverte. 62 bénéficiaires ont répondu à cette enquête de satisfaction sur les 127 personnes incluses dans les deux structures mobilisées pour les premières enquêtes de satisfaction.

Questions	Réponses possibles	Résultats
1. Par qui ce questionnaire a-t-il été rempli ?	Le bénéficiaire	45%
	Le bénéficiaire + intervenant ou proche	45%
	Un parent ou un proche	10%
2. Où vivez-vous ?	A domicile	69%
	En résidence	31%
3. Qui vous a présenté le projet ?	Le responsable de la structure	29%
	L'intervenant	66%
	NR	5%
4. Comment le projet vous a-t-il été présenté ?	Visite à domicile	42%
	Courrier d'information	23%
	Appel téléphonique	23%
	NR	12%
5. Êtes-vous allé à l'hôpital durant le projet ?	Oui une fois	23%
	Oui plusieurs fois	5%
	Non	73%
6. Si oui, vous êtes passés ? (aux urgences, en consultation, en hospitalisation) (Résultats pour les 28% qui sont allées à l'hôpital)	Aux urgences	52%
	En hospitalisation	31%
	En consultation	17%
7. Globalement, êtes-vous satisfait de votre participation à ce projet ?	Oui totalement/plutôt	65%
	Non pas du tout/pas vraiment	27%
	NR	8%
8. Avez-vous eu l'impression que ce projet a modifié votre quotidien ?	Oui totalement/plutôt	21%
	Non pas du tout/pas vraiment	77%
	NR	2%
9. Selon-vous, ce projet a-t-il modifié votre relation avec votre intervenant ?	Oui totalement/plutôt	21%
	Non pas du tout/pas vraiment	66%
	NR	13%
10. Souhaitez-vous nous faire part de remarques complémentaires ?	Verbatim	

Tableau 4: Résultats des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires

B) Un projet avec relativement peu d'impacts sur le quotidien des bénéficiaires

Cette enquête est revenue sur la perception du projet par les bénéficiaires et les effets qu'il a pu avoir sur le quotidien des bénéficiaires. Ces effets n'étaient pas recherchés, le projet se voulant le moins impactant possible sur leur quotidien. Sur les 61 personnes qui ont donné leur avis sur la

question relative à l'impact du projet sur leur quotidien, 78% considèrent que le projet n'a pas eu, ou peu d'impacts sur leur quotidien.

Dans le même ordre, le projet n'a globalement pas modifié la relation du bénéficiaire avec l'intervenant. Les quelques 25% qui déclarent que le projet a totalement, ou partiellement modifié cette relation, évoquent des raisons positives lorsqu'ils justifient leur réponse. Pour les bénéficiaires qui soulignent un changement, ils soutiennent que grâce au projet, il y a plus de confiance dans l'intervenante, ils sentent plus écoutés et ils apprécient que l'on s'intéresse à eux. Ils déclarent notamment une « *meilleure entente* » mais également un « *contact et une confiance plus accentuée* ». Le projet et le cadre offert par les 27 questions des observations de terrain, ont aussi permis de dynamiser ces relations. L'un des bénéficiaires a noté que l'intervenante « *a pris l'habitude de demander comment [il] allait et ça [lui] faisait plaisir* ».

C) Des bénéficiaires globalement satisfaits de leur participation au projet

Lorsque la question leur a été posée de savoir s'ils étaient satisfaits, près de 70% des 57 répondants, se sont déclarés totalement ou plutôt satisfaits de leur participation au projet. Ceux qui ont justifié leur choix, soulignent leur intérêt pour la recherche et pensent que cela « *peut aider les personnes pour l'avenir* »³⁴. Ils ont également été sensibilisé au caractère préventif du projet ainsi qu'à son impact positif sur leur relation avec l'intervenante à domicile. Ils déclarent entre autres, une « *meilleure relation* » et leur projet a permis que « *l'intervenant connaisse mieux son patient et améliore son bien-être* ».

Parmi les 17 bénéficiaires qui ont été peu ou pas du tout satisfaits par le projet, 6 ont justifié leur choix. Ce qui en ressort c'est que certains ne voient pas l'intérêt du projet, ou ils questionnent l'efficacité de la démarche. Les remarques qui ont pu être formulées seront utiles dans la réflexion qui sera menée dans l'organisation du flux informationnel.

Par ailleurs, les bénéficiaires seraient de nouveau prêts à participer à un tel projet, selon les dires des référents de structures. Ces derniers ont souligné le caractère peu contraignant du projet pour les intervenantes mais également pour les bénéficiaires. Ils ont notamment rapporté que certains bénéficiaires avaient pleinement intégré l'observation quotidienne, comme faisant partie des prestations des intervenantes. Certains le rappelaient même aux professionnels, s'ils n'avaient pas eu leur observation du jour.

³⁴ Verbatim d'un bénéficiaire.

De ce fait, le projet ASU a permis de poser des questions critiques. En instaurant un cadre et en mobilisant des outils dans l'observation des bénéficiaires âgés à leur domicile, ce projet contribue à la réflexion sur le rôle des intervenantes, tel qu'il est actuellement, et tel qu'il devrait être, au regard du besoin des personnes âgées. Pourtant le changement de paradigme ne paraît pas si simple, si l'on considère la relation professionnelle qui lie les deux parties, certaines personnes âgées ne souhaitant pas approfondir outre mesure le lien avec leurs auxiliaires de vie.

Toutes les remarques et les commentaires des bénéficiaires et des intervenantes, si elles semblent anecdotiques sont pourtant précieuses pour les travaux futurs. Plusieurs points ressortent de ces enquêtes de satisfaction :

- La possibilité de cadrer et d'exploiter les observations des intervenantes, réalisées de façon quotidienne au domicile du bénéficiaire
- Une implication et une assiduité des intervenantes dans le suivi des observations de terrain
- Une pratique peu contraignante pour les intervenantes et qui impacte peu le quotidien des bénéficiaires
- Un projet qui a des répercussions bénéfiques sur les relations entre les bénéficiaires et les intervenants

Ces deux enquêtes de terrain ont pu être complétées avec les deux questionnaires réalisés auprès des référents des structures qui ont participé à l'expérimentation.

III) **Des structures qui s'appliquent**

Deux questionnaires à l'attention des responsables des structures participantes ont été élaborées et leur ont été adressées afin de revenir sur leur implication au sein du projet et dans une perspective de capitalisation des retours d'expérience. Jusqu'à maintenant, sur les six structures, quatre ont fait parvenir les réponses à ces questionnaires.

- Le premier questionnaire revenait sur l'organisation du projet et son déroulé, en faisant le point sur l'étape du recueil de consentement, en revenant sur la formation des intervenantes, ainsi que sur l'organisation du projet dans son ensemble.
- Le second questionnaire était une analyse plus globale de l'expérimentation et revenait sur la perception du projet, ainsi que sur les éventuelles difficultés rencontrées.

A) Appropriation du projet par les structures

a) Organisation globale

Les six structures participantes se sont relativement bien appropriées le projet. Pourtant, au cours de l'expérimentation, deux d'entre-elles ont été moins assidues dans l'organisation et la réalisation des observations de terrain. Plusieurs facteurs externes au projet ont pu expliquer ces différences d'implication. Un des facteurs les plus probants est la conséquence de l'organisation interne ainsi que des stratégies managériales à l'œuvre au sein des structures, sur le bon déroulé du projet. A la suite du départ en arrêt provisoire d'un des référents de structure, la dynamique instaurée au sein de l'établissement dans le cadre du projet a complètement changé, entraînant par là une baisse significative dans l'assiduité de ce partenaire au cœur du projet.

Néanmoins, dans l'ensemble, d'après les remarques soulevées lors des différents séminaires territoriaux et lors du séminaire de clôture, les structures se sont rapidement appropriées le projet, et les référents ont été des moteurs pour accompagner et conseiller les intervenantes tout au long du projet.

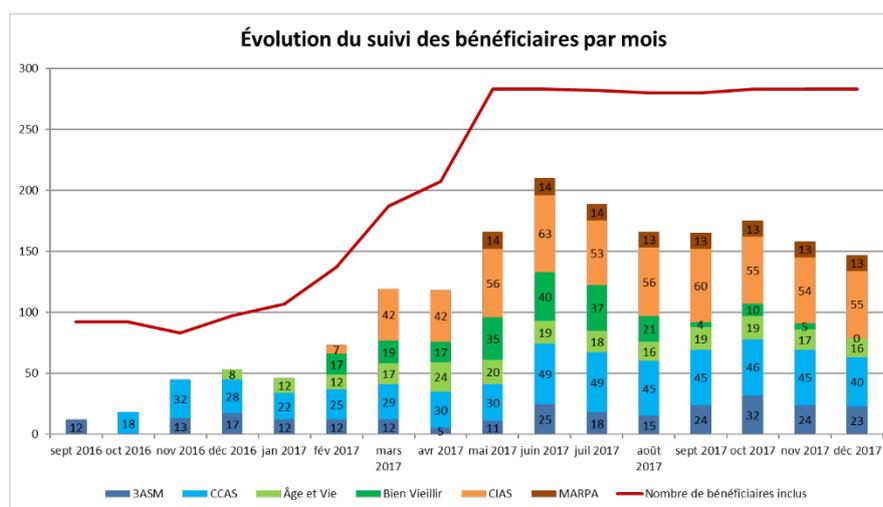


Figure 3: Évolution du suivi des bénéficiaires par mois

Ce graphique donne à voir l'évolution du suivi des bénéficiaires au cours de l'expérimentation. Deux structures ont particulièrement bien été impliquées dans la réalisation des observations de terrain. Autre fait notable à relever, la baisse relativement faible des observations lors des congés d'été aux mois de juillet et d'août. Il s'est avéré que les référents et les intervenantes avaient bien anticipé les départs en congés et la réorganisation estivale, afin de continuer à assurer le suivi des bénéficiaires.

b) Difficultés rencontrées

Bien que le projet se soit globalement bien déroulé, les référents ont souligné quelques points d'achoppement lors des retours d'expériences. Tout d'abord, c'est un projet qui leur a demandé un

temps d'investissement relativement important au départ, entre autres parce que la phase de recueil de consentement s'est avérée quelque peu difficile. En effet, cette étape a pris plus de temps que ce qui avait pu être envisagé au début du projet. Les référents ont dû prendre le temps d'expliquer et de convaincre les bénéficiaires du caractère bénéfique de la démarche pour leur accompagnement et leur prise en charge. La formation des intervenantes a aussi exigé plus de temps que prévu dans certaines structures. L'allongement de la formation initiale, s'explique en partie par l'aspect technologique de la démarche, les professionnelles n'étant pas toujours familières avec les applications smartphone. Quelques intervenantes n'ont d'ailleurs pas pu participer au projet, ne se sentant pas à l'aise avec les smartphones et autres objets connectés.

Afin de pallier ces difficultés, si la démarche était amenée à être renouvelée, les référents ont émis quelques recommandations. Ils ont souligné :

- L'importance d'accompagner et de relancer régulièrement les intervenantes des structures pour assurer le suivi des observations.
- La nécessité de prendre le temps d'informer les bénéficiaires et la responsabilité d'avoir des contacts réguliers avec eux.
- Le maintien d'une bonne communication et d'échanges réguliers tout au long de la démarche.

Malgré les difficultés qui ont pu être rencontrées au cours du projet, et particulièrement au début de la démarche, beaucoup de points positifs ressortent de cette expérimentation. Ces points sont d'autant plus importants que le projet a permis de pérenniser certaines pratiques issues directement du projet.

B) Effets positifs du projet sur les structures participantes

a) Mise en place de nouveaux outils

Une des conséquences positives du projet a été l'élaboration et la mise en place de nouveaux outils par les structures, pour organiser les observations de terrain en évitant autant que possible les discontinuités dans le suivi des bénéficiaires. Une structure a mis en place un support Excel pour permettre aux référents de tracer et de suivre chaque observation. Une autre a élaboré un outil similaire et des rappels via des sms étaient envoyés automatiquement aux intervenantes pour éviter les oublis dans les observations de terrain. Des fiches par résident ont également été mises en place pour faciliter le partage de l'information entre les intervenantes.

