

Evaluation du ressenti et des attentes des personnes âgées prises en charge par le Réseau de Santé du Sud Meusien

Marc Antoine Grumillier

▶ **To cite this version:**

Marc Antoine Grumillier. Evaluation du ressenti et des attentes des personnes âgées prises en charge par le Réseau de Santé du Sud Meusien. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01733248

HAL Id: hal-01733248
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733248

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2014

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marc Antoine GRUMILLIER

le 01 juillet 2014

Evaluation du ressenti et des attentes des personnes âgées prises en charge par le Réseau de Santé du Sud Meusien

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Athanase BÉNÉTOS	Président
M. le Professeur Philippe HARTEMANN	Juge
Mme le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME	Juge
M. le Docteur Olivier BOUCHY	Juge et directeur de thèse
M. le Docteur Laurent BERTAUX	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1er Cycle et délégué FMN Paces :	**Docteur Mathias POUSSEL**
- 2ème Cycle :	**Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER**
- 3ème Cycle : • *« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »* • *« DES Spécialité Médecine Générale »* • « Gestion DU – DIU »	**Professeur Marc DEBOUVERIE** **Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO** **Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE**
- Plan campus :	**Professeur Bruno LEHEUP**
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	**Professeur Laurent BRESLER**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	**Docteur Christophe NEMOS**
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Réingénierie professions paramédicales :	**Mme la Professeure Annick BARBAUD**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médecine)***

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Athanase BÉNÉTOS
Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, recevez l'expression de notre sincère gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME
Professeur de Médecine Interne

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury.
Recevez ici toute notre gratitude.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY
Médecin Généraliste à Revigny-sur-Ornain en Meuse

Nous vous remercions de la patience et de la sympathie dont vous avez toujours fait preuve à notre égard.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Laurent BERTAUX
Médecin Généraliste à Lisle-en-Rigault

Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury.
Recevez l'expression de ma sincère gratitude.

Nous tenons à remercier tout particulièrement :

L’équipe du Réseau de Santé du Sud Meusien pour sa disponibilité et sa précieuse contribution dans la réalisation de ce travail.

L’équipe mobile de soins palliatifs et traitement de la douleur du docteur Isabelle THILTGES pour son soutien.

L’ensemble des médecins et du secrétariat de la maison médicale de Revigny-sur-Ornain pour leurs compétences et leur gentillesse.

Toutes les personnes qui ont participé à l’élaboration de ce travail.

A ma famille, et tout particulièrement :

A la mémoire de mes grands-parents.

A mes parents pour leur soutien et leur amour dont ils m'ont entouré durant ce long parcours.

A mes sœurs pour le réconfort qu'elles ont su m'apporter.

A Manuela, qu'elle trouve ici le témoignage de mon amour et la force de notre couple.

A mes amis, pour tous les bons moments partagés.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 13

LISTE DES ABREVIATIONS 15

INTRODUCTION 17

LES RÉSEAUX DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES 18

I. HISTORIQUE DES RÉSEAUX DE SANTÉ 18
II. LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE 18
III. DÉFINITION 19
IV. LES MISSIONS ET LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS 20
A. MISSIONS GÉNÉRALES 20
B. LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS 20
V. L'EXEMPLE DU RÉSEAU DE SANTÉ DU SUD MEUSIEN R2SM 21

LES PERSONNES AGEES 22

I. UNE POPULATION HÉTÉROGÈNE 22
II. EVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE 23
III. LES PERSONNES ÂGÉES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE (PAERPA) 23
A. LE CONTEXTE 23
B. DÉFINITION DES PROJETS PILOTES PAERPA 24
IV. EDUCATION THÉRAPEUTIQUE À ORIENTATION GÉRIATRIQUE 25
A. DÉFINITION 25
B. SPÉCIFICITÉS 25

MATERIEL ET METHODE 27

I. LE CHOIX DE LA MÉTHODE 27
II. LES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS 27
A. L'ÉCHANTILLONNAGE 27
B. LA SÉLECTION DES PERSONNES INTERROGÉES 28
C. RÉALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN [ANNEXE.1] 28
D. LA PRISE DE CONTACT 29
E. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS 30
F. LA TRANSCRIPTION DES DONNÉES ET L'ANALYSE DES DONNÉES 30

RESULTATS 32

I. L'ÉCHANTILLONNAGE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE 32
II. RÉSULTATS DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS 34
A. IMAGE DU RÉSEAU 34
B. L'INTÉGRATION DU PATIENT DANS LE RÉSEAU 36
C. LA PRISE EN CHARGE DU RÉSEAU DU SUD MEUSIEN: APPORTS ET DIFFICULTÉS 39
D. DES PROPOSITIONS NOUVELLES POUR LA PRISE EN CHARGE 49
E. LA PERCEPTION DES PERSONNES ÂGÉES SUR LEUR ENVIRONNEMENT ET LEUR SANTÉ 50
F. ATTENTES DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE DOMAINE DE L'INFORMATION ET DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE 52

DISCUSSION **58**

I. SUR LA MÉTHODE **58**
A. LES INTÉRÊTS DE LA MÉTHODE 58
B. LES LIMITES DE LA MÉTHODE 58
II. SUR LES RÉSULTATS **60**
A. LA NÉCESSITÉ D'UNE COORDINATION 60
B. LA COORDINATION TERRITORIALE D'APPUI AUX PROFESSIONNELS DE TERRAIN: UNE DES MISSIONS DU RÉSEAU 69
C. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PERSONNES ÂGÉES POLYPATHOLOGIQUES 73
III. MON RESSENTI **78**

CONCLUSION **79**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **80**

ANNEXES **87**

ANNEXE 1 ..... **87**
GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ÉVALUATION DU RESSENTI ET DES ATTENTES DES PERSONNES ÂGÉES PRISES EN CHARGE PAR LE RÉSEAU DE SANTÉ DU SUD MEUSIEN **87**
ANNEXE 2 ..... **89**
LETTRE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS **89**
ANNEXE 3 ..... **90**
GRILLE SEGA MODIFIÉE **89**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE **92**

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADAPAH : Association D'Aide aux Personnes Agées et Handicapées
- ARS: Agence Régionale de Santé
- CCP : Coordination Clinique de Proximité
- CLIC: Centre Local d'Information et de Coordination
- CNAVTS: Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DHOS: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
- DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
- EDULOR : Association pour le développement de l'éducation thérapeutique en Lorraine
- EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- FSH : Fiche de Sortie d'Hospitalisation
- HAD: Hospitalisation A Domicile
- ILCG : Instance Locale de Coordination Gérontologique
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- MMS : Mini Mental Score

- MSA : Mutualité Sociale Agricole
- MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle
- OMAGE : Optimisation des Médicaments chez les Personnes AGEes
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
- PPS : Plan Personnalisé de Santé
- PSPA : Pôles de Santé Pluriprofessionnels Ambulatoires
- R2SM : Réseau de Santé du Sud Meusien
- REDIVHOM : REseau DIabète Ville-HOpital du sud Meusien
- SEGA : Short Emergency Geriatric Assesment
- SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
- UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
- UNPS : Union Nationale de Professionnel de Santé
- URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
- VL : Visite longue et complexe
- VMS : Volet Médical de Synthèse
- VSL : Véhicule Sanitaire Léger

INTRODUCTION

Depuis sa création, le paysage des réseaux de santé est en perpétuel remaniement. Ceux-ci ont pour objectif d'assurer une prise en charge globale et coordonnée du patient afin qu'il bénéficie de «*la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale) au bon endroit au bon moment*».

L'environnement dans lequel ils évoluent a connu des transformations significatives telles que le développement du rôle pivot du médecin généraliste, la multiplicité d'acteurs ayant une activité de coordination de soins de proximité ou les expérimentations type Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Le tout dans un climat de fortes contraintes budgétaires.
Ainsi les réseaux de santé, dont les réseaux gérontologiques, font l'objet d'une restructuration sous l'égide des Agences Régionales de Santé (ARS), le but étant de renforcer la coordination des soins pour une efficience plus grande, tout en permettant une simplification des structures et une meilleure lisibilité. Ces adaptations sont rendues nécessaires par les enjeux socio-économiques que représentent le vieillissement de la population et l'importance des maladies chroniques.

Dans ce contexte, il nous a semblé pertinent de recueillir le ressenti et les attentes de personnes prises en charge par un réseau gérontologique. Nous nous sommes intéressés au Réseau de Santé du Sud Meusien R2SM.
Le but étant d'observer les répercussions concrètes de l'action du réseau gérontologique et d'en faire le bilan, notamment sur le maintien à domicile et de recueillir les avis des personnes âgées sur la thématique de l'Education Thérapeutique Patient (ETP) à orientation gériatrique.

LES RÉSEAUX DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES

I. Historique des réseaux de santé

En France, le concept de réseau de santé qui sous-entend de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires a connu ses prémisses avec la lutte contre la tuberculose dans les années 1914 avec l'organisation des dispensaires.

Puis, le développement des réseaux de santé s'est lié à l'émergence de l'Hospitalisation A Domicile (HAD).

L'évolution du contexte sanitaire et social avec l'apparition du SIDA dans les années 1980 a entraîné l'émergence de prises en charge initiées par les acteurs médico-sociaux de terrain pour tenter de répondre à des situations «complexes» car impliquant le domaine médical, social et sanitaire.

Au niveau institutionnel, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité de réglementer et de définir ce concept de réseaux de santé avec, en 1996, les ordonnances dites «ordonnances JUPPE» [1] qui ont eu pour but d'améliorer la coordination médecine de ville et hôpital ainsi que la création de réseaux expérimentaux ambulatoires.

En 2002, c'est avec l'article 84 de la loi du 4 mars 2002 dite «loi KOUCHENER» qu'est donnée la définition légale des réseaux de santé: «*les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des instituts social ou médico-social et des organismes à vocation sanitaire ou sociale ainsi qu'avec des représentants des usagers*» [2].

II. La coordination gérontologique

L'histoire des réseaux de santé gérontologiques est symbolisée par le concept de «coordination gérontologique». En effet, la prise en charge des personnes âgées nécessite de considérer l'individu dans sa globalité et implique des approches multi dimensionnelles et donc pluri professionnelles ce que sous-entend le concept de coordination [3] [4].

Les premières traces remontent à une loi du 4 août 1950, celle-ci préconisant la mise en place de comités de liaison de coordination des services sociaux à l'échelle départementale.
Cette loi fut ensuite institutionnalisée par la circulaire FRANSCHESCHI en 1982 avec la création des plans gérontologiques départementaux dont l'un des objectifs était d'améliorer la coordination gérontologique.
En 1993, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) labellise les réseaux gérontologiques et la circulaire précise qu'«il importe de tisser autour de la personne âgée un faisceau d'aide relationnelle parfaitement coordonné».
En 2000, sont créés les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) qui s'inscrivent dans cette continuité et représentent un dispositif de proximité.
Enfin, le 27 juin 2006 est annoncé le Plan Solidarité Grand Age 2007 – 2012 [5]. Celui-ci comporte un ensemble de mesures qui visent à améliorer la prise en charge des personnes âgées par le développement de la coordination des différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux.
Les réseaux de santé personnes âgées représentent un outil permettant de concourir à atteindre cet objectif.

III. Définition

La Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG) donne la définition suivante:
«*Il regroupe un ensemble d'intervenants autour d'une personne âgée dépendante. L'objet du réseau est d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes désirant vivre à domicile en assurant une prise en charge globale et coordonnée en permettant le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales*» [6].
L'annexe à la circulaire DHOS/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 [7] relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé «personnes âgées» clarifie les missions et les objectifs opérationnels de ces réseaux.
Il est noté que la population concernée est représentée prioritairement par des personnes de 75 ans et plus vivant et souhaitant rester ou retourner à domicile et répondant aux situations suivantes:

- des patients gériatriques «*se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique*» [8] rendant critique le maintien à domicile ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation;
- des personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social, cette situation de rupture peut provenir d'une absence ou d'une insuffisance «d'aidants» ou d'intervenants professionnels ou de difficultés rencontrées par ces derniers, d'une rupture du lien social ou de tout autre facteur qui contribue à rendre le maintien à domicile difficile ;

- des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Ce référentiel a précisé aussi que l'accès au réseau personnes âgées peut être amené par dérogation à être ouvert à des personnes de moins de 75 ans dès lors que la situation le nécessite.

IV. Les missions et les objectifs opérationnels

Un réseau gérontologique doit permettre une prise en charge répondant au mieux aux besoins de santé et médico-sociaux des personnes définies ci-dessus. Il favorise la coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.

A. Missions générales

La coordination dont le réseau est le vecteur doit permettre d'optimiser le maintien à domicile, l'accès à une structure de soins si nécessaire et le retour à domicile.

B. Les objectifs opérationnels

Premièrement assurer le repérage de la population répondant donc aux critères ci-dessus. En effet le réseau a pour objectif un rôle de repérage des personnes âgées en situation de rupture socio-sanitaire ou susceptible de le devenir et particulièrement les personnes isolées.

Deuxièmement établir un Plan Personnalisé de Santé (PPS) en équipe pluridisciplinaire. Celui-ci comprend un plan de soin (médical) et un plan d'aide (social).

Troisièmement mettre en œuvre des actions d'informations et d'éducation de la santé, ainsi que des actions sur des thèmes spécifiques.

Enfin quatrièmement, définir une organisation et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins ou de services.

V. L'exemple du Réseau de Santé du Sud Meusien R2SM

Le Réseau de Santé du Sud Meusien fait partie de l'offre en réseau de santé personnes âgées du sud de la Lorraine qui comprend [9] :

- le réseau de santé du Sud-Meusien,
- le réseau RÉSEAULU (Pays du Lunévillois),
- le réseau Gérard CUNY (Grand Nancy),
- le réseau du pays du VERMOIS, SEL et Grand Couronné.

Le Réseau de Santé du Sud Meusien (R2SM) est issu de la fusion des réseaux de santé «AGE et SANTÉ», créé en 2005 à l'initiative d'un gériatre du centre hospitalier de Bar-le-Duc et qui a pris en charge environ 800 patients depuis sa création; et de «REDIVHOM» (RÉseau DIabète Ville HOpital du Sud Meusien), créé en 2003 à l'initiative d'un diabétologue du centre hospitalier de Bar-le-Duc [10].
La fusion de ces deux structures a eu lieu en février 2012 et ce réseau devient le seul réseau de santé sur le territoire du Pays Barrois et du Pays du Haut Val de Meuse.
La création de ce réseau territorial populationnel s'inscrit dans les recommandations de l'Agence Régionale de Santé (ARS) autour de quatre axes d'intervention qui sont:

- le maintien à domicile des personnes âgées,
- l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique (diabète et obésité),
- la coordination de l'addictologie,
- les soins palliatifs à domicile.

LES PERSONNES AGEES

I. Une population hétérogène

La population âgée est caractérisée par son extrême hétérogénéité. D'une façon didactique on définit trois groupes correspondants aux étapes successives du processus d'entrée dans la dépendance.

Le vieillissement «robuste» avec une absence ou une atteinte très minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologie.

Le vieillissement «fragile» avec quelques atteintes des fonctions physiologiques souvent infra cliniques et sans rapport avec une pathologie bien définie. La fragilité est un syndrome clinique qui permet d'identifier un groupe à risque élevé de dépendance et d'évènements péjoratifs: les chutes, les hospitalisations surtout à répétition, les entrées en institution et les décès.
En 2011, la société française de gériatrie et gérontologie clinique a retenu la définition suivante *«la fragilité correspond à une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'exprime pas à lui seul ce syndrome*» [11]. Il en résulte que l'adaptation du sujet dit fragile aux différents évènements stressants de la vie (psychologique, accidentel ou maladie) est plus difficile, il est donc plus à risque de perte d'autonomie.
La fragilité est donc un état instable avec risque de perte d'une fonction. Il s'agit par ailleurs d'un état réversible. Ces deux caractéristiques, «instabilité» et «réversibilité», soulignent toute l'importance du diagnostic de fragilité.

Le vieillissement avec «dépendance» fréquemment associé aux pathologies sévères évolutives ou aux handicaps. Ces sujets sont dépendants, fréquemment hospitalisés ou en institution. Ce sont des consommateurs de soins importants.

Ces trois groupes traduisent les trois étapes habituelles et successives du processus d'entrée dans la dépendance. Les défis socio-économiques et politiques que représente cette partie de la population française sont à l'origine d'une véritable inquiétude des responsables politiques. En effet du fait de l'augmentation en nombre de cette population et de sa demande toujours croissante en prestations sanitaires et sociales, il parait nécessaire de se préparer à faire face à ces demandes.