En plus de ces outils, les référents ont organisé des réunions régulières avec les intervenantes, pour échanger sur le projet, mais aussi pour maintenir la motivation et les encourager à l'assiduité

dans les observations menées sur le terrain. L'investissement des référents de structures et les outils qui ont pu être mis en place au niveau interne, sont significatifs. L'hétérogénéité des pratiques dans l'implication des structures partenaires, s'explique entre autres par les différences au niveau organisationnel et managérial. Les structures qui pris le temps d'accompagner et de s'organiser en interne, ont été celles qui se sont montrées les plus régulières et les plus assidues dans le suivi et la réalisation des observations de terrain.

b) Une remontée d'informations plus efficiente

L'un des effets positifs les plus probants mais également les plus importants, a été l'impact sur la nature des informations remontées par les intervenantes d'aide à domicile. Les référents ont en effet rapporté des changements dans le travail quotidien à la suite du projet. Dans une structure, un référent note que les transmissions au sein de l'équipe prennent maintenant en compte les indicateurs des observations de terrain. Il est également noté une remontée des observations « *plus conséquente* », et ces observations sont « *plus fines* ». ³⁵ Elles sont considérées comme plus précises mais également plus pertinentes. Ceci est d'autant plus intéressant que c'est une remarque qui a été formulée par pratiquement tous les référents et qui a été appuyée lors du séminaire de clôture du projet.

L'autre effet positif, noté par les référents de structures, c'est que les professionnels intervenants au domicile du patient sont plus attentifs. Le projet a notamment permis « *de développer encore plus le sens de l'observation des agents* ». De plus, ce travail a valorisé leur profession, tout en permettant « *de prendre du recul* » dans les pratiques quotidiennes.

Les premiers retours récoltés auprès des participants du projet sont dans l'ensemble plutôt positifs et laissent entrevoir de nouvelles possibilités dans l'observation des patients à leur domicile, ainsi que dans la mise en place d'un accompagnement personnalisé. Ce projet a aussi démontré qu'il est possible de mobiliser et de tracer les observations des intervenantes à domicile. Or ces professionnels côtoient de façon quotidienne les bénéficiaires âgées qu'ils accompagnent. Ils sont donc aux « premières loges » pour déceler un changement de comportement ou une évolution physique chez la personne âgée. Le projet ASU a dans ce sens ouvert des pistes de réflexions, montrant que les informations recueillies au domicile du patient peuvent être encadrées, organisées et sont statistiquement intéressantes à exploiter. Ces informations une fois analysées et exploitées, se pose logiquement la question de l'organisation de leur recueil et de leur transmission, si la pratique devait être généralisée. C'est la réflexion qui s'en est suivie à la clôture du projet à travers deux questions cadres : que fait-on de l'alerte ? Comment organise-t-on le flux de l'information ?

³⁵ Verbatim référents de structure.

CHAPITRE 3 : ACCEPTATION DU PROJET PAR LES PROFESSIONNELS LIBERAUX : RESULTATS DES ENTRETIENS AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS

Au-delà de la réalisabilité du projet, il faut que celui-ci soit acceptable au niveau éthique, mais aussi par les professionnels de santé. Au-delà de son acceptabilité, quel est l'intérêt du projet pour les professionnels de santé et notamment pour les médecins traitants ? Qu'est-ce que ce type de démarche peut leur apporter ? Changeraient-ils leur pratique dans la prise en charge de leurs patients âgés ? Pour répondre à ces questions, des entretiens ont été réalisés auprès des médecins traitants dans les trois territoires où s'est déroulé le projet. Ce chapitre revient sur l'organisation de ces enquêtes auprès des professionnels libéraux et présente les résultats des témoignages recueillis auprès des professionnels.

I) Mobiliser les médecins traitants : démarche des entretiens de terrain

La validité de la démarche a permis d'enclencher une investigation et une réflexion auprès et avec les médecins traitants. La question principale étant de savoir comment pouvait être organisé le flux de la transmission des informations. Ces pistes ne sont qu'à l'état de réflexion. Elles alimenteront et structureront la table ronde que l'ANAP souhaiterait organiser en septembre. Ces réflexions tournent autour du cadre et du réseau qui peut être mis en place, des outils et des supports qui pourraient être mobilisés, et les points de vigilance à considérer.

A) Une implication tardive des médecins traitants ?

Les médecins traitants n'avaient pas été impliqués dans la première phase du projet, car il fallait dans un premier temps vérifier et s'assurer de la faisabilité ou non de la récolte des données de terrain de façon continue et si ces données pouvaient être exploitables. Le projet a démontré que c'était en effet faisable et va même au-delà. Il est possible de mobiliser des structures du médico-social, des professionnels non soignants et d'intégrer dans leurs pratiques, et de façon relativement rapide, un cadre d'observation des personnes âgées. Une fois ces paramètres vérifiés, l'étape suivante a été en toute logique de se demander comment il est possible de rendre utile ces informations pour le médecin traitant et de quelle façon ces données peuvent améliorer sa pratique. Les premières solutions et les réponses apportées à ces interrogations seront largement développées et discutées dans la dernière partie du mémoire. Ce dernier chapitre, qui clôt cette

deuxième partie, revient sur la méthode qui été développée et les démarches qui ont été réalisées pour mobiliser les médecins traitants, ainsi que la trame de questions qui a servi de support pour recueillir les premiers témoignages des praticiens. Cette première étape est l'étape préliminaire d'un travail amorcé et qui se poursuivra en septembre. A la suite de ces entretiens, une première table ronde sera organisée à la rentrée 2018 pour poursuivre la réflexion et penser aux actions possibles sur la base des résultats du projet.

B) Démarche de l'ANAP

Pour mobiliser des médecins traitants, l'ANAP s'est appuyée sur les médecins coordinateurs qui étaient impliqués dans le projet et qui sont présents sur les trois territoires impliqués. Quatre médecins coordinateurs étaient inclus dans le projet. Chaque professionnel a contacté deux à trois médecins par territoire, pour mener à bien les entretiens. Pour faciliter et amorcer la prise de contact de ces médecins par l'ANAP, ces quatre médecins, membres du comité scientifique du projet, ont leur fait une première présentation succincte. Les premières réactions des médecins ont été plutôt très positives, contrairement à ce qui avait pu être envisagé au commencement. En effet, malgré la surcharge de travail de certains professionnels libéraux, les médecins ont globalement été disponibles et se sont montrés intéressés par le projet.

Une fois cette première étape passée, l'ANAP a directement pris contact avec les médecins ciblés pour organiser les entretiens, souvent de visu, parfois au téléphone.

C) Méthodes : élaboration de la grille d'entretien

Une fois le médecin ciblé, la question était de savoir quelles premières informations étaient nécessaires à l'ANAP pour :

- Mesurer l'intérêt et la pertinence de ces informations pour les médecins traitants
- Recueillir leur avis sur le type de données qui ont été récoltées et comment ils pourraient les mobiliser
- Connaître leur environnement de travail et leur relation avec les partenaires sociaux.
- Préparer une future table ronde avec les médecins traitants et les médecins coordinateurs du projet pour discuter des options possibles dans la mobilisation des données recueillies.

Les premiers témoignages qui allaient être recueillis allaient donc servir de socle et de point de départ à une réflexion qui se poursuivra lors de rencontres communes.

En vue de la rencontre avec les médecins, une grille a été élaborée et s'articulait autour de trois points :

- L'utilité de données telles que recueillies durant le projet pour le médecin traitant et la façon dont il peut les intégrer à sa pratique
- Le questionnement sur l'état des lieux de la coopération et de l'organisation du travail interprofessionnel
- Le cadre et les outils mobilisables dans l'organisation du flux informationnel

Suivant le temps imparti et l'intérêt manifesté par le médecin traitant, des questions complémentaires avaient été formulées et avaient trait aux difficultés envisageables dans une nouvelle organisation et ce qu'il faudrait faire pour mettre en place et garantir le bon fonctionnement de ce nouveau cadre. La trame avait été calibrée de telle sorte que les entretiens durent une trentaine de minutes, prenant en compte la difficulté pour certains praticiens de prendre du temps sur leurs consultations. Dans la présentation des premiers résultats, les points suivants s'appuieront sur les trois premiers entretiens menés auprès des médecins traitants, car ils ont pu faire l'objet de premières discussions. Les autres entretiens étaient postérieurs au stage.

D) La rencontre avec les médecins traitants

Les premiers entretiens menés auprès des médecins traitants ciblés ont été plus que concluants. L'intérêt qu'ils ont pu montrer, bien qu'il ait été plus ou moins grand selon les professionnels, montre non seulement qu'il y a des besoins dans le domaine de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées, mais qu'il est également possible de mobiliser quelques médecins traitants dans le cadre d'une première expérimentation qui pourrait être conduite à petite échelle. Des problématiques récurrentes sont ressorties au cours des entretiens et tournent autour de la place des aidants, de la façon dont les informations des intervenantes à domicile peuvent être légitimées, enfin de la manière dont les médecins pourraient être mobilisés dans le cadre d'une expérimentation alliant secteur sanitaire et social.

II) Des médecins qui souhaiteraient mieux organiser leur réseau

A) L'absence de réseau formel

a) Un réseau personnel

S'il est souvent dit que les médecins généralistes travaillent en solitaire et qu'il n'y a pas de coordination et de relation, notamment entre la ville et l'hôpital, il n'y a pas d'absence de lien. Les

relations sont simplement rarement formalisées.³⁶ C'est ce qui a pu être confirmé par les trois médecins interrogés. Ils ont en général leur propre réseau. Un réseau qu'ils ont constitué au fil des années par leur pratique. Parmi les médecins interviewés, certains déplorent l'absence d'un réseau structuré avec des personnes ressources identifiées par les uns et les autres. Les médecins interrogés faisaient mention d'un réseau de soins davantage personnel. C'est ce réseau et ce circuit qui leur permettent d'envoyer les patients vers les services adéquats. Cependant, ce réseau, se construisant dans le temps et n'est souvent pas la conséquence de l'implication du médecin traitant dans un cadre de coopération formalisé. De plus, il y avait une différence entre les médecins exerçant en milieu urbain et celui pratiquant en milieu rural. Pour les premiers il est beaucoup plus facile de mobiliser ce réseau informel, et il leur est assez aisé d'envoyer les patients vers les professionnels et ou les services adaptés. Le praticien exerçant en milieu plus rural, notamment dans la région centre, déplore quant à lui, une pénurie de professionnels et une plus grande difficulté pour mobiliser les ressources du territoire. C'est également celui qui regrette le plus la méconnaissance des professionnels intervenants au domicile des patients.

b) *Informalité des échanges*

Pourtant, les échanges existent. Néanmoins ils sont souvent informels et ne se font pas dans un cadre de coopération ou de coordination instituée et pensée tel quel. Certains médecins travaillent ainsi avec le secteur social mais encore une fois, il n'y a pas d'outils ou de lien régulier. La relation est au contraire, ponctuelle et souvent téléphonique. Ils interagissent la majorité du temps lors de la gestion d'une crise ou d'un évènement précis et non pas dans le cadre d'un travail préventif, encadré et suivi. Pourtant cette informalité des échanges a des limites. En effet, un des médecins interrogés rappelle que n'ayant pas de supports communs avec les intervenantes à domicile, c'est plus difficile de souligner les points de vigilance à surveiller chez la personne âgée. Les échanges sont basés sur une logique de résolution d'urgence, davantage que dans une logique d'anticipation et de prévention. Les professionnels le disent bien, ces échanges sont la conséquence d'une situation de crise à un moment donné. Mais la communication régulière, est quant à elle, plus difficile, selon les dires des médecins traitants interrogés.

³⁶ Marie-Christine BOURNOT, Marie-Cécile GOUPIL et François TUFFREAU, Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié », Etudes et résultats, DRESS, N°649, Août 2008, 8pp

B) Les effets de l'absence d'un cadre commun

a) Perte d'efficacité dans le travail

Pour un praticien en particulier, cette absence d'un cadre commun et structuré, en plus de la méconnaissance des professionnels du secteur social, rend les médecins traitants davantage méfiants par rapport aux informations remontées. Parce qu'ils ne connaissent pas les personnes qui les contactent, ils ne peuvent pas aborder l'information transmise de façon complètement sereine. Il est donc plus difficile pour eux d'avoir une pratique qui puisse être efficace autour de la personne âgée et comme il n'y a pas de réseau structuré, c'est plus compliqué de mener un travail commun et coordonné autour du patient âgé. Cette perte d'efficacité est aussi due à la discontinuité du suivi des intervenants autour de la personne âgée. Lorsque ce n'est pas la même personne qui intervient de façon régulière au domicile du patient, c'est plus difficile de repérer les changements de comportements. C'est notamment le cas en institution. Un praticien déplore précisément les conséquences négatives du travail intérimaire. Ce cadre ne permet pas aux médecins traitants de travailler de façon continue avec les autres professionnels. Il n'y a en effet aucune information « *visible* » et « *chacun fait les choses dans son coin* ».

b) Difficulté d'anticiper les situations d'urgence

Cette perte d'efficacité et de communication dans le travail, est une des raisons de la difficulté d'anticiper les situations d'urgence pour l'un des médecins interrogés. Selon lui, la discontinuité du suivi par les intervenantes à domicile et les ruptures dans les rapports entre les professionnels, font en sorte que « *la personne n'est plus le centre de la prise en charge* ». Et c'est précisément dans ces moments que les médecins traitants se retrouvent à gérer des situations d'urgence. A cela, s'ajoute le manque de communication qui ne permet pas au médecin traitant de suivre l'évolution de la personne âgée, et donc de pouvoir agir assez rapidement, pour prévenir la gestion d'une situation de crise. Une gestion de situation aigüe qui finit par se faire dans l'urgence.