II. Evolution démographique

Le nombre de personnes âgées en France connaît une hausse sensible du fait de l'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom et de l'allongement de l'espérance de vie.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economique (INSEE), la population de 75 ans et plus sera ainsi multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes. En 2050, une personne sur trois aurait 60 ans ou plus. En 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus, contre 12,6 millions en 2005 soit une hausse de 80% en 45 ans [12].

Concernant le nombre des personnes dépendantes, celui-ci augmenterait de 50% entre 2000 et 2040, pour atteindre 1 million 230 000 personnes, selon les projections de l'INSEE. Enfin au niveau Européen, on estime que 30% environ des sujets de plus de 65 ans sont pré fragiles et 15% fragiles [13].

Au niveau lorrain [14] [15], la population est à peu près stable depuis une trentaine d'années autour de 2 millions 300 mille habitants, mais connaît comme à l'échelon national un vieillissement de sa population. Ainsi en 2006 plus d'un lorrain sur cinq (21%) étaient âgés de 60 ans ou plus. Cette proportion atteindrait 27% en 2012 et plus de 30% en 2031. La Lorraine comptait 157 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 1999, en 2030 ce chiffre pourra atteindre 294 000 soit un lorrain sur huit.

En Meuse [16], le profil démographique est marqué par une surreprésentation des personnes âgées, caractéristique d'un territoire rural. En 2004, 22% des habitants ont 60 ans ou plus contre 21% dans la France et province mais plusieurs secteurs comptent une proportion de cette population bien supérieure à la moyenne. Si une tendance démographique observée lors de la décennie 1990 se prolonge, la part des 60 ans et plus passerait de 22% en 1999 à 30% entraînant une augmentation des effectifs de 42 400 à 55 600. Parmi eux le nombre de personnes de plus de 75 ans passerait de 16 600 à 18 700.

III. Les Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

A. Le contexte

Le système sanitaire français est confronté à une transition démographique (augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus) ainsi qu'à une transition épidémiologique (augmentation de pathologies chroniques invalidantes) à l'origine d'une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins sanitaires. Cette situation étant à l'origine d'une explosion des coûts de la santé.

Face à cette situation les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité d'adapter l'offre de soins pour faire face à ces défis socio-économiques engendrés par la prise en charge des personnes âgées.

Le développement des réseaux de santé s'est inscrit dans cette logique d'optimisation de la prise en charge afin, élément central, de répondre aux besoins de la personne âgée et par voie de conséquence d'en maîtriser les coûts.

B. Définition des projets pilotes PAERPA

L'annonce de la mise en place des projets pilotes Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) démontre une nouvelle fois la volonté des pouvoirs publics d'adapter notre système de santé actuel.

Définition des projets PAERPA [17]: il s'agit d'un dispositif «*prototype sur un nombre limité de territoire (égal territoire pilote)*». Ce dispositif est guidé par l'idée de faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

Mission et objectif : ce projet expérimental a pour vocation d'accroître la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées et ceci selon trois axes. Premièrement, améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants. Deuxièmement, adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Enfin, créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

Le fil conducteur de cette mesure expérimentale est de répondre aux besoins de la personne âgée sur un territoire donné; l'objectif étant de décliner le panier d'offres de services nécessaires au fil du temps tout en développant et en renforçant la coordination des acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.

Les réseaux de santé à orientation gérontologique s'intègrent dans cette dynamique de gradation de la réponse aux besoins, eux-mêmes ayant connu de profonds remaniements de leur fonctionnement et de leurs objectifs (réseau thématique évoluant vers un réseau populationnel notamment). Ceci étant toujours guidé par la volonté de mettre en place le bon plan d'aide au bon moment au bon endroit.

Il est important de noter que les réseaux de santé représentent un des maillons de la chaîne organisationnelle des projets pilotes PAERPA. En effet, ceux-ci constituent un élément du dispositif de coordination territoriale d'appui qui est chargé de soutenir le dispositif de coordination clinique de proximité (les professionnels de première ligne).

Les réseaux de santé «personnes âgées» représentent donc un des multiples éléments de réponse face aux nouveaux défis qu'impose la prise en charge de la population âgée.

IV. Education thérapeutique à orientation gériatrique

Le vieillissement s'accompagne d'une prévalence plus élevée des maladies chroniques. Il en résulte un besoin en éducation thérapeutique très élevé chez les patients âgés car confrontés à la polypathologie.

L'éducation thérapeutique des patients est devenue un élément important de la gestion des maladies chroniques [18].

A. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [19], l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

De manière plus pragmatique, elle permet au patient d'acquérir des compétences pour mieux gérer sa (ses) maladie(s) et ses traitements au quotidien.

Il a semblé pertinent de cibler pour ce travail les problématiques de l'éducation thérapeutique destinée aux personnes âgées sans troubles cognitifs ou ayant des troubles légers à modérés. En effet, celles atteintes de troubles cognitifs sévères font l'objet d'une l'éducation thérapeutique s'appuyant de manière plus prononcée sur l'aidant naturel.

B. Spécificités

Les spécificités de l'éducation thérapeutique des personnes âgées polypathologiques impliquent une approche globale de l'individu: celui-ci ne peut pas être fractionné et étiqueté suivant les différents problèmes de santé qu'il présente; et ceux-ci ne peuvent pas à leur tour faire l'objet d'une évaluation thérapeutique ciblée et cloisonnée.

Il ne s'agit pas de faire l'addition des programmes dédiés à chaque maladie, mais de définir des points communs de l'approche éducative de la personne polypathologique.

Une des premières étapes de toute éducation thérapeutique repose sur l'élaboration d'un diagnostic éducatif: celui-ci se base sur la situation clinique du patient, sur ses connaissances et représentations de son état de santé, et surtout sur ses attentes [20].

La personne âgée doit être respectée à travers ses choix et ses valeurs [21]: identifier ceux-ci permet d'améliorer la qualité de l'information délivrée et son intégration par la personne.

Le patient polypathologique deviendra plus facilement un acteur de sa propre prise en charge s'il estime que ses décisions et ses motivations sont en adéquation avec les objectifs définis par le projet éducatif.

Ce rôle actif est primordial pour la qualité et la pertinence d'une approche thérapeutique et donc plus globalement sur la construction d'un projet de vie adapté au patient [22].

Les personnes âgées connaissent peu leurs maladies et surtout les liens qui les unissent. Pourtant l'acquisition des connaissances telle que le concept gériatrique de «décompensation en cascade des pathologies» et la théorie du «1(+2) +3» de Bouchon [23] peut permettre à la personne âgée de devenir un véritable partenaire thérapeutique. Celui-ci, en ayant reçu des explications et un apprentissage adapté sur les liens entre ses différentes pathologies, sera plus disposé à accepter les thérapeutiques. De même il sera sensibilisé à la surveillance de son état de santé et à anticiper les situations à risque de décompensation.

La personne âgée polypathologique est exposée au cours de sa vie à une multitude d'évènements et d'intervenants au cours de son parcours de santé. Les nombreux «regards» portés sur une personne âgée à des moments différents sont autant de situations qui peuvent entraîner une modification de la prise en charge.

Par exemple, une décompensation aigue conduisant à une hospitalisation et à une évaluation clinique par un gériatre versus une visite au domicile de la même personne en état stable par le médecin traitant.

Il est donc nécessaire que l'éducation thérapeutique à orientation gériatrique adapte un «profil évolutif» tout au long du parcours de santé. Les risques de rupture induits par certaines situations, notamment les phases de transition que représente le retour à domicile après hospitalisation [24] ou le changement de service hospitalier, peuvent conduire à un risque pour la santé de la personne. Il est donc nécessaire que ces moments soient à l'origine d'une réévaluation du projet éducatif.

MATERIEL ET METHODE

I. Le choix de la méthode

«La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement» [25]. Pour cette étude, le choix de cette méthode s'est donc imposé naturellement.

Ce travail nous a amené à explorer le ressenti d'êtres humains et la recherche qualitative se définit comme «une méthode qui permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles» [25].

De plus, les réseaux de santé et leur développement actuel représentent une nouvelle dimension de la prise en charge sanitaire et la recherche qualitative «peut permettre également d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins (soignants, patients, aidants) qui sont confrontés à des phénomènes nouveaux émergents» [26].

Pour le recueil des données, le choix du modèle par entretien semi-dirigé est apparu comme le plus pertinent.

Nous avons écarté les entretiens par focus groupe car ils ne semblaient pas adaptés pour ce travail de recherche. En effet, les spécificités liées à la population explorée (des personnes âgées pouvant présenter des troubles sensoriels comme l'audition ou des troubles articulatoires) auraient pu gêner un échange en groupe. De plus la difficulté logistique de rassembler ces individus en un même lieu a rendu caduque ce mode de recueil.

De même, les entretiens libres basés sur l'absence d'une grille de questions représentaient un challenge difficile, l'étudiant n'ayant pas une grande expérience et s'exposait au risque de digression des thèmes.

La population composée de personnes âgées a conditionné le choix du recueil des données par entretien semi-dirigé permettant l'utilisation de questions préétablies pouvant être utilisées avec souplesse.

II. Les entretiens semi-dirigés

A. L'échantillonnage

La richesse des données est conditionnée par la diversité de l'échantillon. En effet «la population à étudier est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié» [25].

Le travail de recueil des données est stoppé quand la «lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments» [25]. La saturation est alors obtenue.

B. La sélection des personnes interrogées

- Échantillonnage en variation maximale

Ce type est particulièrement adapté lorsque «la question de recherche s'intéresse à la diversité des perceptions, et/ou opinions, et/ou comportements» [26].
Après discussion avec le directeur de thèse, l'équipe du réseau gérontologique a été sollicitée pour fournir une liste de personnes potentiellement interrogeables.

- Les variables pertinentes ont été identifiées et restreintes

Le profil des personnes recherchées devait comporter: une participation au réseau sans limite d'ancienneté et sans précision sur la situation ayant amenée à l'inclusion de la personne. Etre «potentiellement volontaire». Etre en mesure de répondre de manière adaptée impliquait un certain degré de conservation des fonctions cognitives sans limite de Mini Mental Score (MMS) toutefois.
Nous nous sommes efforcés d'interroger des personnes des deux sexes, et de même, nous avons essayé de trouver des personnes habitant en ville, mais aussi en milieu rural.
Au total, douze personnes ont été rencontrées.
Pour les cinq premiers entretiens, les personnes interrogées ont été sollicitées suite à une liste de noms fournie par l'équipe du réseau gérontologie.
Le reste de l'échantillon a été puisé dans la patientèle des médecins de la maison médicale de Revigny Sur Ornain après discussion et accord du médecin traitant de la personne.

C. Réalisation du guide d'entretien [ANNEXE.1]

Trois axes ont guidé l'élaboration de celui-ci en sachant qu'il fallait adapter à chaque interlocuteur la forme des questions afin que le thème exploré par la question puisse être assimilé de manière claire tout en respectant la personne et son intimité.

Le premier axe: connaissance et modalités d'intégration dans un réseau gérontologique

- Connaissiez-vous le réseau AGE et SANTE avant d'en faire partie?
- Comment avez-vous été intégré au réseau?

Cet axe sous-entendait d'explorer «l'image qu'avait la personne du réseau avant d'en faire partie et notamment la connaissance de son existence».

Comment la personne âgée s'était-elle retrouvée à faire partie du réseau, quelle situation ou demande en était à l'origine. Enfin qui avait orienté la démarche permettait d'explorer les intervenants à l'origine de l'intégration.

Le deuxième axe: l'impact de la prise en charge sur la vie de la personne

- En quoi le réseau vous a-t-il aidé dans votre vie quotidienne?
- Rencontrez-vous ou avez-vous rencontré des difficultés liées à la prise en charge du réseau AGE et SANTE?

Comment c'était manifesté de manière concrète le Plan Personnalisé de Santé (PPS), sa mise en œuvre avait-elle engendré «un impact positif» ou était-elle à l'origine de difficultés.
Ce deuxième axe orientait à faire le bilan de la prise en charge du réseau.

Le troisième axe: innovation et éducation thérapeutique patient à orientation gérontologique

- Selon vous quels domaines de la prise en charge pourraient être améliorés?
- Avez-vous reçu des informations par le réseau sur le vieillissement et ses conséquences ou sur vos problèmes de santé? Seriez-vous intéressé pour recevoir ces informations par le réseau?

La personne au centre de la démarche de la prise en charge avait-elle des idées sur des améliorations ou de nouvelles missions du réseau.
La disposition de la personne à recevoir des informations sur son état de santé sous-entendait la question de l'approche de l'Education Thérapeutique Patient (ETP) à orientation gériatrique.

D. <u>La prise de contact</u>

La prise de contact a été basée sur un appel téléphonique. Celui-ci a été l'élément déterminant de l'approche car il fallait faire comprendre aux personnes sollicitées les motifs de l'appel de façon précise afin de ne pas susciter une quelconque méfiance de leur part.
Dans un souci de clarté le déroulement de la conversation téléphonique avait pour but d'effectuer les présentations d'usage et de préciser les conditions de réalisation de la rencontre: au domicile de la personne d'une durée de trente minutes environ. Elle a permis d'indiquer qu'il s'agissait d'une démarche «professionnelle» s'intégrant dans un travail pour l'obtention de la thèse de docteur en médecine et que l'échange serait enregistré par un appareil mais resterait totalement anonyme.
Les cinq premiers patients recrutés par l'intermédiaire du Réseau de Santé du Sud Meusien ont reçu l'information que leurs coordonnées avaient été transmises par cet organisme et qu'en cas d'accord de leur part, un courrier serait envoyé à leur médecin traitant [ANNEXE.2]. Ce courrier faisait mention du travail de thèse, de ses objectifs, qu'il était réalisé sous le contrôle du Docteur

BOUCHY de Revigny sur Ornain et les coordonnées de l'étudiant étaient mentionnées en précisant que celui-ci se tenait disponible pour toute demande d'information.
Enfin, en cas d'accord de ces mêmes personnes recrutées par l'intermédiaire du réseau de santé, afin d'authentifier la démarche et pour ne pas laisser une impression de doute, un membre du réseau a recontacté les personnes par téléphone pour accréditer la démarche.
Pour les autres patients de l'échantillon, le médecin traitant de la maison médicale de Revigny sur Ornain a «préparé le terrain» en évoquant la possibilité que l'étudiant les sollicite éventuellement. En cas d'accord de celles-ci, les secrétaires de la maison médicale ont effectué une démarche de rappel téléphonique afin de confirmer le travail de recherche.

E. Déroulement des entretiens

La date et l'heure du rendez-vous ont été variables suivant les individus. Nous nous devions de respecter le rythme de vie de ces personnes. Globalement au maximum dans les trois jours suivant l'appel téléphonique, le rendez-vous était défini afin de minimiser les oublis éventuels.
Au domicile de la personne, il a été reprécisé les motifs de la venue et de son but ainsi que le déroulement de l'entretien basé sur des questions préétablies afin de structurer la discussion. L'accord pour enregistrer la discussion a été sollicité une nouvelle fois en précisant largement et longuement le caractère anonyme.
Le déroulement et la durée de l'entretien a été grandement influencé par la personne. L'interviewer a dû s'adapter pour modeler la forme et le ton des questions, de même il a été nécessaire de reprendre et d'insister sur certains points du fait des particularités des personnes âgées (difficultés d'audition, de compréhension et du parcours de vie de celles-ci).

F. La transcription des données et l'analyse des données

Les enregistrements ont été retranscrits de manière intégrale et littérale. Il se devait d'être la copie conforme de l'entretien verbal en précisant les attitudes non verbales (rires, silence, hésitations). Toutes les idées verbalisées ont été prises en compte. Une idée exprimée par une seule personne a autant d'intérêt que la même idée exprimée par plusieurs individus.
La lecture à plusieurs reprises de chaque entretien a permis l'élaboration d'un tableau d'encodage par l'étudiant afin de mettre sous forme de thèmes et de codes, associé à des définitions, les idées exprimées par les personnes, celles-ci constituant le verbatim.
La retranscription des entretiens a été soumise au directeur de thèse, celui-ci réalisant un travail d'encodage de manière personnelle. L'ensemble du processus constitue «la triangulation du chercheur, appelée aussi contrôle par les autres chercheurs: dans ce cas on pourrait solliciter la réaction d'un chercheur externe au regard d'un résultat, ou encore lui demander de doubler les analyses pour ensuite confronter les significations dégagées» [27].

Puis le directeur de thèse et l’étudiant ont confronté leur travail d'analyse respectif afin d'harmoniser et de tendre vers une superposition des codes employés.

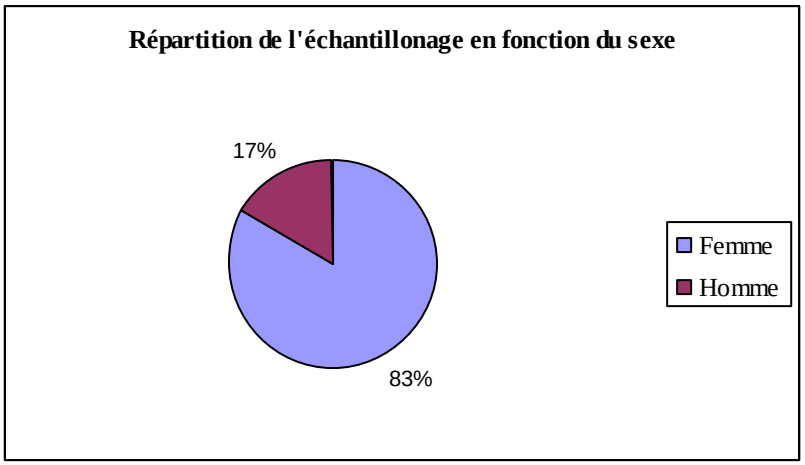
Le travail s’est déroulé jusqu'à la saturation des données permettant d’affirmer l'absence d'émergence de nouvelles idées.

RESULTATS

I. L'échantillonnage de la population étudiée

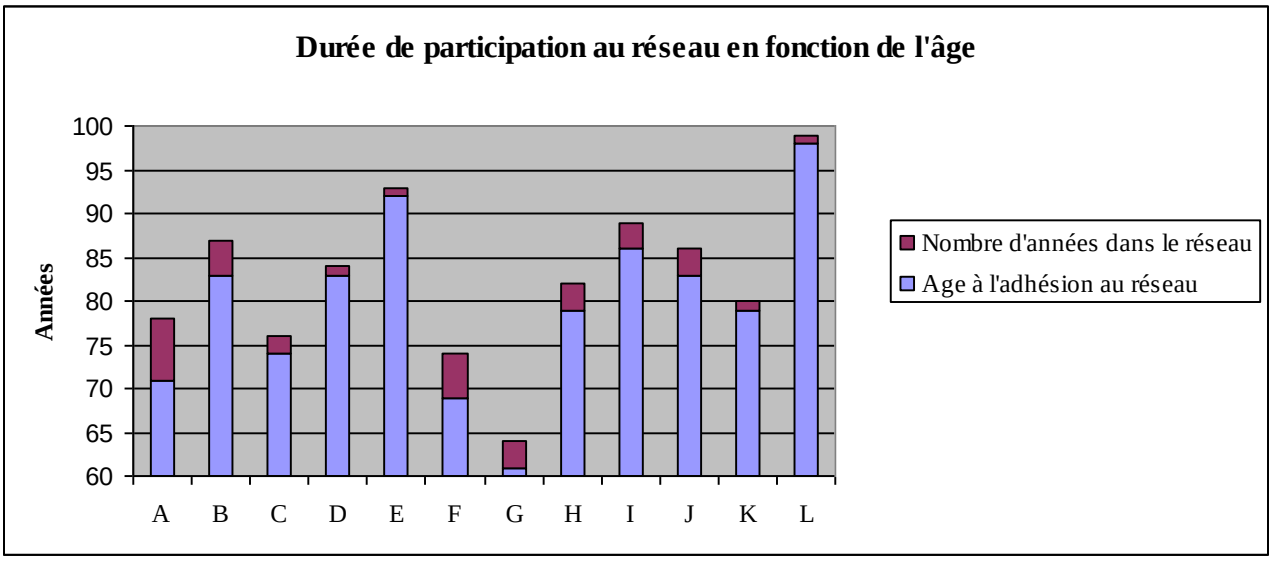
N° entretien Lettre	Sexe (M/F)	Age	Domicile	Situation familiale	Nombre d'années dans le réseau
entretien n°1 A	F	78 ans	Ville	veuve	7 ans
entretien n°2 B	F	87 ans	Ville	veuve	4 ans
entretien n°3 C	F	77 ans	Village	veuve	2 ans
entretien n°4 D	F	84 ans	Village	veuve	1 an
entretien n°5 E	F	93 ans	Village	veuve	1 an
entretien n°6 F + épouse	M	74 ans	Ville	marié	5 ans
entretien n°7 G	F	64 ans	Ville	veuve	3 ans
entretien n°8 H	F	82 ans	Village	mariée	3 ans
entretien n°9 I	F	89 ans	Village	mariée	3 ans
entretien n°10 J	F	86 ans	Village	veuve	3 ans
entretien n°11 K	F	80 ans	Village	veuve	1 an
entretien n°12 L	M	99 ans	Village	marié	1 an

Au total, 12 personnes ont pu être interrogées, avec un ratio hommes/femmes de 2/10.



La moyenne d'âge était de 82,75 ans.

La durée de participation au réseau gérontologique s'échelonnait de 1 à 7ans.



Le déroulement des entretiens semi-dirigés

La durée des entretiens semis-dirigés s'est échelonnée entre 7 et 35 minutes, avec une durée moyenne de 18 minutes.

Lettre	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**J**	**K**	**L**
Durée des entretiens (en minutes)	**35**	**31**	**20**	**16**	**22**	**16**	**17**	**7**	**13**	**17**	**13**	**9**

II. Résultats des entretiens semi-dirigés

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux comportant les thèmes, codes et définitions associées. Une annotation numérotée a été attribuée aux citations: ainsi C/243-245 correspond à un extrait du troisième entretien de la ligne 243 à la ligne 245.

A. Image du réseau

THEMES	CODES	DEFINITIONS
«image» du réseau gérontologique auprès de la population	Existence	Non connaissance de l'existence du réseau avant inclusion
	Interaction réseau thématique/populationnel	Pas d'interaction entre des réseaux incluant le même patient
	Soutien moral	Réconfort/rassurer les personnes
	Interlocuteur, rôle de conseil	Rôle d'aiguilleur, de conseiller, dispenser des informations
		Conseils pour l'entrée dans une maison de retraite

Image du réseau auprès de la population

- **Non connaissance de son existence:** «*Vous savez, premièrement pas beaucoup de monde, enfin à ma connaissance connaisse le réseau*» A/659-660
  «Jamais j'en avais entendu parler voyez pour d'autres personnes ou quoi ou jamais» E/82
  «Oh je savais qu'il existait des choses dans ce dans ce genre» H/7

- **Une personne intégrée dans le réseau diabète avant sa participation au réseau gérontologique ne savait pas l'existence de ce dernier:** *«Donc en faisant partie du réseau, une des un des premières du réseau du diabète malgré tout vous n'aviez pas connaissance... du réseau gériatrie?». «Non je ne sais si il y a longtemps qu'il existe ni rien?»* B/42-49

- Faisant partie du réseau, au cours des entretiens les personnes ont souligné le rôle de **soutien moral:** «*Parce que ça me remontait le moral*» A/342
  «Ça a été euh déjà un réconfort» A/349
  «Moralement sécurisant» A/360

- Et celui de **conseiller:** «*Ah ben je serais devenue vraiment... c'est pas qu'ils m'ont forcée mais ils m'ont bien conseillé et je les ai bien écoutés*» A/267
  «*C'est eux qui nous ont, c'est eux qui nous ont aiguillés sur tout*» F/158

- Notamment pour des demandes précises comme **l'entrée dans une maison de retraite:** «*Si un jour je dois aller dans une maison de retraite, j'suis je ne sais pas même si on pourrait m'aider je*» E /316
  «*Oui il nous avait dit bon ben ce qu'il faudrait faire, ça serait d'aller visiter mettons une maison de retraite… voir avec la Directrice, voir une maison de retraite, aller voir dans une autre ou mais je pense que je qu'on aurait un gros problème, je téléphonerai au RESEAU*» F/187-190 Epouse

Synthèse 1: image du réseau gérontologique auprès de la population

- Non connaissance du réseau avant l'intégration
- Un rôle de conseil et de soutien apprécié

B. L'intégration du patient dans le réseau

THEMES	CODES	DEFINITIONS	
Portes d'entrées dans le réseau gérontologique	Rôle des professionnels de santé de premier recours	Rôle clé du médecin traitant, interlocuteur privilégié	
	Le réseau	Le réseau à l'origine de la démarche d'inclusion	
	Le patient	Une démarche volontaire du patient	
	Les intervenants paramédicaux	L'intervention de professionnel paramédical (pédicure)	
Des personnes âgées en situation de fragilité	Des situations variées à l'origine de l'inclusion	Domaine médical	Décours hospitalisation
			Le handicap
			Trouble de la marche
		Domaine médico-social	Recherches aides financières
			Recherche d'aides à domicile
	Des situations d'admission parfois «floues»	Des conditions d'admission peu claires pour la personne	
		Notion de droit d'entrée	
		Confusion adhésion/«folie»	

Les intervenants et les conditions à l'origine de la participation au réseau gérontologique

- Les intervenants sont multiples, le **médecin traitant** étant souvent à l'origine de la démarche: *«C'est par notre Docteur... Voilà, et connaissant, pardon, et connaissant pas du tout le réseau, je lui ai dit qu'est-ce-que c'est? - qu'est-ce-que c'est? Il n'avait pas le (inaudible), je me souviendrai toujours de sa réponse, vous n'aurez qu'à en profiter, qu'à …, ça ne sera que bénéfique pour vous, c'est ce que j'ai retenu»* A/24-28
  «Oui – on a oui c'est le Docteur P qu'a dit, bon ben réseau AGE ET SANTE» C/86
  «Et puis, c'est le le Docteur C qui m'a dit faudrait demander à l'AGE ET SANTE je que je ne connaissais pas du tout» E/20-21
  «Par notre médecin traitant» F/11

- La **personne elle-même** peut solliciter son médecin traitant afin d'intégrer le réseau: *«J'ai euh j'ai demandé à euh Docteur euh J.C F... Pour m'inscrire euh AGE ET SANTE»* G/26-28

- Les intervenants du **domaine paramédical** (ici un pédicure) ont aussi contribué à faire participer des personnes au réseau: *«Eh bien personne c'est lui Monsieur B (…) Oui oui oui oui il est pédicure»* I/9-17

- **Enfin, le réseau peut en être à l'origine:** *«Euh euh un jour je reçois un coup de téléphone de d'là donc de d'là... Du réseau là du... De BAR LE DUC. Et je j'ai une infirmière est venue avec une autre»* D/25-31

Les situations à l'origine de l'adhésion au réseau

- **Le domaine médical avec le handicap:** *«Qui nous a proposé de de de vu mon handicap, vu ceci euh de de faire partie de ce réseau là pour euh comment avoir un pied dans le dans dans dans l'affaire pour plus tard si on en avait besoin plus»* F/15-17

- Au décours d'**une hospitalisation:** *«Mais je ne sais pas comment ils ont su qu'je, que j'avais été hospitalisée ou j'sais pas j'avais j'avais un besoin de de marcher, quoi un besoin de …»* D/49-50

- Des **troubles de la marche:** *«Je voulais remarcher»* D/127
  «C'était mon seul but oui» D/131

- Le domaine médico-social avec **la recherche d'aides à domicile:** *«Eh ben c'est quand euh euh comment j'ai j'avais téléphoné euh pour avoir euh une aide euh soignante pour ma toilette; m'habiller»* B/81-82

- Ou **d'aides financières:** *«Eh bien parce que je lui faisais part de mes difficultés financières»* E/36-38
  «Non, je l'ignorais tout ça donc euh, je voulais justement avoir un petit peu plus d'argent» E/262

- Les personnes ont rapporté **un processus de participation au réseau qui leur paraissait peu clair:** *«La preuve, je suis rentrée, nous sommes rentrés, mon mari et moi dans le réseau sans savoir ce que c'était exactement…»* A/19-20
  «Je ne sais même pu comment qu'ça c'est fait, donc le Docteur B m'en a parlé» J/13
  «Silence – j'sais pas – ça a dû se faire comme ça hein» K/55

- Ce manque de compréhension étant à l'origine de **confusion pour les critères d'admission:**
  «Mais pis de toute façon, je ne pensais pas moi que j'aurais droit d'entrer dans ce réseau» H/9
  «Alors là je ne peux pas vous dire parce que sur le coup je ne voulais pas y aller j'dis j'suis pas folle quand même hein hein?» J/24-25

Synthèse 2: les intervenants et les situations à l'origine de la participation au réseau

- Des intervenants variés: médecin traitant, professionnel paramédical, le réseau ou la personne elle-même.

- Des situations du domaine médical comme l'hospitalisation ou le handicap et du domaine médico-social comme la recherche d'aides financières ou d'aides à domicile.

- Manque de clarté exprimé par les personnes concernant les motifs d'intégration au réseau.

C. La prise en charge du Réseau Du Sud Meusien: apports et difficultés

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Domaine social	Démarches administratives	Aides pour les démarches
		Des démarchent qui inquiètent
	Aides financières	Recherches/aides pour obtenir financement
		Une situation financière qui inquiète
	Domicile	Le souhait de la personne âgée de rester à domicile
		Aménagement du domicile
		Conservation/changement de domicile
Dépendance /autonomie	Mise en place /renforcement aides à domicile	Mise en place de dispositifs/mobilier médicaux
		Aides pour le ménage
		Aides à la toilette
		Confusion entre prestataires d'aides à domicile
	Portage des repas	Se nourrir à domicile
	Rééducation à la marche	Correction des troubles de l'équilibre

Domaine médical/paramédical	Etablir des diagnostics/dépistages troubles cognitifs, sensoriels	Consultation mémoire
		Maladie de Parkinson
		Surdité
		Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA)
	Appareillage	Vision
		Audition
	Pédicurie	Soins des pieds
	Hospitalisation	Préparer/anticiper hospitalisation de la personne ou du conjoint
Entourage	Aidant naturel	Epuisement de l'aidant
		Isolement de l'aidant
		Soutien de l'aidant
Intervenants	Des interlocuteurs multiples	Des difficultés pour connaitre la fonction des intervenants
	Infirmière coordinatrice	Une écoute salutaire
	Assistance sociale	Une intervention appréciée
Mise en œuvre du PPS	Explications/informations	«Flou» concernant la mise en pratique et la finalité du PPS
	Intimité	Intervention progressive pour préserver l'intimité
	Respect de la personne	Une intrusion qui peut heurter la sensibilité
		Le respect du choix du médecin traitant
	Réévaluation	Réévaluation périodique des besoins
	Réactivité	Rapidité d'adaptation

	Coordination	Rupture de la continuité des soins
Communication	Les échanges entre la personne et le réseau	Des facilités d'échange
		Des échanges courtois
		Des difficultés pour communiquer
La prise en charge	Le bilan de la prise en charge	Satisfaction
		Compétence
		Déception

La mise en œuvre du Plan Personnalisé de Santé (PPS) dans le domaine social

- Intervention pour **les démarches administratives:** *«Parce qu'elle m'a refait des papiers parce que j'ai quand même une carte euh d'handicapée maintenant pour euh»* B/315-316
  «C'est l'assistante sociale qui qui a fait des démarches» E/134
  «Hein, voilà elle euh m'a fait des des papiers hein euh pour euh ma complémentaire Santé euh elle m'a aidée hein» G/59-60

- Celles-ci étant **source d'anxiété:** *«Mais - Comment faire faire toutes ses démarches? J'étais très fatiguée, j'arrivais à la fin j'en pouvais plus»* A/462
  «Et puis on vieillit, on a pas pu les mêmes réactions, on a plus les mêmes euh, pftt, on a plus envie de faire trop de démarches, on a plus je pense» F/199-200 Epouse

- **La situation financière des personnes âgées représente une préoccupation:** *«Et arrivée ici, euh, je ne pouvais pas payer de SAUDRUPT à ici, ça me revenait trop cher… Trop cher»* A/118
  «Je ne peux pas aller euh au pédicure ou à la pédicure parce que c'est trop cher c'est 30 euros et quelques… et» A/688-690
  «Oui mais…sans…paiement hein» «Parce que je ne peux pas» C/240

- La **recherche d'aides financières:** *«Non mais pour vous voyez alors quand elle a vu ça Melle M, elle est venue, elle a écrit à mes caisses de retraite, mes complémentaires»* B/455-456

  «Elle est très bien si bien que euh toutes ces démarches elle m'a quand même fait avoir un petit supplément de comment sur le la retraite complémentaire je ne sais pas» E/112-113

- Les personnes âgées ont manifesté l'envie **de rester à domicile:** *«Oh ben sûrement, si c'est rester à la maison hein?»* D/258

  «Oh oui ça c'est certain que j'aimerais rester à la maison le plus longtemps possible» E/511

- L'intervention du réseau a agi en ce sens **en aménageant:** *«Ce qui est bien aussi c'est que je ne sais plus exactement, je crois que ça doit être Mme M? Et ça c'est important, l'installation pour les personnes fragiles, malades dans leur appartement?»* A/591-592

  «*Silence Je euh je je mais on ne peut pas je voulais euh demander à à à une une euh une une douche»* G/204-205