Les premiers entretiens menés auprès des médecins traitants ont montré, d'une part, à l'échelle locale l'absence d'un réseau et d'un cadre formalisé, cohérent et efficient, de l'autre la méconnaissance des autres professionnels qui interviennent autour de la personne âgée. A écouter les médecins, les professionnels intervenants dans la prise en charge et l'accompagnement de la patientèle âgée, travaillent en parallèle les uns des autres, mais ne dialoguent pas. Ces entretiens ont également permis de réaliser que les médecins traitants sont intéressés par la démarche, car elle répond, selon eux, à une problématique réelle et qui impacte leur travail quotidien. Ils ont

réfléchi à la question, ils ont des idées et ils sont preneurs si la démarche peut répondre et est adaptée à leur besoin. Ce sont ces idées et ces réflexions qui ont alimenté les deux derniers chapitres de ce mémoire.

III) **La vision des aidants et des travailleurs sociaux par les médecins**

A) Travailler avec les professionnels du secteur social

a) *Organiser et cadrer la remontée des informations*

Sur l'implication des intervenants à domicile, les médecins traitants adhéraient à différents degrés à l'idée, sans y être toutefois opposés. Deux des médecins avaient déjà eu un contact avec des organismes tels le CLIC, qu'ils n'hésitent pas à contacter, particulièrement les praticiens exerçant en milieu urbain. Ils sont en général plus réticents s'ils ne connaissent pas l'association ou les auxiliaires de vie qui interviennent à domicile. Un médecin déclare ainsi qu'il est plus méfiant lorsqu'il ne connaît pas les professionnels ou si ce n'est pas un professionnel régulier qui accompagne la personne âgée. Pour optimiser le travail collaboratif les médecins conseillent, d'une part la régularité dans le suivi du patient par un même intervenant, de l'autre de travailler avec des organismes identifiés et reconnus dans le secteur. La notion de régularité est un point souligné à plusieurs reprises. Elle est d'autant plus importante dans la réflexion en cours. L'idée est de suivre l'évolution de l'état physique d'une personne. Or, sans régularité dans le suivi du sujet âgé, il devient vite compliqué de faire état d'un changement quelconque ou de mesurer l'importance d'un comportement sans point de comparaison. Deux des médecins sont entièrement favorables à la mobilisation de ces professionnels. Ils considèrent qu'avec la famille, ce sont les mieux placés pour faire remonter des changements de comportements et de situations qui ne sont pas accessibles au médecin traitant. Il faut certes avoir un cadre de travail précis et bien définir les informations à recueillir, mais les médecins considèrent que c'est une source d'informations qu'il ne faut pas négliger. Ils estiment que les informations remontées par les professionnels sont d'autant plus légitimes qu'ils connaissent bien la personne qu'ils accompagnent. De ce fait, ils décèlent mieux les changements chez la personne âgée, que ces changements soient physiques, moraux, ou encore psychiques.

b) *Une implication valorisante pour les travailleurs sociaux*

Comme cela fut discuté plus haut, l'intégration des travailleurs sociaux à ce genre de projet est valorisante pour leur pratique. C'est un point que les médecins ont souligné à plusieurs reprises, faisant remarquer que c'est une démarche qui redonnerait du sens au travail des intervenants. En

plus de cette valorisation du travail, la relation entre l'intervenant et la personne âgée peut être bénéfique pour les deux parties. Sur le principe, les médecins n'émettent donc pas des objections quant au recours ou non à ces professionnels dans la transmission des données du domicile du patient jusqu'à leur cabinet. En plus de ces professionnels, ils préconisent également la mobilisation des aidants qui peuvent être utiles pour faire remonter les informations depuis le domicile du patient.

B) Comment mobiliser les aidants dans la démarche ?

Dans le schéma qui est actuellement discuté, il est nécessaire de considérer la place de l'aidant de façon attentive. Comme le souligne l'un des médecins au cours d'un entretien, les aidants représentent une source importante, qu'il ne faudrait pas négliger dans la réflexion menée pour organiser la transmission des données. Pourtant la question n'est pas tranchée, car d'autres professionnels questionnent la capacité ou non des aidants à prendre du recul dans l'observation faite au domicile du proche. Un des médecins craint notamment une réaction qui tende vers les deux extrêmes : une trop grande inquiétude ou à l'inverse une relativisation accrue. A cette crainte, un autre médecin, répond qu'il faut, certainement mieux former et entourer les aidants, mais il faut également mieux informer les professionnels de santé sur la place de l'aidant et la façon dont ils peuvent instaurer un dialogue constructif et efficient autour de la personne âgée. Le troisième praticien préconise d'informer l'aidant des symptômes qu'il doit surveiller, ou des changements de comportements qui peuvent être révélateurs de tels ou tels symptômes, une sorte de « *pense-bête* ». En orientant ainsi l'aidant dans les observations à mener, les informations seraient plus précises et le médecin traitant pourrait agir plus rapidement pour éviter les situations d'urgence.

IV) L'intérêt des données pour les médecins traitants

A) Qu'englobent les données de santé ?

Au cours de l'étude observationnelle menée par l'ANAP à travers le projet ASU, les intervenantes à domicile devaient récolter un certain nombre de données sur la personne. Ces données non médicales, concernaient l'état physique mais également moral et psychologique de la personne. Ces données sont-elles considérées comme des données de santé ? Oui d'après la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) qui définit les données de santé comme étant les données « *relatives à la santé physique, ou mentale, passée, présente ou future,*

d'une personne physique (y compris la prestation de services de soins de santé) qui relèvent des informations sur l'état de santé de cette personne ». A ce titre, la CNIL identifie trois catégories de données de santé :

- Les données de santé « par nature » qui comprennent les « *antécédents médicaux, les maladies, les prestations de soins réalisés, les résultats d'examens, traitements, handicap, etc.* »
- Les données qui deviennent des données de santé lorsqu'elles sont croisées avec d'autres données et qu'elles permettent de « *tirer une conclusion sur l'état de santé ou le risque pour la santé d'une personne* ». C'est par exemple la mise en corrélation du poids de la personne avec l'activité physique, le régime alimentaire, etc.
- Les données qui deviennent des données de santé « *en raison de leur destination* », c'est-à-dire qu'elles sont mobilisées et utilisées sur le plan médical.³⁷

Suivant cette définition, les données récoltées au domicile du patient, sont considérées comme des données de santé. Leur utilisation et leur exploitation sont donc soumises à un certain nombre de règles et de préconisations que les médecins n'ont pas manqué de souligner.

B) « Est-ce que c'est acceptable ? »

Lors des entretiens, les médecins ont indiqué les mesures à prendre en compte dans la manipulation des données récoltées au domicile du patient. Un des médecins résumait la situation en questionnant : « *comment on alerte les gens simplement alors qu'il a les outils nominatifs qui ne doivent passer que par une base sécurisée ?* ». C'est là que se pose la question de l'acceptabilité de la démarche. Comment en effet, la mobilisation et la transmission de ce flux informationnel peuvent être rendues acceptables, au regard de la sensibilité des données transmises ? La confidentialité et la protection des données sont donc des points majeurs, à considérer avec prudence dans la réflexion menée.

De plus, une fois la question de la protection des données résolue, un des praticien précise qu'il faut régler la question des « *visites urgences notifiées* ». Que faut-il entendre par là ? A la réception d'une alerte, le médecin devrait être en mesure d'organiser une visite au domicile du patient. Or, suivant la réalité des choses, c'est le patient ou l'entourage qui prend les visites. Pas l'inverse. Il est donc important de savoir s'il est possible de déclencher une visite à la réception d'une alerte. Pour ce faire, l'un des médecins a préconisé un travail étroit avec la CNAM, pour voir

³⁷ CNIL, « Qu'est-ce qu'une donnée de santé ? », [<https://www.cnil.fr/fr/quest-ce-ce-quune-donnee-de-sante>]

s'il est en effet possible de déclencher une visite médicale, et quels en seraient les impacts, entre autres financiers.

C) « Est-ce que ça apporte quelque chose ? »

La question de la faisabilité ou non de la collecte des données de terrain étant résolue, et se trouvant être affirmative, la question qui reste concerne l'utilité ou non de ces données pour les médecins traitants. Les médecins interrogés jusqu'à présents, sont unanimes, ce type de données serait effectivement utile à leur pratique. Trois types de données seraient particulièrement pertinentes pour les médecins : les données révélatrices de symptômes aigus, celles faisant état d'un changement de comportement et les données des urgences.

a) *Symptômes aigus*

Ces premières données sont les **symptômes gériatriques aigus**. C'est la chute, la fièvre, les douleurs abdominales, ou encore les douleurs thoraciques. Ces informations sont capitales pour le médecin traitant et plus vite l'information est remontée et plus vite la prise en charge est déclenchée. Ces informations entraînent de ce fait une situation d'urgence. Lorsque ces informations sont remontées au médecin traitant, il déclenche des actions assez rapidement.

b) *Changement de comportement*

Cette deuxième catégorie de données, est plus subtil et s'analyse dans la durée, selon les dires des médecins interrogés. Ce sont les données qui relatent un changement de comportement ou physique chez la personne âgée, mais non de façon brutale. Ces symptômes qui traduisent un changement, quel qu'il soit, sont par exemple la perte de poids, la perte d'appétit ou encore des troubles de comportements. Or ces informations, sont selon les médecins, peu remontées jusqu'à leur cabinet. Ils ne sont pas en mesure de repérer ces symptômes, ne voyant pas la personne âgée au quotidien. Ainsi, si ces informations étaient notifiées et suivies, le médecin traitant pourrait suivre l'évolution de l'état de la personne sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois et anticiper ainsi l'urgence. C'est précisément la démarche initiée par l'ANAP.

c) *Données des urgences*

Un troisième type de données intéresserait particulièrement les médecins traitants, ce sont les données des urgences. Certes, ces données ne sont pas remontées par les observations de terrain,

mais elles s'avèreraient importantes pour le médecin traitant. Elles viendraient en complément, en fournissant un descriptif plus médicalement développé sur les motifs de passage aux urgences de la personne âgée. C'est également à cet effet, que certains médecins ont souligné l'importance d'inclure l'hôpital dans ce réseau, pour permettre aux médecins traitants d'avoir des informations relatives aux passages aux urgences des personnes âgées, mais aussi à leur hospitalisation.

Les médecins confirment donc l'importance de ces données pour eux et l'apport certain que cela représente pour leur pratique. La question est de savoir comment peut s'organiser cette transmission de l'information.

D) Les outils et les supports mobilisables

a) Cibler et notifier les informations

Avant le support, ce qui importe aux médecins traitants c'est la vigilance à apporter dans la notification et la transmission des informations recueillies au domicile du patient. Ce qui compte en premier lieu c'est que les informations soient notées et partagées entre les professionnels. Un des médecins traitants proposait qu'il puisse déjà y avoir un simple carnet partagé entre les professionnels et qui serait au domicile du patient. Les professionnels soignants comme les professionnels sociaux pourraient communiquer via ce support et y notifier les changements de comportements ou les points de vigilance à prendre en compte. Pour le médecin ce serait aussi un moyen pour interpeller les intervenants à domicile sur tel ou tel aspect à prendre en considération chez la personne âgée. Ce premier outil serait un moyen d'entrée pour instaurer le dialogue et le partage d'informations entre les professionnels, d'autant plus que le support serait au domicile même du patient. Un autre estime que tous les professionnels devraient avoir accès à ce type d'informations, pour une meilleure coordination de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne âgée.

b) Outils connectés ? Les pistes

Pour autant les médecins ne sont pas contre une plateforme connectée ou un système de réception de message sur smartphone, pour notifier d'une alerte. Certains soulignent même que ces méthodes trouveraient encore plus d'échos chez les jeunes praticiens, davantage familiers avec ce type d'outils et avec ce genre de démarche. Dans la mise en place d'une plateforme connectée, la vigilance est de mise quant à la protection des données de santé du patient. Il faut donc opérer sur une base sécurisée et faire en sorte d'alerter les médecins.