- ou **en permettant l'adaptation du lieu de vie:** *«Voilà parce que moi j'ai quelqu'un euh euh comment c'est pareil là c'est des rue Theuriet hein moi c'est Mme B qui s'en occupe – elle est venue me voir et elle a rempli des papiers qui ont été à VERDUN, je ne sais pas où comme quoi que moi je voulais rester à domicile... Donc j'ai des m'ont renvoyé des papiers - en disant voilà, vous avez demandé à rester à domicile, vous restez à domicile»* B/232-234

  «Oui donc euh euh elle avec mon médecin ils ont fait leur possible pour que j'eu un rez-de-chaussée» B/265-266

<u>La mise en œuvre du PPS pour permettre le maintien à domicile face à la perte d'autonomie</u>

- Des **aides** ont été mises en place pour le **mobilier:** *«Il avait un lit médicalisé»* A/608

  «Y a rien du tout si j'ai demandé un lit médicalisé» C/201

- Pour **le ménage**: *«Ben j'en ai une hein j'en ai une une aide j'ai deux heures de ménage par semaine. Je pense que c'est grâce au réseau»* H/151-154

  «C'est euh j'ai eu une une aide-ménagère... Qui vient euh une fois par semaine» K/103-105

- et **la toilette:** *«Voilà pour euh les aides à domicile le le, pour euh faire le ménage euh, la toilette les euh enfin tout ça quoi»* F/25-26

- Avec une **certaine confusion entre les prestataires de services à domicile:** *«Mais ça après c'est pu le RESEAU qui organise les horaires, c'est l'ADAPAH»* F/140 Epouse

- Une intervention pour **le portage des repas:** *«Et ils ont c'est la maison de retraite euh que... Alors donc je prends mes repas là... Ils m'amènent les repas»* D/313-317

- Et **la rééducation à la marche:** «*Enfin je vais à l'hôpital toutes les semaines hein... Pour faire des… pour améliorer, pour marcher, pour faire des j…, des… du sport des…»* C/251-255

  «Une dame euh hein – alors elle me dit il faudrait que vous veniez parce que j'avais pas de je n'ai pas d'équilibre, même encore maintenant je enfin je je me tiens mais à ce moment-là j'avais pas du tout d'équilibre... Elle me dit il faudrait que vous veniez une fois donc par semaine» D/158-162

<u>La mise en œuvre du PPS dans le domaine médical/paramédical</u>

- Le réseau a permis le **diagnostic de maladie telle que la maladie de Parkinson ou d'Alzheimer:** *«Euh sur cet entrefaites, … euh bon ben, j'ai côtoyé euh le réseau, je ne sais plus, oui alors donc j'ai vu bon il fallait euh mon mari après a été pris en charge par le Docteur De G, qui était donc, n'est plus maintenant ici par le Docteur DE G, parce que bon il avait débuté par Parkinson et après il a fini par ALZHEIMER – Donc par le Docteur DE G, euh bon là , c'était pour mon mari qui était suivi»* A /205-208

- La réalisation de **consultation mémoire:** *«Voilà et donc moi qui étais aussi euh malade, euh donc on m'avait conseillé de cor… de faire un séjour mémoire... Donc mon mari et moi»* A/212-213

- Mais aussi **le dépistage de trouble visuel:** *«Pour moi aussi - alors j'ai la dégénérescence (maculaire) donc j'arrive à pus pus bien voir et surtout pour faire les comptes cela devient pénible et pour lire et alors voyez ça moi… J'en ai parlé aussi et là c'est encore AGE ET SANTE»* A/274

- et **auditif:** «*Donc là j'ai passé les tests et c'est avéré euh aussi c'est pour là que j'en reviens à AGE et SANTE ma surdité*» A/241-242

- permettant **un appareillage adapté:** «*Qui m'a fait avoir une loupe*» A/ 281
  «*Alors j'ai attendu encore un peu et pis bon là en entendant partout (rires) que j'étais malentendante donc maintenant je suis appareillée mais grâce… Par les conseils de AGE ET SANTE*» A/251-254

- La réalisation des soins de **pédicurie:** «*Ben et j'vais vous dire une chose je sais je pense que c'est par ce réseau qu'on a le droit au pédicure à la pédicure*» H/76-77

- **Anticiper l'hospitalisation de la personne ou du conjoint:** «*Donc là du fait que j'étais hospitalisée et que je faisais partie du réseau… Mon mari a pu être hébergé un certain temps au centre de soins D'AGE ET SANTE*» A/172-174

<u>Outre la personne elle-même l'intervention du réseau a concerné les aidants</u>

- Ceux-ci font face à **une situation d'épuisement:** «*Pour mon mari, bon ben je le laisse entre parenthèses parce que ça je savais qu'il était malade…*» A/226-227
  «*Ben puisque j'ai un mari qui a la maladie d'ALZHEIMER et il fait que… une un moment où j'étais très très très mal, très fatiguée*» H/25-27
  «*Oui, parce que moi je je fatigue si j'ai le droit de lire je comment j'lui faisais bien la toilette tous les jours et tout ça*» F/88-89 Epouse

- Ils se sentent **isolés par leur responsabilité:**
  «*Premièrement je ne pouvais pas, tout le temps que mon époux était en vie, c'est je ne pouvais pas*» A/573-574
  «*Non alors euh je n'sais pas ce qui s'y encore pis j'peux pas m'en aller, puisque j'peux pas laisser mon mari seul*» H/62-63

- Et le **réseau apparait comme un soutien:** «*Voilà sécurisant et pour le moral quand on est tout seul quand on est une aidante d'une personne atteinte de cette maladie je vous assure que on a besoin de conseil et d'appuis et de réconfort*» A/362-364
  «*Ça m'a aidé euh comment je veux dire euh pas spécialement moi surtout mon épouse qui l'a qui l'a soulagée*» F/41-42

La perception sur les intervenants du réseau

- L'intervention de **l'assistante sociale** a été appréciée: *«Alors l'assistante sociale je vous assure excusez-moi l'expression mais je tire mon chapeau hein», «Elle s'est occupée de tout, de tout...»* A/485-486

- Ainsi que celle de **l'infirmière coordinatrice:** *«Ensuite bon j'ai connu après Mme Mme G étant partie, après elle a été remplacée par Mme Nicole M (...) qui quand mon mari étant encore en vie venait de temps en temps avec grand plaisir je la recevais»* A/336-340 (Madame Nicole M. étant l'actuelle infirmière coordinatrice)

- **Une multitude d'intervenants à l'origine d'une difficulté d'identification:** *«Que ce soit le Docteur, que ce soient les infirmières enfin je dis infirmières parce que je ne sais pas trop ce qui»* J/152-153

Au niveau de la « forme » dont le Plan Personnalisé de Santé (PPS) a été mis en œuvre

- Les personnes âgées rapportent **un manque d'informations:** *«La preuve, je suis rentrée, nous sommes rentrés, mon mari et moi dans le réseau sans savoir ce que c'était exactement…»* A /19-20
  «Moi je ne savais pas ce que c'était et je ne sais toujours pas» C/88-90
  «On m'a dit à l'hôpital, vous faites partie du réseau... J'sais toujours pas ce que ça veut dire» C/184

- Un manque d'explications à l'origine **d'un doute sur l'intérêt du PPS:** *«Moi j'voudrais savoir concrètement à quoi ça ça sert le réseau?»* C/190

- Une personne a indiqué **une rupture de la continuité des soins** suite à son intégration au réseau: *«Et donc le le RESEAU a pris le relais avec le la prise en charge de vous faire voir par une psychologue ou pas?» (...)* G*: «Non non non non non»* G/142-171

- La mise en place de ces différents PPS ont concerné la sphère privée et **ont heurté la sensibilité des personnes** soit **par un professionnel de santé:** *«Par contre si vous faites référence lorsque nous avons passé, lorsque j'ai passé avec le neuropsychologue, là c'est*

autre chose, il y a des problèmes euh très intimes… Bon qui peuvent être euh choquantes, mais ça c'est, ça c'est médical, c'est» A/392-395

- Ou soit par un **intervenant du réseau:** *«Y est venue une assistante sociale ici chercher – Si ce qu'elle voulait venir faire, c'est ranger mes papiers, mais j'ai pas besoin d'elle pour ranger mes papiers, ma fille est là pour le faire elle dit elle vient tous les... Ben je suppose qu'elle voulait un petit peu voir ce qui y avait (silence) bien un peu guetter mes mes revenus mes papiers j'ai pas de secrets hein»* C/354

- Une intervention concernant le **choix du médecin traitant:** *«Et ne sachant pas où aller... Alors là j'ai été conseillée par euh AGE ET SANTE qui s'occupait de mon mari... Je disais quel Docteur je vais voir, mon Docteur m'avait dit, oh ben vous avez le choix là-bas à BAR LE DUC… AGE ET SANTE m'a dit pour vous le plus près, c'était à cette époque-là, Monsieur G. et c'est Monsieur B qui a pris aussitôt la succession»* A/79-84

- Une personne a rapporté **une intervention progressive permettant un respect de l'intimité:** *«Mais c'est bien de s'habituer euh tout doucement à voir du monde dans la maison parce que...C'est quand même votre intimité qui est»* F/66-69 Epouse

- Le PPS a fait l'objet d'une **mise en place réactive:** *«Non parce que ils sont arrangés pour que tout aille vite»* B/362

- Et **de réévaluation périodique:** *«Et même même même euh encore maintenant ils viennent une fois par an pour voir comment ça se passe, pour euh(…) Une fois par an(…) Oui, si on a besoin de plus, si on a besoin»* F/160-165

<u>Les communications réseau-patient</u>

- **Des facilités d'échange** ont été retrouvées: *«On téléphonerait on demande à quelqu'un de venir et puis on en discute»* F/276 Epouse
  «Oh ben sûrement qu'on a discuté d'un peu de tout ça mais savez j'm'en souviens pas trop hein parce que on parle de tellement de choses et pis» K/181-183

- Et de **manière courtoise:** *«Rien du tout rien du tout moi je enfin moi ça me fait plaisir d'y aller ils sont très très aimables très gentils, euh moi je suis bien reçue»* J/146-148

- Mais aussi **certaines difficultés:** *«Il y en reste rien, puisque j'ai rien vu personne, jamais jamais j'ai rien (rires)»* C/127

<u>Le bilan global de la prise en charge</u>

- Des avis **satisfaits** ont été émis: *«De de de bénéfique et de réconfortant»* A/383
  «M'ont bien aidée quand même» D/115
  «Ça m'a fait du bien quand même» D/164
  «Oui, ça m'a apporté, c'est sûr» D/423
  «Ah oui, là-dessus, le RESEAU est bien» F/159 Epouse

- Associés à une impression de **compétence:** *«Parce que c'est vrai que ça a l'air d'être d'être sérieux, donc je pense que»* F/256 Epouse

- Mais aussi une **déception** exprimée: *«C'est tout j'entends parler du réseau, c'est tout»* C/180 *«Parce que je ne sais pas vraiment à quoi ça sert»* C/270

Synthèse 3: bilan du maintien à domicile et mise en œuvre du PPS

- Dans le domaine social: une aide pour des démarchent administratives qui inquiètent, la recherche d'aides financières dans un contexte de faible revenus, l'aménagement ou l'adaptation du domicile afin de répondre au désir des personnes âgées de rester dans leur logement le plus longtemps.

- Dans le domaine de la dépendance: la mise en œuvre ou le renforcement d'aides à domicile pour la toilette ou le ménage, la mise en place de dispositifs médicaux et le portage des repas.

- Dans le domaine médical: établir des diagnostics de troubles cognitifs ou sensoriels et anticiper l'hospitalisation de la personne ou du conjoint.

- Une intervention qui englobe l'aidant naturel afin de le soulager et qui implique de multiples intervenants.

- La mise en œuvre du PPS s'accompagne d'un manque de lisibilité et doit respecter l'individu et son intimité.

- Il fait l'objet de réactivité et de réévaluation.

- Les échanges réseau-patient sont aisés avec parfois quelques difficultés.

- Un bilan globalement positif.

D. Des propositions nouvelles pour la prise en charge

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Propositions nouvelles	Solitude	Sorties organisées et encadrées par le réseau
		Apprentissage /perfectionnement de l'informatique
	Livraison médicaments	Service de livraison des médicaments en urgence

Des propositions de nouvelles missions

- Lutter contre la solitude **en organisant des sorties encadrées par le réseau:** *«Je y a y a une chose, c'est que, je ne sais pas si y prévoit, j'avais dit que je demanderai une fois, si s'occupe de de trucs, de de sorties de de j'sais pas moi pour euh, mettons les après-midis pour euh pour le euh occuper, pour qu'ils se retrouvent ou les trucs comme ça, des»* F/216 Epouse

- Et en **accompagnant la personne pour l'apprentissage de nouvelles technologies:** *«Oui parce que euh même euh moi je je je bricole un peu sur l'informatique, je joue de l'ordinateur mais je n'y connais pas grand-chose, donc»* (...) *«ça c'est pareil - pour trouver pour trouver du monde qui qui qui apprenne, qui me montre qui m'est»* Epouse: *«Voilà ça par exemple, aussi ça il aimerait bien voilà qui vienne»* F/370-376

- **La mise en place d'un service de livraison des médicaments en situation d'urgence:** *«Voyez alors donc alors ça c'est pour mettre en place un service presque d'urgence (…) Pour les médicaments ça ça serait une bonne chose (silence)»* A/523-527

Synthèse 4: des réflexions sur d'éventuelles missions du réseau

- Lutter contre la solitude avec l'organisation de sorties.
- Accompagnement pour l'apprentissage de nouvelles technologies.
- Un service de livraison des médicaments au domicile en situation d'urgence.

E. La perception des personnes âgées sur leur environnement et leur santé

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Situations des personnes âgées	Isolement socio-familial	La solitude
	Famille	Des proches présents
	Dépendance/ Perte d'autonomie	Des actes de la vie quotidienne limités
		La douleur

- **Un isolement socio-familial** avec un profond sentiment **de solitude:** *«Les personnes ne le savent pas ça, elles sont dans leur coin»* A/611
  «Mais elle me dit il y a des personnes qui ne savent plus de trop, qui sont toutes seules et pis euh, qui ne savent, qui n'osent pas demander» B/371-372
  «Moi y a tellement longtemps que je suis toute seule et que je me débrouille toute seule» B/767
  «Mais je suis toute seule» C/320
  «Oui parce que je n'ai personne» E/368
  «Parce que je suis vraiment seule voyez» E/519
  «Non parce que je vous répète, j'suis seule» E/544
  «Mais il va il va se promener en ville, il va se promener, mais c'est pas, c'est pas le contact euh» F/234 Epouse

- Mais aussi **des proches présents:** *«Ah oui moi le moi j'ai mon fils par exemple qui habite au village voisin à VILLOTTE (…) Eh ben tous les soirs il vient manger avec moi (…) Et sa femme ils viennent tous les deux manger avec moi que je ne sois pas toute seule»* J/385-397

- Ces personnes sont confrontées à **une perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne:** *«Malgré que je ne peux plus rien faire, j'ai de l'arthrose jusqu'aux bouts des doigts»* B/606
  «Imaginez dans le fauteuil du matin au soir, du soir au matin» C/212

- Ainsi qu'à la **douleur:** *«Je lui dis ça me fait tellement mal que des fois je crie»* B/612 *«C'est vrai, j'ai mal dans le dos, j'ai mal à pleurer hein»* J/131-135

Synthèse 5: la perception des personnes âgées sur leur santé

- La douleur physique et la douleur psychique de la solitude.

- La perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne.

F. Attentes des personnes âgées dans le domaine de l'information et de l'éducation thérapeutique

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Difficultés de sensibiliser	Peur	Peur du diagnostic
		Peur de perturber la vie quotidienne
		Des déplacements limités
	Perception du vieillissement	Image «inéluctable» du vieillissement l'origine d'une résignation
		Une certaine forme de déni
		Notion de «bien vieillir»
	Le corps médical	Déception envers les médecins
	Réalisation pratique	Des interrogations sur la faisabilité

La difficulté de sensibiliser les personnes âgées

- **La peur du diagnostic:** *«C'est c'est pas que je ne veux pas, mais ça m'intéresserait pas»* C/434

  «Je ne veux pas savoir alors je ne vais pas faire des démarches» H/328

  «Oui et non parce que moi moi tout ça ça me fait peur alors euh je ne tiens pas à savoir pour ci pour ça parce que après j'vais encore avoir tout ça qui va me trimbaler la nuit dans la tête» K/221-224.

- **La peur de perturber la vie quotidienne:** *«Je vais vous dire j'aime bien ma petite vie»* D/411

  «Quand il faut que je m'en aille à quelque part, pour moi c'est tout un monde» D/415

  «Silence – Of – silence – j'sais pas j'suis pas trop – vous savez euh moi j'ai j'ai une petite vie tranquille là. (…) J'tiens pas à être embêtée euh… non» K/190-193/291

- **D'autant qu'il existe des difficultés de déplacement hors du domicile:** *«Et puis comme c'était trop difficile pour faire des voyages»* A/59

«Et ben jusqu'au 7 octobre je roulais avec ma voiture... Et la voiture elle est au garage depuis» C/445

«Je ne pouvais plus y aller c'était trop loin» B/48

«Je ne suis pas sortie de la maison depuis le 19 novembre, je ne sors pas du tout du tout du tout» E/474

- Il existe **une perception d'un vieillissement inéluctable à l'origine d'une résignation:**
  « Oh ça viendra quand ça viendra» D/345
  «Ce qui doit arriver doit arriver hein ?» H/237
  «Oh ben la santé elle n'est pas très florissante – rires On est obligé de faire avec» I/190-192
  «Ah c'est plus pareil une fois que vous avancez à dans l'âge euh vous voyez pus la vie pareil hein... terminé tout ça» K/267-269

- Et un **certain déni:** *«Mais, je me débrouille quand même encore»* B/624
  «Pour l'instant, moi euh j'arrive à me débrouiller, mais du jour où» B/684
  «Ben… Je me débrouille pas mal quand même mais…» C/318
  «En ce moment je me sens je me sens bien vraiment» D/358
  «Je me sens bien dans ma peau en ce moment» D/360
  «Non je me débrouille bien» E/480
  «Pour l'instant je ne vois pas mais enfin» E/538

- **Une déception envers certains professionnels de santé:** *«Parce que moi euh non parce que moi quand j'étais euh j'ai vu ma mère euh elle était à non euh là à FAINS euh centre je suis j'étais déçue par euh Mme Psychiatre»* G/357-365
  «Je suis déçue des médecins» G/383

- **Une réalisation pratique qui interroge:** *«Et comment voilà avoir des conseils aussi euh au point de vue social au point de vue euh comment dirais-je?»* A/452
  «Qu'est-ce qu'il pourrait me faire le réseau» C/457
  «Ben alors euh alors qu'est-ce qui se passerait à ce moment-là, j'aurais quoi la visite de quelqu'un ou?» E/445

- Mais le **concept de bien vieillir** est souligné: *«Déjà avec l'âge déjà restons puisque c'est AGE ET SANTE bon, restons avec notre âge déjà euh faudrait bien faire comprendre à toutes les personnes comment bien vieillir»* A/44

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Volonté de s'informer	L'offre d'éducation thérapeutique existante	Participations à des réunions
		Alzheimer café
		Peu ou pas développée au sein du réseau
	Désir d'information	Une volonté exprimée
	Une opportunité d'échanger	Rencontrer, échanger, transmettre
Qualité de l'information	Validité des informations	Volonté de recevoir de manière claire l'information
		Exactitudes des informations
		Par des personnels compétents

<u>La volonté des personnes âgées de s'informer</u>

- L**a participation à des réunions:** *«Ben une fois j'avais fait partie d'un… ben j'sais pas si vous appelez ça un réseau pour le cœur. Hein, on allait à Revigny»* K/11

- A **Alzheimer café:** *«C'est-à-dire que voilà euh je fais partie d'ALZHEIMER café Et donc j'ai appris par des professionnels, infirmiers, neurologues, docteurs, beaucoup de choses là-bas»* A/579

- Cette dimension est par contre **peu développée au sein du réseau gérontologique:**
  «Oui Mais je pense qu'ils le font quand même» B/673
  «Ben oui moi je pense qu'ils le font quand même hein» «En hospitalisation avec les personnes âgées hein qui sont hospitalisées» B/761-763

- Mais sa réalisation **au sein réseau apporterait une image bénéfique:** *«Ça serait peut-être encore plus bénéfique... parce que c'est dans… ça se passerait en milieu euh médical»* A/550

- Il existe **un désir d'information sur le vieillissement:** *«Oui – si c'était possible, moi je m'intéresse à tout moi hein»* B/630
  «Ah oui, moi j'suis j'suis partant pour tout moi ah ah» F/330

- Qui serait l'opportunité de **rencontrer et de partager:**
  «Auraient des contacts, oui discuter… Oui donner leur … ce qu'ils savent, en apprendre. Et donc euh conseiller aux autres, moi c'est fait ça... Moi je pense aux autres» A/636-640
  «Oui des petites réunions» B/801
  «Oui avec d'autres personnes oui» B/819

- **La qualité de l'information** a été soulignée:
  De manière **claire:** *«Clairement oui oui clairement oui»* L/140-141 Epouse
  Son **exactitude:** *«Avec le médecin traitant, oui ou le RESEAU? Ou peu importe hein, pourvu que les informations soient pas fausses»* F/410-411
  Et par des **personnels compétents:** *«Euh ben euh il faudrait que je sois sûr que cette personne-là sait sait ce qu'elle dit, qu'elle ne me trompe pas»* L/155-156

THEMES	CODES	DEFINITIONS
Les thèmes de l'ETP	Les médicaments	Intérêt pour connaitre leurs indications et les effets
	Les chutes	Savoir se relever
	Les troubles cognitifs (mémoire)	Une préoccupation
	La nutrition	L'importance d'une alimentation adaptée
	La dépression	Une réalité méconnue

Les thèmes de l'ETP

- **Les médicaments** et la volonté de connaitre leurs effets: *«Ben parce que vous avalez quelque chose mais vous ne savez pas pourquoi alors donc si j'apprends pourquoi j'ai ci pourquoi que j'ai ça bon ben je ne sais pas si ça arrangerait beaucoup de choses mais enfin euh»* K/207-211

  «Silence – Ben euh ce qui m'intéresserait c'est bon j'ai un tas de médicaments ils sont là-bas euh j'voudrais bien savoir il y en un rouge, il y en a un rose il y en a un il y en a des des blancs euh les lesquels bon on on m'a dit le le rouge c'est pour le cœur bon c'est possible moi j'en sais rien» L/110-112

  «J'voudrais bien savoir euh ce qu'on m'fait absorber» L/124

- **Les chutes et les méthodes pour se relever:** *«Hein je suis tombée plusieurs fois, euh j'ai des gros problèmes de santé»* B/646

  «Oui Ah ben question de se relever euh, euh moi je non on m'a jamais montrée» B/694

  «Au mois d'octobre, je suis tombée à plat ventre dans la rue» C/13

  «J'en ai une peur terrible» C/407

  «Ben les risque de chute oui» E/462

- **La nutrition:** *«pour l'instant non ça va, pour l'instant je fais ma cuisine»* E/453

  «Je mange ben comme une personne âgée... Bon j'ai mangé je me je mange plus de viande j'aime pas... J'aime pu la viande le reste je mange tout j'suis invitée un peu partout on m'apporte toujours des bonnes choses à manger des desserts» J/238-244

  «Oh ben j'en ai déjà entendu parler oui mais enfin bien sûr il s'agit pas de de dépasser les limites. En nourriture et en boisson» L/68-71

- **La dépression:** *«Ben elle m'a la dépression non alors on ne m'en a pas parlé»* J/252

  «J'aurais presque fait un peu de ça avec mes fils... un peu de dépression» C/400-402

- **La mémoire:** *«Beaucoup de personnes hésitent à passer les comment les mémoires les tests de mémoire. Oui beaucoup de personnes, ils ont peur ils, je sais pas euh ce qu'ils peuvent penser…»* A/631-633

  «Hum pour l'instant je n'ai pas de troubles de la mémoire» E/443

  «Ben Peut-être oui pour la mémoire, oui parce que il y a des fois elle elle défaille – rires» I/23

Synthèse 6: éducation thérapeutique à orientation gériatrique

La demande d'information:

- Existence de séance collective d'éducation thérapeutique type Alzheimer café.
- Offre d'ETP à orientation gériatrique peu développée au sein du Réseau de Santé du Sud Meusien.
- Mise en évidence d'un désir de s'informer sur le vieillissement et de se former pour recevoir une information claire, exacte et délivrée par des professionnels formés et compétents.
- Une opportunité pour échanger et transmettre.
- Les thèmes mis en évidence: les médicaments, les risques de chute, les troubles cognitifs, la nutrition et la dépression.

Les freins à l'ETP à orientation gériatrique:

- La peur du diagnostic notamment la maladie d'Alzheimer.
- L'appréhension de perturber la vie quotidienne.
- La difficulté de déplacement hors domicile.
- Des interrogations sur les modalités de réalisations.
- La perception d'un vieillissement inéluctable à l'origine de la baisse des performances psychomotrices.
- Un contexte de déni des troubles et/ou de la dépendance.
- Une certaine déception envers le corps médical.

DISCUSSION

I. Sur la méthode

A. Les intérêts de la méthode

L'objectif de ce travail de recherche était d'apprécier le bilan de la prise en charge du réseau gérontologique du sud meusien vis-à-vis du maintien à domicile des personnes âgées en évaluant le ressenti et les attentes de celles-ci.

L'utilisation d'une méthode par entretiens semi dirigés était adaptée car elle permettait d'identifier les déterminants du ressenti des personnes âgées et de comprendre leur motivation au sein du réseau. Le recours aux entretiens semi dirigés a permis une expression libre de leurs émotions tout en étant balisée par «le fil conducteur» du guide d'entretien.

B. Les limites de la méthode

- Les biais internes

«Ils sont dus au caractère personnel du chercheur et des participants» [25].

✓ Les participants

Il est à noter tout d'abord que les douze personnes interrogées n'ont pas été recrutées dans un but de représentativité car «en recherche qualitative, l'échantillon d'étude n'est jamais statistiquement représentatif et, en ce sens, il serait insensé de prétendre à la généralisabilité des résultats» [26].

La sélection de la population étudiée a fait intervenir le réseau Age et Santé pour les cinq premières personnes. Ce type de recrutement peut faire envisager une sélection d'individus ayant fait l'objet d'une prise en charge optimale et donc bien disposés vis-à-vis du réseau.

Mais c'est dans ce groupe qu'a été constaté le ressenti le plus critique envers le réseau. On peut donc légitimement envisager que la liste établie par le réseau a été basée prioritairement sur des personnes pouvant être interrogeables plutôt que toute autre considération.

Dans le même ordre d'idée, les personnes recrutées parmi la patientèle des médecins généralistes ont pu ne pas délivrer des propos trop sévères par égard et respect envers leur médecin.

Le fait que la population était constituée de personnes âgées a rendu encore plus ardue les techniques d'entretien en raison des troubles sensoriels ou mnésiques induits par l'avancée en âge: l'étudiant a été confronté à des individus présentant une baisse de l'audition ou des difficultés d'élocution. Parfois, la personne interrogée n'arrivait pas à appréhender le sens d'une question, nécessitant de la reformuler différemment sans en perdre le sens initial.

Au cours de certains échanges, des digressions sont apparues notamment sur le vécu de l'individu : il a fallu recentrer la discussion sans interrompre l'enregistrement car des idées pertinentes pouvaient apparaître.

- ✓ L'intervieweur

Ce type de travail de recherche avec utilisation d'entretiens semi dirigés a représenté une première pour l'étudiant et il s'est donc révélé novice dans cet exercice. Il s'est avéré que les interventions de celui-ci ont été nombreuses, pouvant parfois prendre un aspect directif, ceci étant contraire avec le concept des entretiens semi dirigés.
Il a été essayé toutefois de minimiser cette tendance grâce à l'expérience acquise au cours de l'étude et en s'aidant des conseils du directeur de thèse.
Ce biais constitué par l'inexpérience était difficilement limitable car il supposait pour être comblé une formation préalable difficile à acquérir avant le travail de recherche du fait de contraintes temporelles.

- ✓ Relation personne âgée-intervieweur

Lors de la présentation téléphonique, l'étudiant s'est présenté comme interne de médecine générale en fin de cursus. Cet élément a pu faire naître un déséquilibre au cours de la rencontre car pouvant dériver sur un mode «médecin-malade». Au cours des entretiens, l'étudiant a constamment rappelé qu'il ne s'agissait pas d'une variante de consultation médicale mais uniquement d'un travail d'interview le plus neutre possible.

- Les biais externes

«Ils sont dus à l'environnement du chercheur et des participants» [25].
Ce biais a été limité en effectuant les entretiens au domicile afin de créer un climat de confiance. Les personnes âgées étant d'autant plus sensibles au cadre qui les entoure, il a fallu s'adapter à cette donnée et le domicile s'est imposé comme lieu de réalisation.
L'entretien F s'est déroulé en compagnie de l'épouse qui a activement participé avec la possibilité d'influencer le discours de la personne interviewée mais cette présence a permis de recueillir le ressenti de l'aidant naturel, ce qui a contribué à la richesse des opinions.
Au cours de l'entretien H, il a fallu stopper l'enregistrement sur intervention du mari de la personne mais l'étudiant s'est forcé de reprendre la fluidité de l'interview en reformulant la question et les propos soulevés avant l'interruption.

- Les biais d'investigation

«Ceux-ci se manifestent quand le chercheur interroge les participants d'une manière qui peut influencer leur discours» [25].
Au cours de l'étude, le guide d'entretien a été conservé dans sa forme originale. La forme et la tournure des questions ont varié mais en s'efforçant de ne pas s'éloigner des axes définis lors de son élaboration.

- Les biais d'interprétation

Ce biais a été limité par la réalisation d'un double encodage: l'étudiant et le maître de thèse ont effectué le codage de manière indépendante. Les thèmes, codes et définitions de l'étudiant ont été comparés pour chaque entretien avec ceux identifiés par le directeur de thèse afin de tendre vers une harmonisation objective à l'origine de la triangulation: «La crédibilité et la transférabilité sont montrées par la triangulation (méthode de collectes multiples dont les résultats sont convergents)» [28].

II. Sur les résultats

A. La nécessité d'une coordination

Les résultats obtenus par ce travail permettent d'esquisser le constat suivant: les personnes âgées intègrent le réseau «personnes âgées» suite à des demandes ou à des situations, de plein gré ou lors d'évènements aigus (comme une hospitalisation suite à une chute), variées et multiples souvent à la croisée des chemins entre le domaine médical, social, psychologique, sanitaire et environnemental.
Le maintien à domicile peut se retrouver compromis si les professionnels de santé de terrain ne disposent pas de réponses adéquates aux besoins des patients âgés vivant encore dans leurs logements.
Dans ce contexte, soit par apparition brutale soit par évolution insidieuse, l'individu peut se retrouver exposé à une situation à risque de rupture du maintien à domicile. La conséquence qui peut en résulter est le recours à l'hospitalisation (ou réhospitalisation rapprochée) parfois après passage par le service d'accueil des urgences de la structure hospitalière. L'admission d'une personne âgée au motif d'un maintien à domicile impossible est délétère pour la santé de la personne. Le médecin généraliste, proche de son patient, se sent désarmé de même que le médecin hospitalier qui est confronté à une situation qui aurait souvent pu être évitée.

Selon l'enquête nationale réalisée en 2011 pour la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), le recours aux hospitalisations non programmées génère une inadéquation dans l'occupation des lits à l'hôpital avec un cout estimé à 2.35 milliards d'euros dont une très large part concerne les patients âgés [29].

Comment éviter l'aboutissement de telles situations, ou tout du moins qu'elles deviennent moins fréquentes?

La réponse des pouvoirs publics est apparue sous la forme des projets PAERPA qui peut, de prime abord, apparaitre éloignée de la pratique de la médecine quotidienne de terrain. Nous essayons d'illustrer avec ce travail les pistes soulevées par un tel projet afin de tendre vers une application réaliste et concrète.

- Qui doit se coordonner?

Quels sont les professionnels confrontés à une personne âgée dont le maintien à domicile dans des bonnes conditions semble compromis ?

Tout d'abord le médecin de famille, car souvent c'est lui qui est interpellé et qui représente la solution: «*Faites hospitaliser notre maman docteur car elle ne peut plus rester toute seule chez elle*».

Le pharmacien, qui délivre les médicaments et qui voit arriver la voisine de la personne au motif «*qu'elle se sent moins bien et qu'elle ne pouvait pas se rendre elle-même à la pharmacie*».

L'infirmière libérale qui passe régulièrement pour des soins et qui constate progressivement une dégradation de l'état de la personne.

Le kinésithérapeute, le pédicure ou l'orthophoniste qui voient bien que la personne présente une diminution des performances ou une négligence corporelle inhabituelle.

Ces différents intervenants sont donc impliqués dans la prise en charge de la personne âgée, chacun exerçant ses compétences à différents niveaux que l'on pourrait comparer aux morceaux d'un puzzle.

Le but final est de réunir ces pièces afin qu'elles s'emboitent au mieux, c'est à dire que les professionnels puissent échanger de manière réactive et fluide et que le résultat soit une prise en charge coordonnée la plus efficace possible. La santé et le bien-être de l'individu représentent la vision d'ensemble du puzzle fini.