V) Les points de vigilance noté par les médecins traitants

A) Ne pas surcharger le médecin traitant

Un des premiers paramètres soulignés par les médecins traitants lors des entretiens, fut la nécessité de ne pas imposer au médecin traitant, une démarche qui ajouterait une charge de travail supplémentaire à son emploi du temps. Pour un des médecins, le projet doit pouvoir s'insérer « *dans un contexte de système de ressources rares et de temps peu disponible* ». Certainement, le type de données récoltées par ce genre de démarche seraient utiles pour le médecin traitant, mais il faut que le circuit mis en place soit suffisamment bien pensé et adapté pour qu'il s'intègre aisément dans les pratiques du médecin traitant. Un second médecin souligne aussi que le médecin traitant ne doit pas être le seul interlocuteur du réseau. Il faut en effet que les tâches soient suffisamment et intelligemment réparties au regard des compétences et des rôles de chaque acteur. Il note qu'il n'est possible de « *travailler sereinement seulement lorsque l'on peut partager le travail*. » Il rajoute que certaines informations n'ont pas leur place dans le cabinet du médecin traitant, comme d'autres n'ont pas leur place dans le domicile du patient. Autrement dit, il faut que les bonnes informations puissent être communiquées aux acteurs adéquats. Si le « *contexte culturel* » est « *favorable* », il faut cependant prendre en compte un contexte de charge de travail qui est conséquent pour les médecins traitants.

B) Avoir un cadre commun et un réseau identifié

a) Identifier les interlocuteurs

Lorsque la question lui fut posée de savoir quelle est la première chose à faire dans l'organisation du flux informationnel, un médecin a répondu qu'il fallait d'abord identifier les acteurs intervenants autour de la personne âgée. Bien qu'il considère cela comme étant le « *béaba* », il souligne que sur le terrain, c'est relativement complexe pour les médecins traitants de savoir exactement qui intervient, quand et pourquoi, dans le suivi de la personne âgée. Cette première étape est importante pour les médecins car elle conditionne la bonne mise en place et le bon déroulement du réseau. Pour un autre médecin, il faut avant toute chose que chaque personne âgée soit « *rattachée à un, deux, trois noms de personnes, entre le médecin traitant, l'infirmière, le référent du service à domicile* ». La première étape consiste donc à identifier toutes les personnes ressources.

b) Organiser le réseau

En plus de ne pas surcharger le médecin traitant, il faut que le réseau puisse être « *interactif* ». Selon le témoignage d'un des médecins, ce réseau doit être constitué de suffisamment de personnes pour être cohérent. Il est aussi nécessaire que ce réseau permette une certaine « *flexibilité* » entre les acteurs pour que ces derniers puissent échanger rapidement. Cette première étape d'identification doit permettre de mettre en place un réseau cohérent. Cette notion de cohérence est importante pour les médecins traitants, la performance du travail interprofessionnel en dépendant. Pour ce faire, le réseau à mettre en place doit être un « *vrai réseau* », en ce qu'il doit y avoir assez de personnes dans le réseau et que des référents puissent être identifiés pour différents types de situations. Cette organisation permettrait ainsi aux médecins traitants de pouvoir agir rapidement à la réception d'une alerte, car ils sauraient rapidement à qui s'adresser et qui serait à même d'intervenir. Un des médecins déclarait par exemple, que dans certaines situations il pourrait mobiliser une infirmière s'il estime que l'envoi aux urgences n'est pas encore nécessaire. Mais pour ce faire, il faut dans un premier temps qu'il puisse savoir à quels professionnels il peut s'adresser. Une des premières actions serait d'avoir un carnet d'adresses pour chaque patient avec les coordonnées des personnes ressources identifiées. Pour compléter ce réseau domicile/cabinet du médecin traitant, certains praticiens, veulent également impliquer le médecin hospitalier, pour pouvoir ainsi faire le lien entre l'hôpital et la ville. La boucle serait bouclée.

Les premières rencontres avec les médecins traitants ont donc permis, non seulement de confirmer le bien-fondé de la démarche pour les praticiens interrogés, mais également de commencer à préciser les données qui leur seraient utiles, ainsi que les personnes qui pourraient être mobilisées dans la transmission des données. Les témoignages recueillis auprès des médecins traitants et les résultats des différentes enquêtes de terrain, sont la base de la discussion de la dernière partie de ces travaux. Cette partie revient sur la condition organisationnelle nécessaire dans la transmission du flux informationnel. Cette réflexion portera sur les actions possibles en termes de coordination entre les professionnels soignants et les professionnels issus du secteur social. Comme cela fut développé dans la première partie du mémoire, le vieillissement de la population et les conséquences que cela peut engendrer, obligent à explorer de nouvelles pistes pour améliorer l'accompagnement global de la personne âgée, tout en ouvrant la possibilité de mettre en place de nouvelles actions innovantes. Les médecins interrogés parlant de la nécessité de mettre en place un réseau pour organiser le flux informationnel du domicile du patient jusqu'à leur cabinet, la dernière partie de ce mémoire s'interroge sur la façon dont ce réseau peut se mettre en place et les conditions nécessaires pour sa réalisation.

PARTIE 3 : DISCUSSIONS

Les réflexions abordées dans le mémoire confirmeraient l'hypothèse de départ : il serait possible de modifier les comportements à travers la réalisation d'un projet basée sur la prédiction. Cependant, il a été noté que la prédiction seule ne suffit pas. Peut-être qu'avant même de développer les modèles prédictifs, il faut pouvoir organiser et préparer le terrain. Résultats qualitatifs et enquêtes de retours d'expériences ont montré qu'il est possible d'organiser et de recueillir les données de terrain au domicile du patient. Les entretiens avec les médecins ont permis de constater que les professionnels sont intéressés par une telle démarche. Ces résultats sont le socle de cette dernière partie du mémoire. Ses objectifs sont de discuter et présenter des préconisations pour favoriser la mise en place d'un réseau de coordination autour de la personne âgée. Plus précisément, c'est interroger l'organisation du flux informationnel du domicile du patient jusqu'au cabinet du médecin traitant. Pour le rappeler, l'objectif de la mise en place de ce flux est l'anticipation et la prévention des situations d'urgence. Les enquêtes réalisées auprès des intervenants, des bénéficiaires et des référents de structures ont démontré qu'il est possible de mener des observations de terrain, sans bouleverser les pratiques des professionnels. Sur le volet analytique, les données recueillies ont pu être exploitées et des modèles prédictifs construits. Mais quand est-il sur le plan organisationnel ? Qu'est-ce que le projet peut modifier, voire changer, dans les pratiques quotidiennes ? Comment exploiter ces données et comment mettre à profit les leçons apprises tout au long de l'expérimentation ASU ? Les questions qui ont été soulevées par l'expérimentation sont nombreuses. Elles peuvent être résumées par la question majeure de ces travaux : comment organiser le flux informationnel du domicile du patient jusqu'au cabinet du médecin ? La mise en place de ce flux, implique une réorganisation de l'accompagnement et des pratiques des professionnels autour de la personne âgée. Cette réorganisation suppose une connaissance des acteurs impliqués dans le parcours de la personne âgée, de leur rôle et de leur fonction. Une connaissance qui doit être partagée entre tous les acteurs susceptibles d'intervenir auprès du bénéficiaire. Quel type de parcours peut être mis en place ? Quel type de réseau peut être expérimenté à la suite des résultats et des conclusions permis par le projet ASU ? Cette partie, prenant appui sur les différents résultats du projet et des enquêtes de terrain, sera l'occasion de soumettre des recommandations sur plusieurs niveaux. C'est d'abord réfléchir au type de réseau qui peut être mis en place à la suite du projet ASU. Au sein de ce réseau quelles seraient les conditions d'acceptabilité et d'efficacité à remplir ? Enfin, il s'agira de réfléchir au type de coordination possible entre les acteurs potentiellement mobilisables au sein du réseau et les freins qui peuvent être envisagés dans son implémentation.

CHAPITRE 1 : VERIFICATION ET VALIDATION DES CONDITIONS D'ACCEPTATION ET D'EFFICACITE DE LA DEMARCHE

La faisabilité de la démarche, démontrée par le projet ASU, permet de penser à de nouvelles organisations possibles dans la transmission du flux informationnel du domicile du patient jusqu'au cabinet du médecin traitant. La mise en place d'une telle démarche, assume des changements de comportements et de nouvelles pratiques pour les acteurs concernés. Or, pour mesurer l'ampleur des changements et les conditions de réalisation de sa mise en place, l'idée a été pensée avec un des médecins interviewés, de mettre en place un premier projet ou réseau pilote avec des médecins volontaires. Cette démarche expérimentale aurait pour but premier d'affirmer les tendances observées au cours du projet ASU. Ce serait également l'opportunité d'inclure les médecins traitants dans un flux formalisé de transmissions d'informations. Il s'agira dans ce chapitre de réfléchir aux contours de l'organisation d'un tel réseau. Afin de favoriser sa mise en place, il est aussi nécessaire d'examiner les conditions d'acceptation, mais aussi d'efficacité à remplir. La visée de la réflexion n'est évidemment pas de décliner tout un projet, étant seulement à l'étape préliminaire de la démarche. C'est plutôt des recommandations dans la constitution de ce réseau qui seront formulées. En septembre l'ANAP organisera une table ronde avec tous les médecins traitants interrogés, afin de poursuivre la réflexion et dresser le cadre de l'organisation du réseau. Cette partie s'emploiera à dépeindre le contour global de l'organisation du réseau, et les premières modalités. Ce sera une réflexion préliminaire, portant sur la coordination possible et la façon dont peut instaurer les premiers contacts entre les professionnels.

I) Mise en place d'un projet pilote

Pour faire accepter le réseau, il faudrait être en mesure de construire des preuves tangibles. Aux professionnels de santé, il est nécessaire de leur démontrer l'intérêt de la démarche pour leur pratique, mais aussi pour la santé du bénéficiaire et sa prise en charge. Pour faciliter la mise en place d'une coordination pérenne, il serait donc intéressant en premier lieu, d'implanter une expérimentation pilote au niveau local.

A) Organisation de la démarche

Prenant appui sur les remarques soulevées par les médecins traitants interrogés, une première recommandation qui peut être faite. C'est la nécessité de mettre en place un projet pilote, pour valider la pertinence et l'efficacité de la démarche, mais également pour confirmer sa faisabilité.

a) Type de réseau possible

Reprenant les conclusions du projet ASU, il serait utile d'en rappeler les principaux constats. Il est possible d'une part de recueillir les informations de façon suivie et régulière au domicile du patient âgé et de faire remonter ces informations. De l'autre, les médecins traitants sont prêts à être intégrés dans un réseau de partage d'informations, en collaboration avec les professionnels issus du secteur social. Autre constat, les données, qui pouvaient retranscrire l'évolution de l'état de santé de la personne âgée, intéressent fortement les médecins. Le réseau à mettre en place serait relativement simple. Les données seraient recueillies au domicile du patient et envoyées directement à un serveur qui suivrait l'évolution de l'état de la personne âgée. Ce serveur peut prendre la forme d'un dispositif de surveillance en ligne, qui contiendrait le dossier des patients et où seraient remontées les observations hebdomadaires menées au domicile du patient. Plusieurs niveaux d'accès peuvent être pensés au sein de ce dispositif. Dans un second temps, l'évolution vers un état critique de l'état de la personne âgée entraînerait la diffusion d'un signal d'alerte. Les résultats analytiques du projet ASU ont montré qu'il est possible de prédire sur un horizon de 14 jours. Cela peut être la base de la transmission des signaux d'alerte. En décelant un signal faible, le serveur serait en mesure d'envoyer un message d'alerte au médecin, notifiant qu'un de ces patients présente des signaux d'alerte. En consultant le type d'alerte émis sur le serveur, le médecin pourrait examiner la nature de l'alerte et orienter le patient à propos. Cette organisation très générale est schématisée ci-dessous.

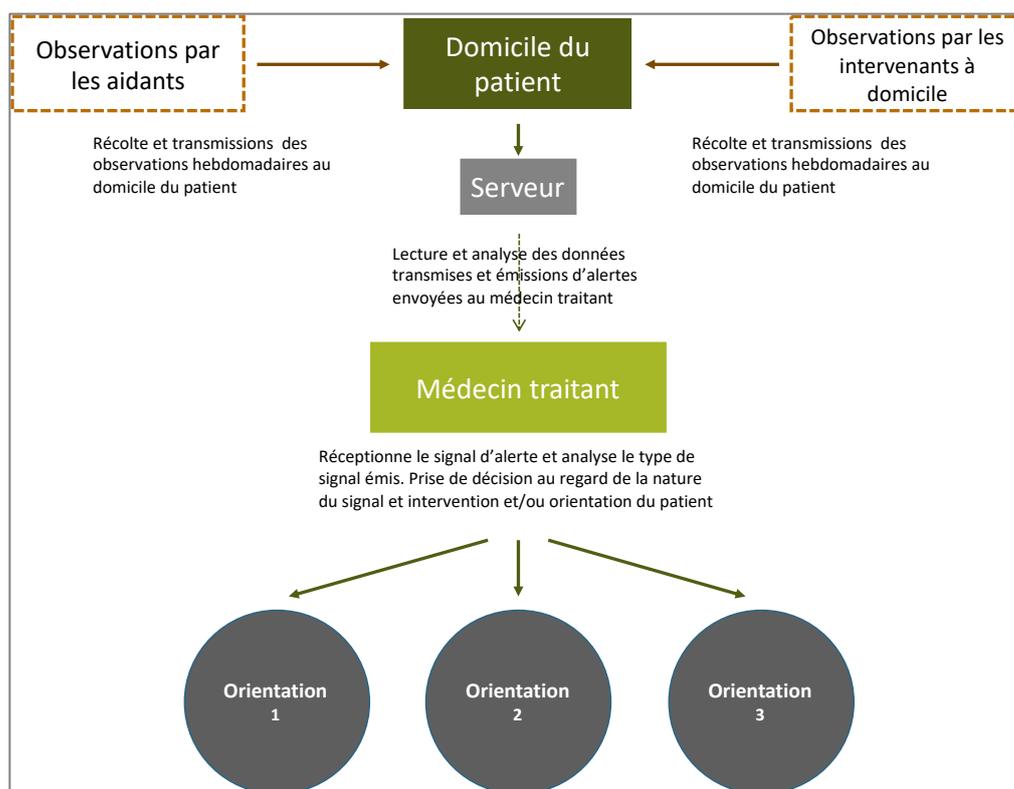


Figure 4: Organisation du flux informationnel du domicile du patient au cabinet du médecin traitant

Afin de s'assurer de l'efficacité de la démarche, il serait idéal de constituer deux groupes. Un groupe qui serait intégré dans la démarche et un groupe témoin qui servirait d'élément de comparaison pour mesurer l'efficacité ou non de la démarche, ainsi que sa pertinence dans l'accompagnement et la prise en charge des patients.

b) Groupe témoin

C'était une des recommandations d'un médecin interrogé. Pour convaincre les médecins traitants du bien-fondé d'un tel réseau, il faut pouvoir l'évaluer. A cet effet, la comparaison entre deux groupes similaires semblerait à propos. Dans ces deux cohortes, les bénéficiaires intégrés devraient évidemment avoir les mêmes caractéristiques. Ce sont les critères d'âge, de niveau de dépendance, ou encore des contextes de vie. Dans la mesure du possible, il serait bon d'avoir une même proportion d'homme et de femmes. Ces deux cohortes devraient également avoir une même organisation du tissu d'accompagnement autour de la personne âgée. Il s'agira alors au terme de l'expérimentation, de démontrer le degré d'efficacité de la démarche et les différences significatives observables entre les deux groupes. Pour cela, plusieurs indicateurs peuvent être

mobilisées. C'est d'abord la comparaison de la fréquence et du nombre de passages aux urgences, mais également des hospitalisations. C'est ensuite l'anticipation et la prévention dans la prise en charge des personnes âgées et leur orientation dans les différents services. Un autre indicateur possible est l'étude des motifs de passages aux urgences et leur niveau de gravité en fonction des deux groupes.

B) Conditions d'acceptation

Dans la mise en place de ce réseau pilote, plusieurs conditions sont à remplir. Ce sont, entre autres, celles relatives à l'acceptation de la démarche, notamment auprès des médecins traitants.

a) Poursuivre la réflexion avec les médecins traitants

Au cours des entretiens, les médecins traitants déclaraient ne pas être dérangé par la mobilisation de professionnels non soignants pour mener les observations de terrain. Au contraire. Pourtant, la validité et la légitimité des informations recueillies sont conditionnelles. Lors du cadrage du réseau, il s'agira donc, de définir avec les médecins traitants, les types de données que peuvent recueillir les intervenants à domicile. Une première étape pour délimiter les données qui leur seraient utiles, afin de déceler les changements d'état chez la personne âgée. Ce fut détaillé dans la seconde partie de ces travaux, les médecins traitants considèrent deux types de données. La première catégorie regroupe les symptômes aigus qui nécessitent une intervention dans l'urgence. L'anticipation et donc la prévention ne sont pas possibles dans ce schéma-là. La seconde catégorie de données, qui les intéresse davantage, sont ceux qui font état d'un changement et d'une évolution dans l'état physique et psychique de la personne âgée. Les résultats du projet ASU ont démontré que les signaux d'alerte, précurseurs d'un changement d'état, étaient permis par une corrélation de données. Ce premier groupe d'items pourrait servir de base dans le cadrage des données qui seront recueillies au domicile du patient.

b) Assurer la légitimité des informations recueillies sur le terrain

La définition des données et des items qui seront observées par ceux qui recueilleront les données au domicile du patient est une première étape. Il est nécessaire, en parallèle, de penser aux mesures nécessaires pour assurer la validité des informations recueillies sur le terrain. Cette validation est liée à la régularité du suivi des bénéficiaires par un même intervenant ou une même personne, si c'est un aidant. C'est cette régularité et la bonne connaissance du contexte global dans laquelle évolue les personnes âgées, qui participent à la légitimité des informations recueillies. Il

apparaît donc nécessaire, comme ce fut le cas lors du projet ASU, de travailler avec les structures médico-sociales. En effet, la mise en place d'un tel réseau, implique un accompagnement des professionnels qui interviennent au domicile de la personne âgée. Cet accompagnement et la mise en place d'outils de suivi des observations sont importantes. De plus, il fut observé au cours du projet ASU que les structures qui avaient mis en place des outils de suivis étaient plus performantes que celles qui n'en avaient pas.

A ces premières conditions, s'ajoutent celles d'efficacité, notamment dans la connaissance du terrain et la mise en place d'outils adaptées dans l'organisation du flux informationnel.

II) **Conditions d'efficacité**

Faire accepter le projet, démontrer sa pertinence pour les pratiques des médecins et la santé du bénéficiaire, passent par la démonstration de l'efficacité de la démarche. Pour favoriser cette efficacité, il est nécessaire de remplir certaines conditions. Il faut en effet bien connaître le terrain d'action et ses spécificités, mais il faudrait également mettre en place des outils à la fois adaptés et performants.

A) Bien connaître le terrain

Au cours des entretiens menés auprès des médecins traitants, un autre aspect important fut souligné : il fallait tenir compte des spécificités liées aux territoires dans lesquels ils exerçaient. Des différences subsistent entre le milieu rural et urbain. Constaté les différences de réalités entre ces deux milieux, implique l'adaptation du réseau à ces réalités.

a) Milieu urbain

Dans un contexte urbain, les professionnels disposent de plus de ressources pour orienter leurs patients au regard de leur besoin. Ils travaillent également davantage avec les professionnels du secteur social. Cependant, cette coordination est souvent informelle. Elle nécessite donc la mise en place d'un réseau structuré et formalisé. Les médecins traitants disposent déjà d'un réseau qu'ils ont construits avec le temps. Il faudrait recenser ces ressources et s'appuyer sur des liens déjà établis et penser ensuite à un cadre commun. Dans un contexte urbain, il est plus aisé pour les médecins traitants d'avoir des contacts avec des structures comme le CLIC ou le SIAD. Pour formaliser ce cadre, il faudrait qu'à chaque patient du médecin traitant soit associé un, deux ou

trois intervenants. Ces professionnels dans l'idéal sont issus de deux ou trois structures médico-sociales clairement identifiées sur le territoire. La première étape est l'association à un bénéficiaire des professionnels qui interviennent dans sa prise en charge. Cette connaissance doit être partagée entre tous les professionnels. Ces derniers doivent pouvoir savoir à qui s'adresser en cas de problèmes.

b) Milieu rural

Inversement, en milieu rural, les médecins disposent de moins de ressources et n'ont pas un réseau aussi fourni que leurs confrères exerçant en milieu urbain, à en croire les médecins interrogés. La première étape dans la constitution du réseau, est donc l'identification des personnes ressources qui interviennent auprès des personnes âgées, mais également des possibilités offertes en termes d'orientation au médecin traitant sur son territoire. Cette étape se résume à l'élaboration d'un premier carnet d'adresses qui puisse être commun aux différents professionnels qui accompagnent une même personne. Idéalement, il faudrait un premier contact entre ces professionnels. Un médecin interrogé n'était pas fermé à cette idée, bien au contraire.

L'élaboration de ce réseau en milieu urbain comme rural, nécessite la mise en place d'outils qui puissent être adaptés aux besoins de la démarche.

B) Mettre en place des outils adaptés

La réflexion qui clos ce chapitre porte sur le type d'outils qui peuvent être développés dans la mise en place de ce réseau. Dans une telle démarche, notamment pour l'analyse des informations remontées et l'élaboration des algorithmes, il faut que les données puissent être recueillies de façon uniforme. Les outils sont nécessaires sur trois niveaux :

- Dans la récolte des données au domicile du patient
- Dans l'analyse des données et l'élaboration des signaux d'alerte
- Dans la transmission du signal d'alerte au médecin traitant

a) La récolte des données

L'outil développé pour le projet ASU a démontré son efficacité dans la récolte des données au domicile du patient. Les données récoltées étaient directement envoyées à l'ANAP qui les transmettait ensuite à la personne en charge de les analyser. L'application smartphone qui a été élaborée serait donc mobilisable dans le réseau. Les items seront peut-être différents selon les besoins des médecins traitants. Toutefois, l'application smartphone a prouvé son efficacité et la

simplicité de son utilisation au cours du projet ASU, les intervenants se l'étant rapidement appropriée.

b) Analyse des données

Le serveur qui recueillerait ces données, les analyserait et émettrait des signaux d'alerte qui seraient ensuite transmis aux médecins traitants. Dans ce dispositif, le patient pourrait être associé à son médecin traitant, mais également à plusieurs professionnels. Ce serveur doit pouvoir assurer la protection des données des patients, d'où l'importance à accorder à la sécurité et la fiabilité de cet outil. C'est un point qu'ont souligné à plusieurs reprises les médecins interviewés. Il faut que cet outil puisse assurer la confidentialité des données des patients et leur sécurité. Un travail conjoint est à mener avec le CNIL pour s'assurer de la validité de l'outil. Cette base de données pourrait ainsi permettre aux médecins traitants d'avoir accès au dossier de leur patient et suivre l'évolution des différents items recueillies au domicile des personnes âgées. L'envoi du signal d'alerte au médecin traitant, devrait le renvoyer à ce dossier. Ce dispositif, dans la mesure du possible, devrait aussi contenir le nom et les coordonnées des personnes ressources qui interviennent au domicile de la personne âgée.

c) La transmission du signal d'alerte

La question qui s'est posée, notamment lors des interviews des médecins traitants, était de savoir quel serait l'outil le plus approprié pour transmettre le signal d'alerte. A ce sujet, un des médecins interrogés a émis l'idée d'un message sur smartphone, plus efficace selon lui qu'un email. Toutefois, ce message doit être anonyme et seulement indiquer au professionnel qu'un signal d'alerte est émis pour un de ses patients. Ce message doit orienter le médecin vers le dossier connecté du patient où il trouvera l'évolution des différentes items observés au domicile, et la corrélation des différents éléments qui a entraîné l'émission du signal. C'est la lecture de ces différents éléments qui permettrait au médecin traitant de pouvoir prévenir et anticiper un évènement aigu. Cette base de données lui permettrait alors un accès aux informations, que les professionnels ou les aidants qui interviennent sur le terrain, observent de façon quotidienne. C'est cette transmission de données qui est importante. Elle entraîne le partage de connaissance, offrant la possibilité au médecin traitant de suivre de façon plus optimale l'évolution de l'état physique, mais également physique de ses patients. Ce partage d'informations, va au-delà de la simple mise en place d'outils connectés. Il implique l'instauration d'une coordination entre tous les acteurs impliqués.

CHAPITRE 2 : INSTAURER LA COORDINATION

La mise en place d'un réseau de partage de l'information, suppose une coordination dans la transmission des données recueillies au domicile du patient. Cela réclame l'identification et la compréhension des mécanismes de fonctionnement de tous les acteurs en présence. Cette identification s'accompagne de la délimitation des rôles de chacun des professionnels, amené à intervenir dans ce réseau. Une étape nécessaire, à mener assez tôt, permettrait la création d'un contexte favorable pour établir, pérenniser le dialogue et le travail interprofessionnel. Dans ce travail préparatoire, il serait encore nécessaire de réfléchir et de prévenir les freins qui entraveraient la mise en place d'un tel flux.

I) **Identifier les acteurs en présence et leur caractéristique**

La première étape, et non pas des moindres, est de déterminer précisément les acteurs qui seront impliqués dans le réseau, ainsi que leur rôle et leur fonction.

A) Identification des personnes ressources autour de la personne âgée

Suivant la réflexion d'un des médecins interrogés, il est nécessaire de déterminer les différents professionnels intervenant autour de la personne âgée. Toutes ces personnes ressources ne sont pas forcément que des professionnels. Dans la transmission des données un acteurs central demeure : c'est le médecin traitant. Autour du médecin traitant, peuvent intervenir des intervenants, déjà présents dans projet ASU. Mais d'autres ressources peuvent être mobilisées, comme les aidants. La mobilisation des aidants élargirait le nombre des personnes éligibles dans la mise en place de ce réseau. En effet, toutes les personnes âgées n'ont pas recours à des aides à domicile. Dans ce cas, la transmission pourrait être opérée par les aidants avec les mêmes outils et suivant la même fréquence.

a) Mobiliser les médecins traitants

La première étape dans la mise en place de ce réseau, est bien évidemment de mobiliser un premier groupe de médecins qui accepteraient d'être intégré dans un réseau de professionnels autour de la personne âgée. Pourquoi en premier lieu les médecins traitants ? C'est vers eux que sera remontée l'information recueillie au domicile du patient. C'est encore eux qui prendront les mesures adéquates en réponses aux signaux d'alerte qui leur seront retransmis. Pour avoir une vision élargie de l'efficacité et de l'efficience de la démarche, il faudrait idéalement des professionnels issus de différents milieux. En effet, au regard des interviews réalisés auprès des

médecins traitants, les problématiques et les difficultés rencontrées n'étaient pas les mêmes selon les territoires où ils exerçaient. Dans la mesure du possible, il faudrait donc diversifier le profil des médecins et comme ce fut le cas dans le projet ASU, implanter la démarche sur plusieurs territoires. Certains médecins traitants interrogés participaient ou avait déjà participé à des projets de coordination et étaient familier avec le fonctionnement en mode projet. Pour une première démarche, il serait évidemment plus aisé de commencer avec des médecins traitants déjà familier à la coopération interprofessionnelle formalisée. C'est d'autant plus intéressant qu'ils ont déjà entamé une réflexion sur le bienfondé du travail interprofessionnel. Ils savent ce qui fonctionne et ce qui plus délicat à réaliser, considérant leurs prérogatives et la charge de travail à laquelle ils doivent faire face. De plus, les entretiens menés auprès des médecins traitants ont montré une différence entre ceux qui avaient participé à des projets structurants et ceux qui n'étaient pas familier avec ce type de démarche. Les professionnels impliqués dans des projets ou des expérimentations, sont davantage une force de proposition. Ils sont à même de dire quels outils ou quel mode de fonctionnement sont les plus appropriés, suivant la situation ou des besoins de la population ciblée par le projet. Dans le cadre d'un réseau pilote, de tels profils seraient un réel atout, pour affiner la démarche, l'ajuster et avoir une réflexion constructive pour l'améliorer.

b) Les aidants

Les premières personnes qui sont au contact de la personne âgée, c'est la famille et les proches. Ce sont les aidants. Comme cela a été rappelé dans la première partie du mémoire, la majorité des aidants sont des femmes. Il est nécessaire de comprendre dans un premier temps leur place et leur rôle auprès des proches qu'ils accompagnent. L'aidant peut-être le conjoint de la personne, ou des enfants. Il faudrait déterminer la fréquence des visites et l'aide apportée par l'aidant en question. Il serait également bon de savoir si l'aidant cohabite ou non avec la personne qu'il accompagne, la façon dont il s'organise autour de la personne âgée, et les ressources qui sont à sa disposition dans son accompagnement. Il serait aussi intéressant de connaître les relations entretenues avec les professionnels intervenants auprès de leur proche et la manière dont la communication s'opère avec ces acteurs. Ce serait aussi l'occasion de s'interroger sur l'accompagnement de l'aidant et la façon dont il est soutenu, s'il reçoit du soutien. Dans la perspective de la mise en place d'un réseau expérimental, un premier questionnaire auprès des aidants pourrait répondre aux interrogations posées juste au-dessus.

c) Les intervenants à domicile

Pour être intégrées dans la cohorte du projet ASU, les personnes âgées devaient, entre autres, bénéficier d'une aide à domicile. Les professionnels qui intervenaient à leur domicile étaient issus des différentes structures médico-sociales impliquées dans le projet. Le projet ASU a démontré qu'il est possible de mobiliser et d'outiller ces professionnels, afin de faciliter le suivi optimal des bénéficiaires qu'ils accompagnent. Dans le réseau, à l'état de réflexion, la mobilisation des intervenants serait bénéfique, non seulement pour les personnes âgées, mais également pour les professionnels eux-mêmes. Compte tenu des résultats du projet ASU, une attention particulière serait à apporter à l'accompagnement et l'encadrement des intervenants par les référents de structures. Une des raisons explicatives des discontinuités dans le suivi des bénéficiaires, fut l'absence ou la faible présence d'un encadrement optimal des intervenants. La mobilisation des intervenants s'accompagne donc de la mise en place d'un tissu autour des professionnels pour les accompagner, les suivre et continuer de les mobiliser tout au long de la démarche.

B) Délimiter les rôles de chacun des professionnels

Identifier les personnes ressources, c'est aussi s'interroger sur leur place et leur fonction auprès des personnes âgées. En délimitant dès le départ les fonctions remplies auprès de la personne âgée, il sera plus aisé dans un second temps d'attribuer les rôles et les fonctions de chacun dans l'organisation du parcours et de l'accompagnement de la personne âgée. Comme l'a rappelé un médecin interrogé, certaines informations n'ont pas leur présence au cabinet du patient, et d'autres au domicile du patient. De ce fait, il est important dès le départ de préciser où commence et où s'arrête la mission de chaque acteur susceptible d'intervenir dans ce réseau. Par exemple, il n'est pas du ressort des intervenants à domicile ou des aidants de mener des consultations, leur rôle étant le renseignement et la transmission des observations de terrains. Il ne s'agit donc pas de contacter directement le médecin traitant pour lui faire part de telle ou telle observation. Une des craintes des médecins traitants est en effet d'être trop sollicités par les personnes en contact avec les personnes âgées. Cette « sur-sollicitation », aurait un effet négatif, car les médecins prêteraient moins attention aux informations s'ils en reçoivent de façon continue. Cette information serait aussi moins parlante pour eux, si elle est sortie de son contexte global.

II) **Créer un contexte favorable au dialogue interprofessionnel**

Les acteurs identifiés, l'étape suivante est la mise en place d'un contexte favorable au dialogue interprofessionnel. L'établissement de ce dialogue est progressif et doit pouvoir se faire dans un réseau dynamique et interactif. C'est aussi l'occasion de réfléchir aux freins et aux limites possibles dans l'instauration d'un tel réseau et la façon dont ils peuvent être anticipés.

A) La mise en place d'une communication progressive

Avant de parler de réseau, de coordination ou de flux informationnel, il faut dans un premier temps, instaurer le dialogue entre les professionnels. C'est d'autant plus délicat que ces derniers sont issus de différents secteurs. Ils présentent donc des cultures professionnelles différentes, mais aussi des visions différentes de la personnes âgées et de la façon dont ils interviennent à ses côtés. La première étape est de créer un carnet d'adresse et d'identifier les professionnels intervenants pour une même personne. Ensuite, une première rencontre peut être envisagée pour discuter des attentes des uns et des autres.

a) Identifier les acteurs

C'était une demande d'un médecin interviewés : la nécessité de connaître les professionnels qui interviennent au domicile du patient. Cette première étape si elle semble presque banale pour eux, n'est malheureusement pas toujours effective sur le terrain, notamment en milieu rural. Cette étape consisterait à associer à chacun des patients âgés que suit le médecin, des personnes ressources et leurs coordonnées. Cette action première permettrait au médecin de savoir à qu'il peut s'adresser s'il a besoin de telle ou telle information et qui il peut contacter en cas de besoin. Parmi ces personnes, se trouvent les intervenants à domicile, mais également les professionnels paramédicaux.

b) Organiser des rencontres préalables

Pour tout projet, il est nécessaire dans un premier temps de faire rencontrer les différents acteurs qui seront impliqués. Cette étape est importante car elle permet de dresser les attentes des uns et des autres, mais aussi d'engager le dialogue et la communication entre les acteurs. Une phase initiale pour repérer les professionnels et d'échanger sur leurs pratiques. Évidemment, ce schéma est idéal. Dans la réalité il faudrait prendre en compte les prérogatives des uns et des autres, notamment les agendas déjà chargés des médecins traitants. Pourtant ces derniers ne sont pas fermés à cette idée, bien au contraire. Les médecins interrogés se disaient favorable, l'un d'entre eux a lui-même émis l'idée de rencontrer les intervenants à domicile. Cette rencontre serait l'occasion pour eux de souligner les points de vigilance auxquels il est nécessaire de prêter attention

au domicile du patient. Ces rencontres devraient aussi être possibles avec les aidants. Elles permettraient dans ce cadre, de redéfinir les symptômes auxquels ces aidants doivent faire attention, et les signes précurseurs d'une situation de crise. Cette étape de formation et de communication est fondamentale. Elle permettrait de donner aux intervenants et aux aidants les clefs d'observation sur le terrain et la façon dont ils peuvent mener et appréhender les observations hebdomadaires au domicile de la personne âgée. Idéalement, ces séances devraient être conduites par les médecins traitants, étant ceux qui recevraient les signaux d'alerte. Ils pourraient ainsi dès le départ définir leurs attentes, ainsi que les informations et les données qui leur semblent pertinentes et importantes. Cette définition servirait alors de cadre et de repère pour les intervenants, comme les aidants dans le suivi des observations de terrains. Ça serait comme un « *pense-bête* », auquel ils se rapporteraient, pour reprendre les termes d'un médecin interrogé. Cette étape serait enfin l'opportunité pour les médecins de rencontrer et d'échanger avec les professionnels et les aidants chargés de renseigner les données de terrain.

B) Rendre le réseau dynamique et interactif

Instaurer le dialogue ne suffit pas. Pour pérenniser un tel réseau, il faut pouvoir le dynamiser et le rendre interactif dans le temps. Cela appelle à accompagner le changement, mais également à faire en sorte de fluidifier et de maintenir le flux informationnel sur la durée. Il serait nécessaire enfin de réfléchir aux freins possibles dans la mise en place d'un tel réseau et la façon dont ils peuvent être anticipés et prévenus.

a) Accompagner le changement

Mettre en place un réseau tel que décrit plus haut, implique des changements dans les pratiques des acteurs engagés et des modifications dans leurs comportements. Or, tout changement doit être accompagné et se faire, dans la mesure du possible, dans un cadre favorable. Dans la mise en place d'un tel projet pilote, il faut donc s'interroger sur l'entité qui serait à même d'implémenter le réseau et qui le dynamiserait sur le long terme. Si l'ANAP peut être mobilisée dans un premier temps pour formaliser et poser le cadre de ce réseau, quel acteur serait à même d'être le médiateur et la personne ressource pour les acteurs impliqués dans ce réseau ? Il apparaît important qu'il y ait une figure ou une entité identifiée par les uns et les autres et auxquelles les différents acteurs peuvent avoir recours en cas de besoin, tout au long de l'expérimentation. Évidemment dans un premier temps l'expérimentation serait délimitée dans le temps, mais il faut déjà réfléchir à la façon dont le réseau pourrait être pérenniser si son efficacité était démontrée. A ce stade précoce, il serait délicat de répondre à cette question. Il est néanmoins nécessaire de se

la poser, car du choix qui sera fait, dépend le bon fonctionnement du réseau qui sera mis en place par la suite.

b) Un réseau interactif

Comme l'a rappelé un médecin traitant, le réseau qui serait instauré, doit être interactif, un « vrai » réseau. Ce qu'il faut entendre par là, c'est que le médecin traitant ne doit pas être le seul interlocuteur de ce réseau. Il en est certes le centre, pourtant chacun des personnes qui sera impliqué devrait pouvoir remplir son rôle de façon optimale. Pour cela, il faudrait assurer et maintenir une certaine dynamique au sein du réseau. Une fois de plus, la question qui se pose c'est de savoir à qui est échu ce rôle. De toute évidence, les médecins traitants n'ont pas le temps pour endosser cette fonction au sein du réseau. Ce rôle peut être tenu par les référents des structures dont sont issus les intervenants. Déjà dans le projet ASU, c'est l'implication de ces référents qui a permis de rendre dynamique sur le long terme les observations de terrain. C'est encore eux qui mobilisaient régulièrement les intervenants à domicile. Néanmoins, cette implication des référents de structures était hétérogène. Cela fut souligné à plusieurs reprises. Il serait ainsi préférable dans l'implémentation de ce réseau, de généraliser ces pratiques positives, tout en donnant à ces responsables les outils adéquats pour faciliter le suivi et l'accompagnement des intervenants qu'ils ont à charge. Au sein des structures, des réunions étaient organisées régulièrement pour échanger sur les observations de terrain et pour faire remonter les difficultés rencontrées. Ces pratiques seraient à maintenir et à consolider dans la perspective de la mise en place de ce réseau. Ces réunions d'échanges seraient à étendre aux médecins traitants. Si l'expérience pilote se tient sur une année, il faudrait organiser une rencontre à mi-parcours, donc au bout de six mois, pour réaliser un premier bilan. Cette rencontre, permettrait de garder une certaine dynamique au sein du réseau. Bien plus, elle favoriserait aussi la remontée des difficultés rencontrées et les premiers retours d'expérience. Ces retours pourraient contribuer à ajuster l'expérimentation pour la seconde phase, tirant profit des remarques et des observations qui seraient formulées par les professionnels. Dans le cas des aidants, cas où il n'y a pas de référents, ils pourraient être accompagnés par des associations d'aidants. Il peut aussi être imaginés un système d'alerte qui leur rappellerait les observations à réaliser de façon hebdomadaire.

c) Les freins et les limites à prendre en compte

De toute évidence, la mise en place d'un tel réseau, implique des changements certains pour les différents partis qui y seront impliqués. Des changements insinuent aussi des freins

possibles, pour ne pas dire probables. Parmi ces freins, il y a les discontinuités possibles dans le suivi des bénéficiaires, mais également, une délégation trop importante de tâches au médecin traitant.

a) *Prévenir les discontinuités dans le suivi des personnes âgées*

Les discontinuités dans les observations de terrains, pour deux structures en particulier, ont sûrement été le premier point d'achoppement du projet ASU. Ce fut mentionné dans le second chapitre, ces discontinuités ont altéré l'analyse des données recueillies. Quels seraient les impacts de la discontinuité des observations de terrain ? Ils sont multiples. D'abord la lecture, et donc l'émission du signal d'alerte à la suite de la récolte des données ne serait pas optimale, le patient n'ayant pas été suivi de façon régulière. Ensuite, il serait plus difficile pour le médecin traitant d'interpréter les données, subséquent, l'évolution de l'état de la personne âgée. Dans le cas du projet ASU, il avait été estimé que deux observations par semaine et par patient seraient optimums pour la lecture des résultats et l'élaboration du score prédictif. Dans le cas de l'expérimentation, ce même schéma pourrait être envisagé. Il faut toutefois être vigilant, quant au remplissage régulier des données et à leur transmission. Pour empêcher les discontinuités dans les observations, des structures avaient élaboré des fichiers de suivis. Une des structures avait même élaboré un système d'alerte par message pour rappeler aux intervenants de mener les observations de terrain au domicile du patient. Ce système ayant fonctionné au regard des performances de cette structure, il pourrait être appliqué à l'expérimentation. Idéalement, il faudrait que le serveur où sont envoyées et analysées les données, puisse émettre un message de rappel aux structures, si des ruptures dans les suivis sont constatées. Dans le cas d'hospitalisation ou de départ en vacances des personnes âgées, les structures devraient être en mesure de le notifier sur le dispositif connecté pour expliquer et justifier la non transmission des données de terrain. Dans le cas où ce sont les aidants qui entrent les informations, il s'agit de savoir si ces derniers ont aussi un accès limité au dossier du patient en ligne. Il faudrait qu'ils soient en mesure de renseigner les absences justifiées, et par là, la non transmission des observations de terrain.

b) *Optimiser le temps du médecin traitant*

Les trois médecins interrogés l'ont souligné à maintes reprises, le réseau ne doit pas représenter une surcharge de travail supplémentaire pour le médecin traitant. Au contraire, l'enjeu de ce réseau est de faciliter leur travail dans l'accompagnement et le suivi des personnes âgées de leur patientèle. Pour cela, il est nécessaire de réfléchir à toutes les ressources dont dispose le médecin traitant. Ce dernier devrait être en mesure d'orienter de façon adéquate et rapide les

patients lors de la réception d'un signal d'alerte. Ce catalogue d'actions possibles, difficilement réalisable aujourd'hui, peut être un des sujets de la table ronde qui sera organisé par l'ANAP en septembre. Ce travail semble essentiel. Il implique un recensement des ressources possibles sur les territoires des médecins traitants qui seraient impliqués dans le réseau. Compte tenu des différences de réalités selon les territoires, ces ressources différeront forcément. Réfléchir à l'orientation des patients, c'est aussi penser aux types de situations possibles. Il va de soi que les mesures prises seront différentes si c'est un patient souffrant d'une maladie chronique, ou un patient qui présente des fragilités cardio-vasculaires par exemple.

Un dernier point important, toujours dans la perspective de faciliter le travail des médecins, concerne le lien avec l'hôpital et notamment avec le service des urgences. Un médecin témoignait que ce lien lui serait utile. Il serait notamment important d'avoir le contact d'un médecin hospitalier pour suivre le parcours du patient âgé, depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Ce même médecin déplorait des cas où il était prévenu seulement des semaines après de la sortie d'un de ces patients âgés de l'hôpital. Cette méconnaissance pouvait empêcher le renouvellement rapide des prescriptions médicamenteuses. Elle pouvait aussi entraîner un manque de suivi, si le médecin avait l'habitude de faire des visites régulières au domicile du patient. L'identification de cette ressource à l'hôpital est extérieure au réseau qui a été développé dans ce mémoire, mais elle apparaît non seulement complémentaire mais aussi essentielle. Une fois de plus, c'est la triangulaire habituelle qui est retrouvée : domicile/ville/hôpital. Une boucle qui aujourd'hui encore peine à être fonctionnelle au niveau local. C'est tout l'intérêt des réflexions permises par un projet tel que le projet ASU. C'est également la perspective de monter un réseau formalisé entre le domicile du patient âgé et le cabinet du médecin traitant.

CONCLUSION

La question de départ était de savoir comment le flux informationnel entre le domicile du patient âgé et le cabinet du médecin traitant, pouvait être organisé en appréhendant les modifications de comportements permises par la prédiction. Les réflexions de ce mémoire ont montré l'intérêt de la prédiction dans l'anticipation des situations d'urgences des personnes âgées. Mais cela ne suffit pas. Il faut mettre en place des actions sur le terrain. Pour ce faire, il faut au préalable organiser et coordonner le tissu professionnel autour de la personne âgée. Un projet tel que le projet ASU, à travers une réflexion locale et en proposant une solution innovante et expérimentale, offre de nouvelles possibilités en terme organisationnel. La mise en place d'un tel projet est complexe à bien des égards. C'est d'abord une réflexion sur les impacts du vieillissement sur le système de santé, plus particulièrement sur le service des urgences. Cette réflexion en amène une autre, sur la façon dont il est possible de prévenir et d'anticiper les passages aux urgences des personnes âgées, et particulièrement des personnes âgées vivant à domicile. La complexité du projet résidait dans la modélisation analytique prenant appui sur les données récoltées. L'intérêt de cette modélisation dans le cadre de ce mémoire, a été de savoir comment ils pouvaient impacter les comportements des acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées. En effet, dire que grâce à des observations continues menées au domicile du patient, il est possible d'émettre des signaux d'alerte qui permettraient d'anticiper des passages aux urgences, c'est une chose. S'en est une autre de mettre en place des actions qui permettraient d'agir à la réception de ces signaux. Pour agir pourtant, il faut penser à la coordination même des acteurs présents. Cette coordination est possible. Pourtant, il a été montré que le dialogue et la coopération ne sont pas évidents. Le projet ASU a permis de prendre conscience qu'il est possible de mobiliser et d'exploiter les données de terrains, issus directement du domicile du patient. Pourtant, il faudrait une seconde expérimentation pour affirmer cette tendance, en incluant les médecins traitants et en organisant ce flux informationnel. Cette démarche similaire au projet ASU, serait la suite logique du projet. Toutefois, elle irait plus loin, réfléchissant à la coordination globale des acteurs autour de la personne âgée et à la façon dont ce flux informationnel peut s'inscrire dans un réseau formalisé, cadré, qui aurait vocation à se pérenniser. Il a été ainsi question dans ce mémoire de réfléchir aux conditions préalables nécessaires à la mise en place de ce réseau. Ce sont des conditions d'efficacité, d'acceptabilité et de faisabilité qu'il faut remplir pour rendre efficiente cette mise en place et le flux informationnel associé. Ce travail, est un premier travail préliminaire qui sera approfondi, notamment à travers les discussions qui seront engagées en septembre avec les médecins traitants. Les réflexions engagées dans ce mémoire ont permis de souligner qu'il est

complexe de mettre en place une coordination entre les acteurs de terrains intervenants autour de la personne âgée. Le dialogue est difficile à établir. De plus, il fait interagir des acteurs qui évoluent dans des contextes différents et qui ont souvent une méconnaissance des pratiques des uns et des autres. Dans un premier temps, un décloisonnement des pratiques est essentiel. Les recommandations formulées dans la partie discussion sont à ce titre très hypothétiques. Elles imaginent un cadre fluide et des professionnels engagés dans la mise en place d'un tel réseau autour de la personne âgée. Or, au regard des témoignages des uns et des autres, il semble parfois difficile d'imaginer des changements de pratiques qui soient rapides. Pourtant, ces témoignages ont aussi souligné une demande certaine de la part des professionnels, afin d'améliorer le parcours du patient et la communication avec les autres acteurs. La question est de savoir jusqu'où sont-ils prêts à s'impliquer dans cette coordination et s'ils sont prêts à s'engager dans un réseau formalisé avec toutes les conséquences que cela implique. D'autant plus que les médecins traitants n'ont pas tous la culture de l'organisation en mode projet et ne sont pas tous impliqués au sein d'un réseau interprofessionnel organisé. L'observation des pratiques actuelles montrent la difficulté de se réorganiser et de faire bouger les lignes. Cependant en amont, tous admettent la nécessité d'agir, au regard des problématiques liées au vieillissement. Pour autant, le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et social, semble encore timide. Ces constats ne sont pas nouveaux. Chacun pourrait alors se demander ce qui pourrait faire la différence dans le futur. La différence, c'est peut-être une mobilisation grandissante des médecins traitants et une demande plus forte de leur part pour fluidifier le parcours du patient âgé et améliorer sa prise en charge. A cela s'ajoute un renouvellement du contexte dans lequel exercent les libéraux. Ils se rassemblent au sein de maisons de santé, sont plus engagés dans des projets structurants. La jeune génération enfin, est plus familière avec les outils connectés. Un contexte qui semblerait alors plus favorable pour réfléchir à la mise en place d'actions innovantes et expérimentales au niveau local, pour répondre à des enjeux et des problématiques globaux de santé publique. Toute cette réorganisation et toutes ces actions passent par le recentrage des pratiques autour de la personne âgée. Cela implique une meilleure connaissance de son environnement, de son contexte de vie et de tous les facteurs qui caractérisent le vieillissement. Cette connaissance entraîne une meilleure appréhension des besoins des personnes âgées. Connaître leurs besoins, c'est adapter les pratiques, les rendre plus pertinentes et plus efficaces pour favoriser leur maintien à domicile. C'est s'inscrire en somme dans la logique de bien vieillir. Comme le dit si bien si bien joliment Pierre-Henri Simon, « *il y a une dignité à vieillir comme on a vécu* ». A nous d'être les garants de cette dignité.

NOTE REFLEXIVE

1- Cadrage des missions

C'est sans aucune hésitation que je conseillerai à de futurs étudiants un stage de fin d'étude au sein de l'ANAP. Les raisons sont multiples. C'est d'abord l'assurance d'avoir des missions de stage et des objectifs définis dès le premier jour. La définition de ce cadre a permis d'avoir une vision globale du stage. Bien évidemment, ces missions ont été adaptées au fur et à mesure du stage, selon les besoins, mais aussi l'expression de mes intérêts.

2- Mise dans le bain instantanée

Ensuite, c'est une « mise dans le bain » instantanée. Afin de m'intégrer rapidement au sein de l'équipe, mes deux tuteurs m'ont mis à disposition tous les documents à consulter pour saisir les enjeux et les caractéristiques de la démarche. Mon arrivée au sein du projet coïncidait avec l'étape de clôture. Il me fallait ainsi étudier toute la déclinaison du projet, sa conception, sa réalisation et ses résultats. Cette étude préliminaire a donné lieu à une présentation dès le troisième jour à l'équipe projet. Ce premier point a permis à mes tuteurs d'évaluer ma compréhension de la démarche, mais aussi de compléter les informations et de répondre à mes questions. Cette méthode m'a semblé judicieuse et surtout efficace, car elle m'a fait entrer directement dans le vif du sujet., une méthode et une dynamique instaurées tout au long du stage.

3- Organisation du travail

Les objectifs étaient fixés sur deux ou trois semaines, et la réalisation des missions de stage donnaient lieu à une présentation orale et à un échange sur les livrables ou les résultats des tests réalisés. Le manager du projet, et tuteur « officiel » fixait les objectifs et les missions à remplir. Ensuite, j'avais des échanges plusieurs fois par semaine avec mon autre tutrice. Une chargée de missions que je rencontrais régulièrement et selon les besoins du projet, lors de séances de travail, ou lors de points rapides pour éclaircir d'éventuels points d'ombres. Cette configuration de travail fut optimale pour participer à la réflexion autour de la clôture du projet et des enjeux qui ont été soulevés par le projet ASU. Dans le contact avec les professionnels de terrain, j'ai pu participer aux différents séminaires territoriaux de retours d'expérience, ainsi qu'au séminaire de clôture du projet. Ces moments ont été des moments d'échanges avec de nombreux professionnels de terrain.

Il est vrai qu'il y a eu une modification des missions entre celles inscrites dans l'offre de stage et celles élaborées à mon arrivée et réalisées au cours du stage. Ce changement a été la conséquence d'une modification interne des programmes de travail juste avant mon arrivée. En pleine restructuration, tous les projets en cours ont été revu et un nouveau programme de travail était en cours d'élaboration pour la rentrée. De ce fait, les projets en clôture devaient être bouclés pour l'été. Ceci a entraîné un report d'une possible seconde saison du projet ASU. Ce changement a entraîné de ce fait quelques modifications des missions de stage, et un engagement moindre sur le terrain. Mais les missions ont compensé cette modification et j'ai pu tout de même avoir quelques missions de terrain auprès des professionnels.

4- Un environnement de travail favorable

L'autre point fort de ce stage a été la confiance accordée par l'équipe projet. Au fur et à mesure du stage, j'ai été intégrée davantage comme un membre à part entière de l'équipe, qu'une stagiaire. Ceci a rendu plus facile l'expression des réflexions, ou la possibilité de proposer des supports ou des outils pour les besoins du projet. Cette expérience m'a véritablement mise en situation professionnelle.

Je tiens aussi à souligner la bienveillance de mes tuteurs qui se sont montrés pédagogues lorsque j'ai pu commettre des erreurs. Ces erreurs n'ont pas entraîné la modification des modalités de stage, au contraire. Elles m'ont permises d'avancer et d'apprendre dans un contexte favorable, en tout point encourageant. Cela me paraît primordial dans l'expérience du stagiaire. De plus, en dehors des personnes avec qui je travaillais, j'ai pu rencontrer, échanger et nouer des liens avec d'autres personnes de l'Agence. Beaucoup se sont montrés accueillants, s'intéressant aux stagiaires, et prenant régulièrement le temps de demander comment se passe le stage.

Pour toutes ces raisons, et bien d'autres, je conseillerais fortement un stage à l'ANAP pour qui veut développer des compétences dans la gestion de projets sanitaire et l'élaboration d'outils à l'attention des professionnels de santé. La future ou le futur stagiaire doit cependant être relativement autonome, aimé être challengé, tout en sachant travailler ponctuellement sous la pression du calendrier. Mais c'est formateur. C'est un excellent tremplin pour rentrer dans la vie active.

Dernier point non négligeable : c'est une excellente carte de visite. Cela aussi, ça compte.

BIBLIOGRAPHIE

- ANAP, « Accompagnement du projet PAERPA, Mai 2016
- ANAP, « Approche territoriale : Filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé », Publication ANAP, décembre 2015, p.9 33p
- BARRELLON M-O, MAILLAND V., LEMONNIER J-Y., BILLON R., JOUANNY, P., "Organisation des soins : Prévenir les réadmissions et les hospitalisations évitables grâce aux innovations technologiques" (dossier) , Septembre 2011, Périodique : La Revue de Gériatrie, N°7 vol 39, pp.33-35
- BEH, « Vieillesse et fragilité : approches de santé publique », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, N°16-17, Juillet 2017,
- BERGMAN H., BELAND F., PERRAULT A. (2002). "The Global Challenge of Understanding and Meeting the Needs of the Frail Older Population". *Aging Clin Exp Res*14 (4):223-225,
- BERNSTEIN David, AGAMALIYEV Emin, « L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux »
- BOISGUERIN, Bénédicte, MAURO, Léa, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », *DRESS Etudes et résultats*, N°1007, Mars 2017,
- BONNET, MAGALIE, ET JEAN-PIERRE MINARY. « L'aide professionnelle à domicile pour les personnes âgées : les conditions d'une relation d'intimité professionnelle », *Connexions*, vol. no81, no. 1, 2004, pp. 91-109.
- BOQUET, M-P, VIGNAIS, A., DUVIVIER E., et al., « La fonction de coordination dans le travail social, « une fonction assumée à clarifier ou l'émergence d'un nouveau métier », Rapport d'étude PREFAS Nord-Pas-de-Calais,
- BOURDILLON, FRANÇOIS, ANNE MOSNIER, ET JEAN GODARD. « Des missions de santé publique pour les médecins généralistes », *Santé Publique*, vol. vol. 20, no. 5, 2008, pp. 489-500.
- BOURNOT M-C., GOUPIL M-C., TUFFREAU F., Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié », *Etudes et résultats*, DRESS, N°649, Août 2008, 8pp
- BUISSON A., DEVUN A., CELARIER T., GRANJON F., GONTHIER R., CRAWFORD-ACHOUR E., "Implication du centre 15 dans l'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans vivant en institution, Novembre 2016, *La Revue de Gériatrie*, N°9 vol 41, pp.519-524
- CNSA, *Accompagner les proches aidants, ces acteurs « invisibles »*, Rapport 2011
- DARGENT-MOLINA P, CASSOU B, « Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique. » *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2017, p.336-343
- DONNAN PT., DORWARD DWT, MUTCH B., et al. « Development and validation of a model for predicting emergency admissions over the next year (PEONY): a UK historical cohort study », *Arch Intern Med*, 2008, vol. 168 3 (pg. 1416-22)

- FOUQUET, A., TREGOAT JJ., SITRUK, P., « L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge », Rapport de synthèse, IGAS, Mai 2011,
- GRAND, S., PERIAC, E., BLOCH, MA., HENAULT, L., Evaluation qualitative PAERPA, Rapport Final, DRESS, Etudes et Recherche, N°135, Mai 2017, p.16. 72p
- GRIGON, Michel, « Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé », CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé, N°66, Mars 2003
- *Insee Références, édition 2016 – Fiches « Seniors » - Population*
- JAUNOT GIBERT C., MOUGUE NGADEU L., ACHOUR O., BRUNO M-O., ROSSIGNOL S., "Les hospitalisations pour difficultés de maintien à domicile : analyse descriptive à travers une étude prospective sur 6 mois", Novembre 2014, La Revue de Gériatrie, N°9 vol 39, pp.591-598
- LEMONNIER J-Y., FAVRE A., DUSSIOT R., "Hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pour qui ? Pour quoi ? Comment ? L'expérience des hospitalisations à domicile (HAD) ARAIR", Novembre 2014, La Revue de Gériatrie, N°9, vol 39, pp.581-590
- MANIERE D. Interprofessionnalité en gérontologie : travailler ensemble : des théories aux pratiques. Ramonville Saint-Agne: Érès; 2005, p.9
- MICHAEL A. LAMANTIA, TIMOTHY F. PLATTS-MILLS, KEVIN BIESE, et al, « Predicting Hospital Admission and Returns to the Emergency Department for Elderly Patients », *Academic Emergency Medicine*, Mars 2010
- MOUQUET, M-C., OBERLIN Philippe, « L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030, DRESS, Enquêtes et Résultats, N°654, Août 2018, p.2
- Rapport d'information, sur la mise en application de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, présenté par Mmes Agnès FIRMIN LE BODO et Charlotte LECOCQ, p.5
 - Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, Janvier 2013, p.4, 85p.
- ROBELET M., SERRE M., BOURGUEIL Y., « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2005, pp. 231-260.
- ROBINE, JM, CAMBOIS, E. 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 Epidémiol Hebd*, 2017
- ROUSSEAU C., CATTENOZ C., LE GUEN A., DELARUE N., "Décès en EHPAD ou à l'hôpital : analyse des facteurs intervenants dans la décision d'hospitalisation des résidents", Avril 2012, La Revue de Gériatrie, N°4 vol 37, pp. 257-264
- Société française de médecine d'urgence, 2003, « Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences », 10ème Conférence de consensus, Décembre, 2003

- T. CHENORE, D.J. PEREIRA GRAY, J. FORRER, C. WRIGHT, P.H. EVANS; Emergency hospital admissions for the elderly: insights from the Devon Predictive Model, *Journal of Public Health*, Volume 35, Issue 4, 1 December 2013, Pages 616–623
- TIAN Y., DIXON A. AND CAO H. , « Emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: identifying the potential for reductions » *The Kings Fund Data Briefing* April 2012, 13p.

COLINET	Noëlie	27 Août 2018
<p style="text-align: center;">Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique</p> <p style="text-align: right;">Promotion : 2017-2018</p>		
<p style="text-align: center;">Anticiper et prévenir les situations d'urgences : organisation du flux informationnel entre le domicile du patient âgé et le cabinet du médecin traitant</p>		
<p style="text-align: center;">Promotion 2017-2018</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La population française vieillit. C'est un constat. La question est de savoir quelles seront les réponses apportées par les politiques publiques, notamment en matière de santé.</p> <p>L'impact du vieillissement sur le service des urgences est un des enjeux sanitaires. L'ANAP a mis en place un projet expérimental et innovant s'inscrivant dans les mesures d'anticipation et de prévention des passages aux urgences des personnes âgées. Ce mémoire présente sur les résultats de ce projet, ainsi que sur les perspectives qu'il offre en termes de réorganisation du tissu professionnel autour de la personne âgée. Le projet a démontré la possibilité de recueillir et de cadrer des données observationnelles issues du domicile de la personne âgée. La réflexion actuelle porte sur la façon dont peut s'organiser la transmission de ces données. Pourtant pour mettre en place un tel réseau, il faut connaître le contexte de vie de la personne âgée, son environnement et ses caractéristiques, qui vont au-delà du seul aspect sanitaire. Cette connaissance doit être partagée entre tous les acteurs qui interviennent dans sa prise en charge, à la fois sanitaire et sociale. Ce mémoire aborde les possibilités organisationnelles dans le travail interprofessionnel, pour améliorer le partage d'information entre les différents acteurs impliqués. La réflexion porte sur la coordination locale et les contours d'un réseau possible pour organiser le flux informationnel du domicile du patient âgé jusqu'au cabinet du médecin traitant, afin de prévenir et d'anticiper les situations d'urgences.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Vieillesse- Service des urgences- Personnes âgées- Secteurs sanitaire et social- Médecin traitants- Réseau- Prédiction- Anticipation</p>		
<p style="text-align: center;"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