- Le concept de Coordination Clinique de Proximité (CCP)

Celui-ci est issu de l'évolution de la prise en charge d'affection aigue vers celle que requièrent les personnes âgées polypathologiques et/ou atteintes de maladies chroniques. Ces dernières nécessitent une prise en charge faisant appel à de multiples compétences. Les acteurs de terrain ont adapté leurs pratiques en développant des modes d'exercice regroupé des professionnels de santé en soins primaires: Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), Pôles de Santé Pluriprofessionnels Ambulatoires (PSPA) ou centres de santé.

La prise en charge de la personne âgée étant pluridimensionnelle, l'adaptation des acteurs de soins primaires s'est orientée vers un exercice pluriprofessionnel. Celui-ci désigne l'exercice conjoint et non hiérarchique de professionnels de métiers différents, agissant en soins primaires de façon à répondre aux demandes des patients, chaque professionnel pouvant intervenir sans se limiter obligatoirement à son domaine de compétences traditionnel et/ou réglementaire.

Le «socle de base» de la CCP est constitué par la triade médecin traitant, pharmacien d'officine et infirmier libéral. Il faut noter que dans les projets PAERPA le recours à d'autres professionnels de santé comme les kinésithérapeutes est justifié si la situation le requiert.

Une des forces de ces acteurs est leur relation étroite avec la personne âgée. Souvent ils se connaissent depuis de nombreuses années soit personnellement, soit par l'intermédiaire de proches ou de connaissances. A la différence des grandes agglomérations dans lesquelles les relations humaines sont souvent pauvres et transitoires, en région rurale un lien social persiste avec un certain degré d'intimité dans les échanges. Ainsi ces trois acteurs connaissent le plus souvent très bien le parcours de vie des personnes âgées et peuvent ainsi apprécier leurs attentes et leurs préférences.

De plus, ils connaissent l'offre de soins dans leur zone géographique et peuvent mettre en adéquation le parcours de soins de la personne âgée en tenant compte de sa personnalité. Ils permettent une prise en charge réaliste, au cas par cas, entre ce qui doit être théoriquement entrepris et ce qui est réellement réalisable.

La coordination clinique de proximité est donc un élément important de la prise en charge globale et coordonnée de la personne âgée car elle se trouve au plus proche géographiquement et humainement parlant.

- L'intérêt d'étendre la CCP à d'autres intervenants

  - ✓ Le niveau paramédical

Ce dispositif pourrait permettre de répondre en partie pour le médecin généraliste à des demandes des patients âgés. Il semble licite d'imaginer que, suivant les situations, d'autres professionnels puissent participer à cette coordination (kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues…).
Les entretiens ont fait apparaitre la peur de la chute : imaginons une réunion de coordination clinique de proximité entre les différents acteurs concernant une personne âgée exposée au risque de chute.
Le médecin traitant indique et précise la composante médicale de la chute (recherche étiologique comme une hypotension orthostatique, réalisation de tests comme l'appui monopodal…).
Le pharmacien examine les médicaments pouvant induire des troubles de l'équilibre.
L'infirmière précise les conditions de vie.
La diététicienne s'assure des apports nutritionnels pour le capital osseux et musculaire.
Le psychologue est disponible en cas de retentissement psychique du risque de chute.
Le kinésithérapeute s'assure de la réautonomie à la marche.
Le cas de la personne fait donc l'objet d'une approche de concertation pluriprofessionnelle à l'échelle de la proximité comme il est fait de manière plus ancienne à l'hôpital.
Il s'en suivra de nouvelles réunions permettant une réévaluation périodique de la situation et des ajustements si nécessaire.
Par cet exemple, à l'échelle de la proximité, une réponse peut être proposée à la personne âgée.

  - ✓ Le domaine social

Au cours des entretiens, il est apparu que la situation financière de nombreuses personnes âgées était une préoccupation pouvant menacer leur souhait de rester à domicile. L'intervention de l'assistante sociale du réseau du sud meusien a permis d'apporter une solution en recherchant et en obtenant des aides financières.
Ce phénomène, constaté au cours des entretiens, touche des femmes de 75 ans et plus et confirme les conclusions du rapport du gouvernement sur la pauvreté en France de décembre 2012: *«les générations les plus anciennes (où les femmes sont surreprésentés du fait de leur longévité) ont cumulé moins de droits à la retraite, en raison de carrière incomplète et du veuvage plus fréquent»* [30].

Cette intervention sociale semble donc nécessaire pour garantir la durabilité du maintien à domicile: à quels organismes s'adresser, quelles sont les démarches à effectuer et quels sont pécuniairement parlant les bénéfices qui peuvent être espérés?
Ainsi les services d'une assistante sociale présente physiquement pendant les réunions pourraient permettre de constituer une réponse de proximité.
L'ensemble de la démarche s'inscrit dans une logique de coordination adaptée à chaque patient, pluriprofessionnelle et globale.

- CCP et repérage de la fragilité

Comme il a été défini dans la partie « personnes âgées », deux caractéristiques essentielles du syndrome de fragilité sont l'instabilité et la réversibilité.
Un individu en état d'instabilité est exposé à un risque de déclin fonctionnel et de décès. [31]
L'identification de la fragilité permet d'améliorer la prise en charge. Dans ce sens, des réflexions sont en cours sur la place d'un protocole médecin-infirmière et l'utilisation d'outils comme la grille SEGA modifiée (Short Emergency Geriatric Assesment).

- ✓ La place du protocole de coopération médecin-infirmière

Il existe un projet de l'ARS de Lorraine [32] sur la détection et la prise en charge de la fragilité.
Son objectif est de sélectionner les sujets avec évolution récente vers un état de fragilité selon différents critères adaptés à partir de l'étude PAQUID [33]. Suivant la présence ou non de ces critères, la personne peut bénéficier d'une évaluation gérontologique.
Cette évaluation comporte un examen clinique et un bilan gériatrique standardisé.
Elle est réalisée par un médecin et une infirmière. Elle permet une synthèse et le recours à une consultation spécialisée si nécessaire.
Une nouvelle évaluation gérontologique six mois plus tard selon la même procédure assure le suivi selon les critères suivants: évaluation des scores, suivi des recommandations à six mois, nombre de médicaments et d'hospitalisations.

✓ La grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assesment) modifiée [ANNEXE.3]

La dimension réversible permet d'envisager une évaluation gériatrique standardisée (EGS) et donc d'agir sur les déterminants de la perte d'autonomie évitable, exposant au risque d'hospitalisation.
Le challenge pour les médecins traitants sur le terrain qui sont amenés à être confrontés à ces situations est de posséder un outil rapide, fiable, reproductible et qui permet de répondre à la question: mon patient est-il fragile? La personne âgée peut-elle rester à domicile dans la situation actuelle ou doit- elle être orientée sur une structure hospitalière?
Au niveau lorrain et dans le cadre des projets PAERPA, une étude concerne la validation d'un outil de repérage de la fragilité au domicile : la grille SEGA modifiée. [34]
L'intérêt pour le médecin traitant est de l'aider et de le conforter dans l'identification des déterminants de la fragilité, agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite «évitable», prévenir la survenue d'évènements défavorables, cibler les indications d'une EGS, c'est-à-dire recourir au réseau local personnes âgées.
Les résultats des entretiens ont fait apparaitre la place prépondérante du médecin généraliste dans l'intégration des personnes âgées dans le réseau confirmant son rôle essentiel dans le dépistage de la fragilité. Mais d'autres intervenants du domaine paramédical, dans notre étude un podologue, ont orienté des patients vers le réseau «personnes âgées». Il semble ainsi pertinent que les professionnels intervenant à domicile, comme les auxiliaires de vie, puissent être formés au repérage de la fragilité.
La finalité étant de réduire le risque d'hospitalisation non programmée pour des personnes identifiées comme fragiles.

- La coordination ville-hôpital

La coordination entre les professionnels de santé amenés à prendre en charge une personne âgée nécessite la formalisation du suivi.
Plusieurs expérimentations sont en cours pour l'élaboration d'outils permettant une transmission des informations du dossier patient entre les soignants tel que le volet médical de synthèse (VMS).
Il se présente sous la forme d'une fiche de synthèse informatisée, conforme aux standards techniques et aux référentiels médicaux. Il contient des renseignements administratifs et cliniques, les traitements au long cours et les points de vigilance [35]. Il doit permettre une meilleur organisation du retour à domicile d'une personne âgée en connaissant les aides déjà mises en place, notamment après le passage par les services d'accueil des urgences.

Ce développement s'inscrit dans la volonté du gouvernement de moderniser l'offre de soins à travers le programme «Territoire de soins numérique».
Il vise à favoriser l'émergence de territoires d'excellence, fondés sur des démarches innovantes, une coordination forte entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge du patient (notamment de la personne âgée), l'amélioration et la sécurisation du circuit du patient et des systèmes d'information modernes et ouverts à l'ensemble des acteurs de la chaine de soins [36].
L'ARS lorraine s'est portée candidate auprès du ministère pour faire partie des 5 régions pilotes. Le territoire de développement choisi englobe le territoire du sud meusien et du toulois du fait de la réorganisation de la médecine de premier recours en MSP et PSPA dans le sud meusien et de l'existence, sur ces 2 territoires, de réseaux restructurés et axés sur la personne âgée et/ou handicapée et d'un maillage de qualité sur la plan médico-social.

L'amélioration de la transition hôpital-domicile doit permettre à terme de diminuer le nombre de réhospitalisations évitables.
Pour atteindre cet objectif, des mesures visant à améliorer la gestion hospitalière des sorties sont évaluées, notamment la systématisation de la remise, le jour de la sortie, des documents nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient en ville comme la Fiche de Sortie d'Hospitalisation (FSH). Elle est destinée à être transmise aux partenaires de ville tels que les médecins, les infirmières, les pharmaciens ou les SSIAD.
Si le retour à domicile n'est plus possible dans des conditions de sécurité satisfaisantes, la coordination entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants doit être améliorée lors de l'orientation post-hospitalière d'un patient âgé. Une concertation est nécessaire entre les deux partis dans le cadre d'un changement de lieu de vie de la personne comme l'orientation vers un EHPAD.

- Coordination et rémunération

Les entretiens ont fait apparaitre que la totalité des douze personnes interrogées n'ont pas connaissance de l'existence du réseau et surtout de ce qu'implique son intervention. Le manque d'explications peut être à l'origine d'un décalage entre les attentes de la personne et la manifestation concrète de l'intervention du réseau, comme le laisse supposer l'avis d'une des personne interrogée: *«j'avais compris comme ça qu'il y aurait quelqu'un qui viendrait de temps en temps, parler un petit peu de tout, changer les idées»* C/460-462.
A l'heure actuelle, il existe une redéfinition de la place du patient dans l'offre de soins.
Face au développement des technologies des soins médicaux, on assiste à un recentrage de la place du patient dans la démarche de soins tout en respectant les décisions et les valeurs de celui-ci. «*La*

clef du réseau, c'est le patient» aime à dire Gilles Poutout, directeur adjoint de l'Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

Conformément au devoir d'information, il semble légitime que la personne âgée puisse bénéficier d'une présentation du réseau, de ses missions et de ses intervenants.

Il semble important de signaler que l'entrée dans un réseau gérontologique est un évènement important: la personne âgée est confrontée au fait que son mode de vie préexistant ne lui permet plus de rester à domicile dans de bonnes conditions.

Il faut donc accepter de recevoir de l'aide et concrètement d'«ouvrir sa porte».

Cette démarche sous-entend de laisser des personnes extérieures pénétrer son intimité.

Il peut s'agir d'un processus délicat car entrainant une modification des habitudes de vie souvent installées depuis de longues années.

Face à une demande ou une situation sortant de son niveau de compétences (notamment celles relevant du domaine social), le médecin voit le recours au réseau comme un moyen de secours.

L'idée qui est sous-entendue est que le médecin généraliste voit le réseau comme «un outil» lui permettant de solutionner certaines demandes ou situations complexes. Mais pour le patient la finalité de son entrée dans le réseau n'est pas claire: *«la preuve, je suis rentrée, nous sommes rentrés, mon mari et moi dans le réseau sans savoir ce que c'était exactement…»* A/19-20.

Cette constatation semble paradoxale étant donné que l'un des principes de la coordination clinique de proximité est de partir des besoins de la personne.

Quelles en sont les raisons?

Il faut tout d'abord que le médecin traitant connaisse le réseau et son fonctionnement.

De plus, il faut prendre un certain temps pour expliquer ces éléments à une personne âgée.

Est-ce là le rôle du médecin généraliste? En envisageant cette hypothèse, quels pourraient être les moyens de réponse?

L'idée qui en découle est la suivante: si le médecin prend du temps pour expliquer et présenter le réseau à la personne, il peut légitimement espérer une rémunération en adéquation avec cette nouvelle fonction.

A l'échelle des réseaux de santé, il existe la possibilité de financer des dérogations tarifaires uniquement dans le cadre de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR).

Il peut s'agir de financements exceptionnels d'actes (acte de podologie en diabétologie par exemple) ou de rémunérations de prestations à des professionnels de santé: actes de coordination (sous forme de forfait), la surcotation d'une consultation particulière (éducation du patient) ou un acte dérogatoire (prévention).

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, la Visite Longue et complexe (VL) a été mise en place.

Ce nouvel acte est prévu par l'article 27.2 de la nouvelle convention des médecins généralistes et spécialistes approuvée en septembre 2011 [37].

Cette nouvelle consultation est réalisée par le médecin traitant au domicile de patients atteints de maladie neurodégénératives dont la maladie d'Alzheimer. Elle a pour but d'évaluer la situation du patient dans son environnement et de mieux appréhender ses besoins et ceux de son entourage. Elle s'inscrit dans le cadre du suivi et de l'évaluation périodique de leur pathologie. Elle peut avoir lieu en présence d'aidants naturels. Elle s'effectue une fois par an, à l'initiative du médecin traitant, et peut être renouvelée en cas de modification notable de la situation du patient. Elle est valorisée 2V soit 46 euros.

On pourrait envisager que ce mode de rémunération puisse être étendu, non plus aux seules personnes atteintes de maladies neurodégénératives, mais à celles qui pourraient être qualifiées de «fragiles».

En effet celles-ci nécessitent très souvent une coordination et un investissement humain et matériel car relevant d'une situation complexe.

Le corollaire est qu'il faille définir de manière pratique et généralisable les critères de cette fragilité. La finalité est double. Tout d'abord, que la personne âgée puisse recevoir toutes les informations par son médecin traitant afin de pouvoir appréhender ce que conditionne sa participation au réseau. Ensuite, que ce dernier puisse bénéficier d'une rémunération attractive et valorisant son implication. Cette question s'inscrit dans la réflexion sur les nouveaux modes de rémunérations des médecins généralistes.

Le 1er juillet 2013 a vu la mise en place d'une rémunération forfaitaire de 5 euros pour les patients âgés de 85 ans et plus, puis à compter du 1er juillet 2014 pour les patients âgés de 80 ans et plus [38].

Dans le cadre de patients suivis par le médecin traitant après hospitalisation, il existe la majoration de 23 euros pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation (MSH) pouvant être réalisée une seule fois dans le mois qui suit la sortie [39].

Il existe à l'heure actuelle des discussions entre le gouvernement et les représentants des professions médicales sur la rémunération du travail en équipe: pour certains, dont Jean-François REY, patron de l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS), la formalisation du travail de coordination entre professionnels de santé libéraux éviterait de nombreuses hospitalisations inutiles mais aussi, en améliorant le suivi post-hospitalisation, les réhospitalisations.

Elle se révélerait alors essentielle dans la prise en charge de certaines pathologies comme l'insuffisance cardiaque ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Mais également pour éviter les complications liées à certaines pathologies chroniques, dont le diabète.

Le développement des nouveaux modes de rémunération doit permettre à l'ensemble des intervenants du domaine médical et paramédical amenés à travailler en collaboration de bénéficier de rémunérations allouées au travail en équipe.

B. La coordination territoriale d'appui aux professionnels de terrain: une des missions du réseau

Pour le médecin généraliste, le réseau personnes âgées fait partie des structures pouvant répondre à sa demande en expertise gériatrique face à des prises en charge souvent complexe de personnes âgées fragiles et/ou polypathologiques.
L'autre structure aux compétences pluriprofessionnelles et multidisciplinaires pouvant intervenir est représentée par le pôle ambulatoire de gériatrie (consultations et hospitalisation de jour).
Pour la personne âgée, la mission principale du réseau est de permettre le maintien à domicile dans des conditions de sécurité optimales. En effet, les entretiens ont mis en évidence le désir très fort qu'ont les personnes âgées de rester le plus longtemps possible dans leur domicile: *«Oh oui ça c'est certain que j'aimerais rester à la maison le plus longtemps possible»* E/511.

- La participation des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) comme relais entre la CCP et le réseau

Les expérimentations PAERPA voient la coordination s'établir à deux niveaux.
Tout d'abord celle de terrain, correspondant à l'échelle de la proximité, représentée par le médecin généraliste qui en constitue le pivot, le pharmacien d'officine et l'infirmier libéral.
Puis celle d'appui, correspondant à l'échelle du territoire, représentée par le réseau de santé. Celui-ci a parmi ses rôles l'évaluation globale à domicile, avec l'accord du médecin traitant.
Une piste de réflexion pourrait concerner la place des infirmières et des infirmiers des SSIAD.
Dans le cadre du Réseau de Santé du Sud Meusien, l'infirmière coordinatrice fait remonter ses observations lors de réunions pluridisciplinaires entre les divers professionnels du réseau et donc au centre hospitalier de Bar le Duc, qui constitue l'emplacement «physique» du réseau.
On peut soulever la question du rôle éventuel des SSIAD comme éléments de relais entre les équipes de terrain et le réseau.
L'infirmière SSIAD pourrait effectuer une évaluation de la situation d'une personne âgée. Suivant ses constatations, elle pourrait se mettre en relation soit avec l'infirmière coordinatrice du réseau si une prise en charge spécialisée s'avère nécessaire (réalisation d'une EGS) soit directement avec

l'assistante sociale si la situation requiert une intervention d'ordre social comme la mise en place d'aides à domicile ou d'allocation personnalisée d'autonomie.
Elle pourrait alors échanger et transmettre les observations au médecin traitant et au pharmacien dans le cadre de la CCP.
Les SSIAD assurent déjà un maillage du territoire, sont amenés à faire partie intégrante de la coordination clinique de proximité et sont les professionnels qui ont souvent le meilleur reflet de la situation vécue à domicile par une personne âgée.
L'intérêt serait multiple: implantation préexistante et connaissance du territoire, intervention au plus près des personnes âgées souvent dans un climat de confiance et échanges rapprochés avec le médecin traitant.
Ainsi un coordonnateur des soins infirmiers pourrait être responsable de la transmission des informations entre la proximité (le médecin traitant) et l'hôpital (le réseau).
Il pourrait centraliser les situations constatées par ses confrères infirmiers, ceux-ci ayant reçu une formation préalable axée gérontologie sous l'égide du réseau, et en faire le compte rendu lors des réunions multidisciplinaires du réseau de santé.

- Redéfinir les populations cibles

Les textes de loi ont retenus une limite d'âge de 75 ans comme seuil permettant de déclencher l'action du réseau. Toutefois celle-ci peut être destinée à des patients plus jeunes avec handicap. Il s'agit des malades les plus complexes en situation de perte d'autonomie. L'enjeu de la réorganisation du système de soins français et les réflexions sur les parcours de santé orientent ce type de structures à une action plus en amont. Le tout en coordination avec les équipes de proximité, et notamment le médecin généraliste.
Cette tendance de vouloir agir plus tôt nécessite des outils de repérage et d'alerte, comme la grille SEGA, et permettrait d'orienter les personnes identifiées comme fragiles vers le réseau de santé.

- L’aidant et la personne âgée dépendante

Depuis le plan Alzheimer 2008-2012, l’accent est mis sur l’état de santé des aidants et l’importance de leur faire bénéficier, si besoin, d’une prise en charge médicale et/ou psychologique et/ou sociale [40].
La dépendance entrainée par la maladie d’Alzheimer ou par d’autres processus comme l’évolution d’une insuffisance cardiaque, requiert un investissement humain qui incombe à l’aidant naturel avec des répercussions possibles sur sa santé.
Ainsi, les mesures prises dans le cadre de l’aidant accompagnant une personne souffrant de maladie d’Alzheimer seraient à étendre à l’ensemble des aidants impliqués dans l’accompagnement des personnes devenues dépendantes.

- Orientation pour une nouvelle prise en charge

Les résultats concernant la perception qu’ont les personnes âgées sur leur santé et leur environnement ont fait apparaitre le sentiment de solitude et d’isolement, source d’un mal être psychique, facteur favorisant la dépression.
Ce travail de recherche a mis en évidence des nouvelles idées de prise en charge du réseau.
Par exemple, l’organisation de sorties encadrées par le réseau. C’est-à-dire de favoriser des échanges humains entre des personnes partageant le point commun de faire partie d’un réseau de santé et ainsi de rompre l’isolement social.
De même, l’accompagnement pour l’apprentissage de nouvelles technologies, comme l’utilisation d’ordinateurs.
Il s’agit de propositions émises par les patients et il est intéressant de noter qu’elles ne concernent pas la dimension médico-sanitaire, qui est souvent le champ d’action principal du réseau, mais plutôt ludique.
Dans les faits, il pourrait s’agir de mesures peu coûteuses, logistiquement réalisables et pouvant entrainer des bénéfices importants.
Lutter contre la solitude de la personne âgée et/ou handicapée, en favorisant les échanges et les rencontres, peut permettre de faire développer une dynamique positive.
Ces propositions rejoignent d’autant plus l’idée que se font certaines personnes âgées concernant les séances d’ETP qui pourraient être des occasions de rencontre et de partage: *«oui des petites réunions… avec d’autres personnes»* B/801-819.
Au niveau du territoire du sud meusien, un partenariat avec d’autres équipes pourrait permettre de développer les prises en charge du réseau.

Pour l'organisation de sorties (de type après-midi récréatives, repas trimestriels, séances de gymnastique, bibliothèque ambulante) et l'accompagnement des personnes âgées, le réseau pourrait s'appuyer sur les Instances Locales de Coordination Gérontologique (ILCG). Ils rassemblent sur une zone géographique déterminée, l'ensemble des partenaires locaux concernés ou intéressés par le bien être des personnes âgées. Leur but est d'inciter les différents partenaires à se concerter, à conduire des actions réfléchies sur le terrain, englobant l'ensemble des problèmes auxquels sont confrontées les personnes âgées [41]. Les ILCG doivent travailler en partenariat avec les MSP et les PSPA.

Le centre hospitalier spécialisé de Fains-Véel a mis en place une équipe mobile de géronto-psychiatrie en décembre 2013. Sa naissance s'inscrit dans la transformation de la filière géronto-psychiatrique afin de mieux articuler la géronto-psychiatrie (psychiatrie du sujet âgé) et la psycho-gériatrie (gériatrie du sujet ayant des troubles psychiatriques). De même, favoriser le renforcement de l'articulation de la géronto-psychiatrie avec les réseaux de gériatrie et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Cette équipe pourrait être sollicitée afin de pallier au manque de psychologues exerçant en ville pour assurer une prise en charge des personnes âgées souffrant de dépression.

Elle pourrait permettre le développement des hospitalisations de répit à type de court séjour afin de soulager les aidants naturels qui se trouvent parfois en situation de fatigue et de souffrance: *«Ben puisque j'ai un mari qui a la maladie d'Alzheimer et un moment où j'étais très très très mal, très fatiguée»* H/25-27.

Les nouvelles missions du réseau personnes âgées proposées par les personnes interrogées pourraient s'associer à cette filière afin de couvrir la dimension ludique comme les sorties encadrées.

La douleur est une des plaintes qui est revenue fréquemment au cours des entretiens. Celle-ci étant tellement intense qu'elle peut parfois générer des cris et des pleurs. Il semble nécessaire d'améliorer la prise en charge de la douleur, et notamment celle des personnes âgées.

Au niveau du sud meusien, des réflexions sont en cours pour incorporer l'équipe mobile de soins palliatifs et traitement de la douleur au réseau de santé R2SM et pour la mise place de consultations douleur à l'échelle de la proximité au sein des MSP afin d'éviter des déplacements trop longs au patient algique.

Dans le même ordre d'idée, on assiste au développement des consultations de proximité d'addictologie pouvant permettre la prise en charge des problèmes liés à l'alcool chez la personne âgée.

Une autre proposition concerne l'acheminement des médicaments au domicile en situation d'urgence, c'est-à-dire quand la personne ne peut pas quitter son domicile ou n'a pas d'aidants pouvant la véhiculer ou aller pour elle à la pharmacie.
Le réseau pourrait pallier à cette situation en organisant la livraison des médicaments.
Cette option suppose la disponibilité, idéalement 24h/24h, d'un professionnel rémunéré par le réseau et ayant accès à l'ordonnance de la personne.

- La dimension humaine

Les entretiens ont mis en évidence l'image de soutien moral du réseau avec ses multiples professionnels aux compétences variées. Confrontées à des situations de souffrance ou d'isolement, les personnes interrogées ont trouvé un réconfort salutaire auprès des intervenants du réseau.
En plus de son rôle de conseiller et d'informateur, le réseau a permis de donner naissance à de véritables échanges entre le soignant et le soigné.

C. L'éducation thérapeutique des personnes âgées polypathologiques

- Une ETP globale et non spécifique d'organes et/ou de pathologies

Comme il a été évoqué, la personne âgée est très souvent concernée par la dimension polypathologique. Le constat naturel qui en découle est que ces individus devraient bénéficier d'autant plus d'une prise en charge éducative.
Cette dernière devant revêtir un caractère global et non morcelé, ne doit pas se résumer à l'addition des programmes destinés à chaque maladie.
Le risque étant de faire émerger des messages contradictoires et délétères pour la personne âgée, par exemple l'indication d'un régime hyposodé chez un insuffisant cardiaque dénutri.
Un désir d'information chez les personnes âgée a été constaté concernant leurs pathologies et les effets liés au vieillissement: «*Oui si c'était possible, moi je m'intéresse à tout moi hein*»B/630.

- L'offre

Dans les faits, les personnes âgées ont une démarche active pour aller chercher les informations dont elles ont besoin. Certaines se sont orientées vers des dispositifs existants comme Alzheimer café.

Il est apparu aussi que les personnes interrogées ne faisaient pas de lien entre le réseau et l'éducation thérapeutique, elles ne rapportaient que des discussions et des échanges mais par de véritables moments dédiés à l'approche éducative.
Il semble donc important que le réseau puisse explorer la voie de l'éducation thérapeutique des personnes âgées polypathologiques, d'autant plus qu'une approche éducative est déjà en place au sein du réseau concernant l'obésité et le diabète.

- Un projet de séance d'ETP pour les personnes âgées

De manière concrète, comment délivrer un message de santé à des personnes polypathologiques, chacune avec des sensibilités et des attentes différentes, et n'ayant comme point commun que leur âge?
Le programme OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les personnes AGEes) [42] est une intervention éducative visant à améliorer la sortie de patients admis en gériatrie pour une situation aigue afin de diminuer le risque de réhospitalisation.
Il se focalise sur trois facteurs de risque d'hospitalisation évitable: la dépression, la dénutrition et les problèmes liés aux médicaments.
Sa réalisation a fait appel à quatre séances individuelles et a montré une diminution de près de 30% des patients réhospitalisés à trois mois [43].
Ce programme a été entrepris en milieu hospitalier avec des patients beaucoup plus réceptifs car redoutant une réhospitalisation et donc plus sensibles aux messages délivrés.
Il apporte cependant une cohérence éducative synthétique en respectant les attentes du patient.
La poursuite de la prise en charge éducative au domicile du patient constitue un volet essentiel.

- ✓ La mise en place de séances collectives

Comment définir un thème pour rassembler des personnes âgées polypathologiques mais pouvant ne pas être affectées par les mêmes pathologies?
La mise en place de séances collectives constituerait une opportunité de rompre la solitude et l'isolement des personnes âgées.
Il semble nécessaire que celles-ci se mettent en place à l'échelle de la proximité en bénéficiant des infrastructures et des locaux des maisons de santé pluriprofessionnelles préexistantes.
L'approche éducative devant être globale, par conséquent la dénomination de la séance éducative doit l'être aussi.

Mais les titres de séances d'ETP comme «l'alimentation chez la personne âgée» (qui permet d'évoquer la dénutrition) ou «l'activité physique chez la personne âgée» (qui permet d'évoquer les troubles de la marche et la chute) sont-ils encore de l'éducation thérapeutique classique ou plus du domaine de la prévention de la perte d'autonomie?

L'éducation thérapeutique et la prévention de la perte d'autonomie semblent tellement interconnectées chez la personne âgée qu'on ne peut pas envisager de parler de l'une sans l'autre, même chez une personne non polypathologique et donc ne justifiant pas d'une approche éducative car non malade.

Ainsi, quelle que soit la terminologie employée, l'objectif principal est de limiter la dépendance ou de la retarder en agissant aussi bien sur la prévention des maladies liées à l'âge que sur la prévention du handicap entrainé par les maladies chroniques.

- ✓ Une stratégie en deux temps

Toutes les personnes âgées doivent recevoir une information sur le vieillissement et ses clefs pour bien le réussir.

Mais elles doivent aussi acquérir les connaissances pour bien gérer leur maladie chronique.

Donc, une hypothèse d'approche éducative en deux temps de niveau collectif peut être ébauchée.

Dans un premier temps, des réunions informatives pourraient être mises en place avec un thème générique et non anxiogène comme «activité physique chez le sujet âgé».

Volontairement les termes «chutes» ou «troubles de l'équilibre» ne devraient pas être évoqués.

Comme les entretiens l'ont fait apparaitre, les personnes âgées se trouvent interpellées et mal à l'aise vis-à-vis des maladies liées à l'âge ou aux conséquences des maladies chroniques.

Il en résulte chez cette population un amalgame entre les deux, source d'appréhension pouvant être à l'origine de conduites d'évitement pour s'informer: *«Oui et non parce que moi tout ça ça me fait peur alors je ne tiens pas à savoir pour ci pour ça (…) parce que après j'vais encore avoir tout ça qui va me trimbaler la nuit dans la tête»* K/221-224.

Ces réunions, sous la responsabilité de médecins, pharmaciens, infirmières et kinésithérapeutes, pourraient permettre d'aborder la question de l'activité physique et de ses bénéfices à tout âge.

Le but est de réunir le plus grand nombre d'individus afin de les sensibiliser le plus tôt possible dans leur parcours de vie.

Au niveau des professionnels de santé, ces réunions pourraient permettre un repérage des personnes apparaissant plus à risque de perte d'autonomie du à un risque de chute ou de trouble de l'équilibre.

Dans un deuxième temps, une liste des personnes ciblées lors de ces réunions pourrait faire l'objet d'une approche plus éducative avec la possibilité de reconvoquer les individus, après leur accord, pour la réalisation d'ateliers «chutes et savoir se relever».
D'autres domaines comme la dénutrition ou les troubles cognitifs pourraient bénéficier de cette stratégie.
Une première phase de sensibilisation liée à l'avancée en âge aboutira à un diagnostic éducatif.
Une deuxième phase éducative avec la réalisation d'ateliers culinaires ou ateliers mémoire conduira à terme à une évaluation globale.

- Les conditions de réalisation

  - ✓ Le financement

La mise en place de ce dispositif requiert un partenariat sous forme de contrats locaux de santé. Ceux-ci doivent impliquer les communautés de commune, les mairies et les ARS afin de mettre en place des actions de prévention destinées à la population d'un territoire.
Le développement de ce type de projet (prévention ou ETP) nécessite d'interpeller l'ensemble des financeurs éventuels comme les mutuelles, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), les ARS ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Les financements alloués seraient destinés à indemniser les professionnels, à l'acquisition de matériels et au fonctionnement d'un secrétariat.

  - ✓ Former les professionnels

La mise en place de cette sensibilisation éducative implique une formation des professionnels de santé, afin que le plus grand nombre de patients puissent en bénéficier, par le biais de l'association pour le développement de l'éducation thérapeutique en Lorraine (EDULOR).
Il est donc important d'entreprendre la promotion de la formation des professionnels afin que la prise en charge de l'individu âgé puisse trouver sa véritable place dans le soin centré sur la personne.

  - ✓ Les transports

S'adresser à des personnes âgées pour les sensibiliser au vieillissement en les réunissant en un même endroit fait apparaitre le problème des transports. On pourrait envisager pour pallier à cette

difficulté l'organisation d'une forme de covoiturage de proximité: une personne pouvant conduire son véhicule personnel se chargerait de faire la tournée afin de transporter les personnes âgées sur le lieu de la rencontre.
Mais les personnes les plus fortement diminuées ne pourraient pas bénéficier de cette disposition car souvent des moyens de transport à type de Véhicule Sanitaire Léger (VSL) sont nécessaires.
Se pose alors la question d'une mise en place plus structurée avec les pouvoirs publics et les moyens de financement.

- ETP et prise de conscience

La peur du diagnostic d'une maladie liée au vieillissement ou du handicap résultant d'une maladie chronique est le premier obstacle à la mise en place de l'ETP.
En conséquence, la personne ne souhaite pas se renseigner ou recevoir des informations sur sa santé.
De plus, il persiste chez les personnes âgées rencontrées la notion d'une fatalité liée à l'avancée en âge: *«Oh ça viendra quand ça viendra»* D/345.
Il semble donc nécessaire de faire évoluer les mentalités sur la dimension symbolique que représente le vieillissement dans notre société.
Celle-ci, de plus en plus exigeante, technique et rapide, oblige l'individu à fournir un rendement maximal dans tous les domaines de la vie quotidienne.
Dans cette quête de productivité imposée, la personne âgée ne peut que se considérer dépassée et ne plus correspondre au cahier des charges des sociétés occidentales.
Il faut donc provoquer une prise de conscience chez les professionnels de santé qui doivent se former pour prendre en charge cette population grandissante, mais aussi chez chaque individu qui sera confronté à un moment de sa vie au défi d'un vieillissement réussi: «*(…) faudrait bien faire comprendre à toutes les personnes comment bien vieillir*» A/44.

III. Mon ressenti

La réalisation de ce travail de recherche par entretiens semi dirigés s'est avéré délicat du fait de mon manque d'expérience dans l'utilisation de cette méthode et des spécificités qu'implique d'interroger une personne âgée. Ceci a parfois rendu délicat le déroulement de certains entretiens car il a fallu que je multiplie mes interventions pour recentrer la discussion, au risque d'influencer le contenu des réponses. Cette expérience s'est avérée enrichissante sur le plan humain : au cours des rencontres avec ces personnes âgées, j'ai pu prendre conscience des situations parfois difficiles auxquelles elles peuvent être confrontées tant sur le plan médico-social que psychologique. Je souhaiterais que cette étude me permette de rester sensibilisé à la nécessité d'une prise en charge globale et coordonnée de nos aînés tout en respectant leurs désirs et leur projet de vie.

CONCLUSION

.

La réalisation de douze entretiens semi dirigés a permis l'exploration des attentes et du ressenti des personnes âgées prises en charge par le Réseau de Santé du Sud Meusien (R2SM).

La prise en charge de la population âgée, qui peut être confrontée à la fragilité et à la dépendance, constitue un défi socio-économique majeur que le système de soins français doit relever dans les années à venir.

Les réseaux de santé gérontologiques en appui du médecin traitant, acteur incontournable des soins de premier recours, et les récents projets PAERPA représentent des éléments de réponse mis en place par les pouvoirs publics et impliquent les nouveaux modes de rémunération et la formation des acteurs de santé.

La place des réseaux de santé gérontologiques est devenue indispensable pour rendre concret le désir des personnes âgées de vivre le plus longtemps possible à domicile. La mise en œuvre de Plan Personnalisé de Santé, sous l'égide du médecin traitant, doit rendre réalisable ce projet de vie dans des conditions de sécurité optimales.

Le développement d'outils de formalisation du suivi, en phase avec les nouvelles technologies, doit permettre une harmonisation de la prise en charge globale et coordonnée de la personne âgée afin d'améliorer le suivi du patient notamment entre la ville et l'hôpital et prévenir les situations à risque de rupture.

Le Sud Meusien, territoire rural avec une population âgée et souvent isolée, fait preuve d'un réel dynamisme comme le prouve sa participation au programme «territoire de soins numériques».

Des propositions peuvent être émises comme la création de réunions collectives portant sur le vieillissement et sur l'éducation thérapeutique à orientation gériatrique pour renforcer cet état de fait. Cette dynamique doit pouvoir s'appuyer sur les pôles et maisons de santé ainsi que sur les équipes de proximité sociales et associatives, en partenariat avec les organismes de financement.

Afin de compléter cette étude, il semblerait pertinent d'interroger des aidants de personnes âgées prises en charge par ce même réseau, afin d'explorer les bénéfices que cette structure peut leur apporter.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée (J.O. du 25 avril 1996).
Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=&categorieLien=id

[2]. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (J.O. du 5 mars 2002).
Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

[3]. ATTAL J.
La coordination gérontologique en quelques mots [Consulté le 30 octobre 2013].
Disponible sur:
http://fr.viadeo.com/fr/groups/detaildiscussion/?containerId=0022e9zc132p5hnd&forumId=0021zr6pidi3dvjx&action=messageDetail&messageId=0022bg6a2d9ug35j

[4]. BLANCHARD N.
Du réseau à la coordination gérontologique: un nouveau paradigme pour le secteur médico-social? Retraite et Société 2004; 3 (43): p 165-186.

[5]. Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan Solidarité Grand Age.
Disponible sur:
http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-144.html

[6]. Qu'est-ce qu'un réseau. 11 juin 2010.
Disponible sur:
http://www.reseaux-gerontologiques.fr/qu-est-ce-qu-un-reseau

[7]. Circulaire DHOS/02/03/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé «personnes âgées».
Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf

[8]. JEANDEL C, PFITZENMEYER P, VIGOUROUX PH.
Un programme pour la gériatrie: 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir. Ministère de la santé et des solidarités, mai 2006, 54p.
Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000419/index.shtml

[9]. Fonctionnement. Le réseau de Santé Sud meusien.
Disponible sur :
http://www.geronto-sud-lorraine.com/reseau-sud-meusien/fonctionnement/

[10]. FANJEAUX A.
Ressenti des professionnels de santé libéraux du territoire sud meusien vis-à-vis de l'organisation des réseaux de santé. Thèse de médecine: Nancy: 2012.

[11]. ROLLAND Y, BENETOS A, GENTRIC A, ANKRI J, BLANCHARD F, BONNEFOY M et al.
La fragilité de la personne âgée: un consensus bref de la Société Française de gériatrie et gérontologie.
Gériatrie et psychologie neuropsychiatrique du vieillissement 2011; 9 (4): 387-390.

[12]. DUEE M, REBILLARD C.
La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040.
Données sociales: la société française.
Paris: INSEE; 2006: 613-619.

[13]. SANTOS-EGGIMANN B, CUENOUD P, SPAGNOLI J, JUNOD J.
Prevalence of frailty in middle aged and older community dwelling Europeans living in 10 countries.
The journals of gerontology series A: biogical sciences and medical sciences 2009; 64 (6): 675-81.

[14]. KUBBIAK Y.
Personnes âgées dépendantes: le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante.
Economie Lorraine 2012; 289 :1-5.

[15]. La prise en charge des personnes âgées en Lorraine : un enjeu important dans les prochaines années.
Disponible sur:
www.drees.sante.gouv.fr/lorraine,6768.htlm

[16]. Un nombre élevé et grandissant de personnes âgées.
Disponible sur:
www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14490&page=EL/EL.fr

[17]. Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA.
Disponible sur:
www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf

[18]. HAS.
Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Date de validation juin 2007.
Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/fr/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

[19]. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic patient education- continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease, traduit en français en 1998.
Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf

[20]. SIMON D, TRAYNARD PY, BOURDILLON F, GAGNAYRE R, GRIMALDI A.
Education thérapeutique: prévention et maladies chroniques. 2me éd.
Paris: Elsevier Masson; 2009

[21]. REUBEN DB, TINETTI ME.
Goal-Ooriented patient care: an alternative health outcomes paradigm.
The New England Journal of Medecine 2012; 366: 777-779.

[22]. PARIEL S, BOISSIERES A, DELAMARE D, BELMIN J.
L'éducation thérapeutique en gériatrie: quelles spécificités?
La presse médicale 2013; 42 (2): 217-223.

[23]. BOUCHON JP.
1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie.
La Revue du Praticien 1984; 34: 888-92.

[24]. FORSTER AJ, MURFF HJ, PETERSON JF, GANDHI TK, BATES DW.
The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital.
Annals of Internal Medecine 2003; 138 (3): 161-167.

[25]. AUBIN AUGER I.
Introduction à la recherche qualitative.
Exercer 2008; 19 (84): 142-145.

[26]. FRAPPE P.
Initiation à la recherche.
Paris: La revue du praticien; 2011, p 103

[27]. MUKAMUARERA J, LACOURSE F, COUTURIER Y.
Des avancées en recherche qualitative: pour une transparence et une systématisation des données.
Recherches qualitatives 2006; 26 (1): 110-138.

[28]. BORGÈS DA SILVA G.
La recherche qualitative: un autre principe d'action et de Communication.
Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2001; 32 (2): 117-122.

[29] Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières: mesure des inadéquations et coût des inadéquations hospitalières, DGOS 2011.
Disponible sur:
http://www.anfh.fr/site/anfhfr/enquete-nationale-pour-l-evaluation-des-inadequations-hospitalieres-lot-1-mesure-des-ina

[30] Rapport du gouvernement sur la pauvreté en France décembre 2012
Disponible sur:
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000654/0000.pdf

[31] CLEGG A, YOUNG J, ILIFFE S, OLDE RIKKERT M, ROCKWOOD K
Frailty in elderly people.
The Lancet 2013; 381 (9868): 752 – 762.

[32] VANCON G, BENETOS A
Présentation Power Point: Détection et prise en charge de la fragilité Projet ARS de Lorraine.
Avril 2013.

[33] NEJJARI C, DARTIGUES J.F
Cohorte PAQUID: approche épidémiologique du vieillissement cérébral et fonctionnel.
Vieillissement-santé-société, Paris: INSERM, 1996: 79-99.

[34] TROTZIER Marie-Claire, RIFF Maria. Réduire le risque d'hospitalisation et de réhospitalisation des PAERPA, 29 Janvier 2014, Bar Le Duc.

[35] Volet de synthèse médicale: un document de référence pour les éditeurs. 12 novembre 2013.
Disponible sur:
http://esante.gouv.fr/actus/services/volet-de-synthese-medicale-un-document-de-reference-pour-les-editeurs

[36] DEBEAUPUIS J
Colloque Industries du Numérique et Santé + Autonomie (7ème édition, 2013, Paris).
Disponible sur:
http://www.numerique-sante.fr/wp-content/uploads/Jeudi4_15h40-16h10_J_DEBEAUPUIS.pdf

[37] Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.
Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740&dateTexte=&categorieLien=id

[38] Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011.
Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026733742

[39] JORF n°0124 du 31 mai 2013 page 9008 texte n°16 DECISION Décision du 8 avril 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027478395

[40] Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012.
Disponible sur:
www.sante.gouv.fr-IMG-pdf-Rapport-evaluation-plan-alzheimer-2012.urm

[41] ILCG de la Meuse
Disponible sur:
www.meuse.fr/page.php?url=vie-sociale-solidarité/...clic-ilcg

[42] LEGRAIN S, BONNET-ZAMPONI D
Le programme éducatif OMAGE.
Education thérapeutique. Prévention et maladies chroniques.
Paris: Masson; 2009.

[43] LEGRAIN S, TUBACH F, BONNER-ZAMPONI D, LEMAIRE A, AQUINO JP, PAILLAUD E, TAILLANDIER-HERICHE E, THOMAS C, VERNY M, PASQUET B, MOUTET AL, LIEBERHERR D, LACAILLE.
A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial.
Journal American Geriatric Society 2011; 59 (11): 2017-28.

ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien de l'évaluation du ressenti et des attentes des personnes âgées prises en charge par le Réseau de Santé du Sud Meusien

1) Connaissiez-vous le réseau AGE et SANTE avant d'en faire partie? 2) Comment avez-vous été intégré au réseau?	**Connaissance d'un réseau de santé et processus d'intégration** • Connaissance d'une population de l'existence d'un réseau de santé • «Image» d'un réseau de santé auprès du grand public • Les différentes «portes d'entrées» dans un réseau • Démarche «volontaire» ou orientée par aidants, proches, professionnels de santé • Préparation psychologique? temps de réflexion? avant adhésion
	Bilan de la prise en charge et du maintien à domicile
3) En quoi le réseau vous a-t-il aidé dans votre vie quotidienne?	⇨ Points positifs à développer • réseau de proximité • aides au maintien à domicile • aides sociales • coordination • patient dans sa globalité au centre du réseau de soins • objectifs théoriques du réseau sont-ils atteints? • attentes comblées?
4) Rencontrez-vous ou avez-vous rencontré des difficultés liées à la prise en charge du réseau AGE et SANTE?	⇨ Points négatifs pouvant être corrigés • éloignement géographique • prise en charge médico-psycho-sociale • réseau populationnel thématique • interlocuteur, accessibilité, délais

5) Selon vous quels domaines de la prise en charge pourraient être améliorés?	**Pistes d'amélioration de la prise en charge** • Patient a-t-il bénéficié de la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale) au bon endroit, au bon moment? • Favoriser le maintien à domicile • Anticipation hospitalisation • Sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions • Education thérapeutique patient
6) Avez-vous reçu des informations par le réseau sur le vieillissement et ses conséquences ou sur vos problèmes de santé ? Seriez-vous intéressé pour recevoir ces informations par le réseau?	**Développement de l'éducation thérapeutique patient à orientation gériatrique** • ETP déjà existante: diabète, obésité • Thèmes: nutrition, chute, mémoire, addictologie, sommeil, dépression • Formes: seul/ en groupe, à domicile, proche de chez vous, à l'hôpital, • Fréquence: par semaine, par mois

Annexe 2

Lettre pour les médecins traitants

Monsieur le Docteur…….,

Interne de médecine générale en fin de cursus, je réalise un travail de thèse intitulé: **«Évaluation du ressenti et des attentes des personnes âgées prises en charge par le réseau gérontologique du sud meusien»** sous la direction de monsieur le docteur Olivier BOUCHY, médecin généraliste et maître de stage à Revigny sur Ornain, l'objectif étant de faire le bilan du maintien à domicile et de cibler les manques éventuels ainsi que les pistes d'amélioration de la prise en charge.

Il s'agit d'une étude qualitative par réalisation d'entretiens semi-dirigés au moyen d'un guide d'entretien: ceux-ci se déroulent au domicile de la personne volontaire après prise de rendez-vous téléphonique. L'échange verbal est enregistré et reste anonyme.

En collaboration avec l'équipe du réseau de santé du sud meusien, nous avons défini une liste de personnes potentielles, dont certaines sont des patients suivis par vos soins que je serai amené à rencontrer et je tenais donc à vous en informer.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire,

Je vous prie d'agréer mes respectueuses salutations,

GRUMILLIER Marc-Antoine

Mail : marco.grumillier@live.fr

Annexe 3 : grille SEGA modifiée

Comment repérer le niveau de fragilité ?

Grille SEGA - A

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée, ...).[1]

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
			TOTAL :	..... / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8	8 < Score ≤ 11	Score > 11
Personne peu fragile	Personne fragile	Personne très fragile

A QUI TRANSMETTRE ?

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.
Le réseau Gérard Cuny peut être alerté à tout moment au 03 83 45 84 90.

[1] Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé – juin 2013

VU

NANCY, le **4 juin 2014**
Le Président de Thèse

Professeur A. BENETOS

NANCY, le **4 juin 2014**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme E. HEYRENDT

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6546

NANCY, le 6 juin 2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Par délégation

Monsieur M. DELIGNON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'organisation du système de santé français doit être reconsidérée afin de faire face aux défis socio-économiques que constituent les besoins de la population âgée grandissante. Les réseaux de santé gérontologiques représentent un élément majeur de la prise en charge globale et coordonnée que nécessite cette population. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour explorer le ressenti et les attentes des personnes âgées vis à vis de la prise en charge effectuée par le Réseau de Santé du Sud Meusien et leurs perceptions sur l'éducation thérapeutique. Il a été mis en évidence le manque d'informations délivrées aux personnes âgées concernant les motifs de leur adhésion ainsi que la finalité de l'action du réseau mais souvent l'entrée dans le réseau se fait par le repérage d'une fragilité médicale et/ou sociale. Les apports et les difficultés de la prise en charge du réseau ont conforté la nécessité d'une coordination efficace entre les acteurs de santé et ont fait émerger des nouvelles missions, notamment les moyens de lutter contre la solitude. La perception des personnes âgées sur leur environnement et leur santé a permis de définir leurs attentes dans le domaine de l'information et de l'éducation thérapeutique. L'amélioration de la médecine de parcours des personnes âgées nécessite une coordination efficace entre la médecine de ville et l'hôpital, et pourrait passer par les services de soins infirmiers à domicile comme élément de relais entre la proximité et le réseau, par la mobilisation des équipes médicales de terrain et par la formalisation du suivi du patient au moyen d'outils validés. La sensibilisation au vieillissement et à l'éducation thérapeutique des personnes âgées pourrait se concrétiser par la mise en place de séances collectives au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, et nécessitent des formations et des financements adaptés.

TITRE EN ANGLAIS

The feelings and expectations of the elderly people taken care of by the health network in the south of the Meuse department.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE-ANNÉE 2014

MOTS CLEFS:

Réseau de santé. Meuse. Personne âgée fragile. Education thérapeutique patient. Entretien semi-dirigé.

INTITULÉ ET ADRESSE:

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex