

ACADEMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
U F R DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

ANNEE

N°

THESE
POUR LE DIPLOME
D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
D.E.S. MEDECINE GENERALE

PAR

CLÉRY Josué

Né le 17/08/1985 à Pontoise (95)

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2018

**Action de santé publique en soin primaire : les enjeux du repérage de la fragilité du sujet âgé
dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle de la ville des Mureaux, France**

JURY :

Président : M le Professeur Olivier SAINT LARY

Directeur : M le Docteur Pascal CLERC

ACADEMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
U F R DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

ANNEE

N°

THESE
POUR LE DIPLOME
D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
D.E.S. MEDECINE GENERALE

PAR

CLÉRY Josué

Né le 17/08/1985 à Pontoise (95)

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2018

**Action de santé publique en soin primaire : les enjeux du repérage de la fragilité du sujet âgé
dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle de la ville des Mureaux, France**

JURY :

Président : M le Professeur Olivier SAINT LARY

Directeur : M le Docteur Pascal CLERC

REMERCIEMENTS

Au président, M. le Professeur Olivier SAINT LARY. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à cette thèse.

Aux membres du jury M. le Professeur Patrick ROZENBERG, M. le Professeur Marcel BONAY, Mme le Docteur Rachel COLLIGNON PORTES, M le Docteur Frédéric URBAIN. Merci de me faire l'honneur de participer au jury. Merci pour tout l'intérêt que vous portez à cette thèse.

A M. le Docteur Pascal CLERC, directeur de thèse, merci d'avoir été un véritable guide, de m'avoir appris à ouvrir mes perspectives. Ce travail a été pour moi une source d'enrichissement non seulement intellectuelle mais surtout humaine.

A M. le Professeur SEBBANE, Mme le Docteur BUU SAO, M. le Docteur BATCHY, M. le Docteur TINE, Mme le Docteur YAPI, M. le Docteur LABANI merci de m'avoir sensibilisé à la gériatrie, discipline en lien permanent avec la médecine générale.

A ma co-interne Tassadit qui a constitué un œil critique essentiel dans l'élaboration de la thèse.

A Jocelyn et Stevelyn pour leur soutien et leurs conseils avisés concernant la langue de Shakespeare.

A Roland et Maryse qui m'ont continuellement encouragé.

A Sabine pour ses conseils et sa patience pour les nombreuses relectures.

A Joëlle, Magali, Myriam, Aurélie, Noémie pour leur soutien sans faille.

A Anthony, Ulric et Pierre pour nos fous rires et notre amitié.

A mon Père qui m'a toujours répété que rien n'était impossible.

COMPOSITION DU JURY

Président du jury

Monsieur le Professeur Olivier SAINT LARY

Membres

Monsieur le Professeur Patrick ROZENBERG

Monsieur le Professeur Marcel BONAY

Madame le Docteur Rachel COLLIGNON PORTES

Monsieur le Docteur Frédéric URBAIN

ABREVIATIONS

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP : Agence Nationale de Systèmes d'Informations Partagées

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAM : Caisse d'Assurance Maladie

Ccmsa : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

CEPiA : Clinical Epidemiology and Ageing

Cnaf : Caisse National des Allocations Familiales

Cnav : Caisse National d'Assurance Vieillesse

DGFIP : Direction Générale des Finances Publiques

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSI : Démarches de Soins Infirmier

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ESPAGE : Equipe de Soin Primaire Accompagnement Gestion Exploitation

FiLoSoFi : Fichier Localisé Social et Fiscal

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMG : Observatoire de Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHAMEU: Primary Health Care Activity Monitor for Europe

PROSPERE : Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de PremiErs REcours

RSA : Revenu de Solidarité Active

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériatologie

SNIR : Système National Inter-Régime

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations
of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
1. Organisation des soins primaires en France.....	9
1.1. Définition et intérêt des soins primaires	9
1.2. Modèles d'organisation des soins primaires	10
1.3. Le territoire français, un facteur d'organisation des soins primaires.....	12
1.4. Constats et propositions d'organisation des soins primaires en France.....	13
2. Maison de santé Pluriprofessionnelle (MSP) et leurs missions	17
3. Santé publique en médecine générale	17
3.1. Historique	17
3.2. Les atouts de la médecine générale dans l'exercice de la santé publique	17
3.3. Les limites de l'exercice de la santé publique en médecine générale.....	18
3.4. Exemples d'activités de santé publique cibles en médecine générale	19
3.5. Santé publique et médecine générale : l'exemple des Etats-Unis	19
3.6. Les enjeux de la santé publique en médecine générale	19
4. Contractualisation de la mission de santé publique : NMR	20
4.1. Historique	20
4.2. Objectifs	21
4.2.1. Favoriser l'accès aux soins	21
4.2.2. Favoriser le travail en équipe	21
4.2.3. Favoriser le développement des systèmes d'information	22
4.3. Modalité de la rémunération	22
4.3.1. Rémunération « socle ».....	22
4.3.2. Rémunération « optionnelle ».....	23
5. Choix d'une mission de santé publique : le repérage de la fragilité du sujets âgés.	23
5.1. Statistiques de la population âgée en Europe et en France	23
5.2. La fragilité : définitions	24
5.3. Diagnostic de fragilité	25
5.4. Conséquences médicales et économiques de la fragilité.....	26

5.5. Intérêt et moyens de repérage de la fragilité	26
6. Situation socio-économique et médicale en Ile-de-France, dans les Yvelines et aux Mureaux	27
6.1. Ile-de-France	27
6.1.1. Contexte démographique	27
6.1.2. Contexte économique	27
6.2. Yvelines	29
6.2.1. Contexte démographique	29
6.2.2. Contexte socio-économique	30
6.3. Les Mureaux	31
6.3.1. Contexte démographique	31
6.3.2. Caractéristiques socio-économiques des Mureaux	32
6.3.3. Taux de mortalité des Mureaux	34
6.3.4. Offre de soins	34
7. Diagnostic de la nécessité d'un projet de santé aux Mureaux	36
8. Objectifs de l'étude	37
MATERIEL ET METHODE	38
1. Populations d'étude	38
2. Le repérage de la fragilité	38
2.1. Caractéristiques des médecins de la MSP impliqués dans le projet de repérage	38
2.2. Outils de repérage de la fragilité	38
3. Etude des enjeux de la mise en œuvre du repérage de la fragilité	39
3.1. Observation participative	39
3.2. Entretiens semi-directif individuels	40
3.3. Entretien collectif	40
4. Analyses statistiques	41
RESULTATS	42
1. Résultats de l'analyse qualitative	42
1.1. Résultats des observations	42

1.2. Résultats des entretiens individuels	43
1.2.1. Axe 1 : consensus sur la mission de santé publique des médecins généralistes.....	43
1.2.2. Axe 2 : facteurs limitants le repérage de la fragilité	46
1.2.3. Axe 3 : enjeux et solutions proposés par les médecins	53
1.3. Résultats de l'entretien collectif	56
2. Résultats de l'analyse quantitative	62
2.1. Description de l'échantillon	62
2.2. Repérage des patients fragiles.....	63
2.3. Evaluation et suivi infirmier	65
DISCUSSION	66
CONCLUSION	73
ANNEXES	75
CONCLUSION GENERALE	99
BIBLIOGRAPHIE	101

1. Organisation des soins primaires en France

1.1. Définition et intérêt des soins primaires

C'est en 1978, lors de la conférence d'Alma-Ata que les soins primaires ont été définis pour la première fois. Il s'agit de « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »(1). Les notions clés sont donc le premier contact, la continuité des soins, la coordination et la globalité de la prise en charge selon Starfield *et al* (2).

Cette définition fait également ressortir des valeurs de justice sociale, de droit à une meilleure santé pour tous et fait appel à une solidarité et une participation de tous. Pour ce faire, les soins primaires doivent proposer des activités allant de la délivrance de soins jusqu'aux actions de santé publique (3).

En 2008, soit 30 ans plus tard, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport annuel, réaffirme cette définition. D'une part, un constat positif est dressé : la population mondiale est en meilleure santé, l'accès à l'eau, l'assainissement sont plus efficaces. L'économie de santé mondiale prend une part de plus en plus importante dans l'économie globale mondiale (passage de 8 à 8.6% du Produit National Brut mondial entre 2000 et 2005 représentant une croissance de 35% des dépenses mondiales sur 5 ans). En 30 ans, les connaissances, la technologie ainsi que l'éducation des populations en matière de santé se sont considérablement améliorées. Une gouvernance mondiale en matière de santé semble émerger du fait de la prise de conscience de la nécessité de faire face à des problématiques communes (mondialisation des échanges en matière de santé) (4).

D'autre part, 30 ans plus tard, l'OMS constate que les valeurs d'égalité et de justice sociale ne sont toujours pas d'actualité. Les progrès en matière de santé ont été réalisés de façon inégale non seulement dans le monde mais aussi dans un même pays. Par ailleurs, d'autres problèmes (partiellement anticipés) sont apparus : le vieillissement de la population, l'émergence des maladies chroniques et les effets de la mondialisation (transmission infectieuse plus vaste et rapide). Ces éléments nécessitent une adaptation des systèmes de santé mondiaux pour une organisation des soins centrée sur le patient. De plus, les crises économiques et politiques remettent en cause le rôle de l'Etat et des institutions dans l'organisation de ces soins (3).

Ainsi, au cours de ces années, les systèmes de santé se sont progressivement construits selon 3 tendances éloignées de ces valeurs d'équité sociale :

- « Les systèmes de santé qui mettent l'accent de manière disproportionnée sur une offre étroite de soins curatifs spécialisés
- Les systèmes de santé dans lesquels la lutte contre la maladie est axée sur des résultats qui, à court terme, fragmentent la prestation des services
- Les systèmes de santé dans lesquels un certain « laisser-faire » en matière de gouvernance a permis l'éclosion d'une marchandisation incontrôlée de la santé » (3).

Par conséquent, les soins primaires semblent être indispensables à l'équilibre de tout système de santé qui se veut équitable. Face à ces dérives, de nombreux pays ont été amenés à repenser leur organisation.

1.2. Modèles d'organisation des soins primaires

La plupart des pays développés ont dû réformer leur système de soins. Cette action est la conséquence du vieillissement de la population et des professionnels de santé, ainsi que de l'augmentation des coûts des soins (maladie chronique, améliorations techniques des spécialités médicales). L'étude de différents pays développés (Bourgueil *et al*, 2009) permet de classer les systèmes d'organisation des soins primaires en 4 catégories selon l'importance de certaines caractéristiques (conceptuelles, législatives, systémiques et organisationnelles) :

- Le modèle normatif hiérarchisé :

Ce modèle a été mis en place en Espagne/Catalogne (1985), Finlande (1972), Suède (1995). Il repose sur une législation qui définit et organise les soins primaires comme socle du système de santé. Les soins se structurent sous forme de *ratio de professionnels par unité de population* (ex : En Catalogne, le ratio sera d'un médecin de famille pour 1750 à 2500 habitants de plus de 14 ans, et une infirmière par praticien. En Finlande, le ratio prend la forme d'une liste variant entre 1500 et 2000 patients).

Ce schéma repose sur un exercice décentralisé du pouvoir, l'organisation est laissée aux autorités locales (régions en Catalogne, comtés en Suède et communes en Finlande). Sur le plan économique, ces autorités doivent financer en grande partie l'organisation des soins primaires par leurs propres moyens. Le financement est assuré par les impôts territoriaux, l'Etat complète ensuite sous la forme de *péréquations* financières (répartition égalitaire des charges et des moyens) calculées sur les ressources financières des territoires, l'âge, le sexe et la morbidité d'une population. Ainsi, l'action de l'Etat représente 10% des dépenses de santé en Suède et 17% en Finlande.

L'exercice des soins primaires par les généralistes et les paramédicaux (principalement des infirmières) est réalisé en centre de santé. La composition et l'organisation est plus ou moins variable (plus rigide en Catalogne et plus variable en Finlande). La coopération interprofessionnelle y est fortement développée et encouragée. Les centres de santé sont gérés par la commune ou l'autorité régionale en santé en Catalogne. Les spécialistes exercent à l'hôpital (3).

- Le modèle professionnel hiérarchisé

Il a été mis en place au Royaume-Uni (1948), Pays-Bas (1941), Australie et Nouvelle-Zélande il y a quelques années. Dans ces pays, il n'existe pas de lois qui définissent et organisent les soins primaires. Ce schéma repose sur « un mécanisme de solidarité universel devant le risque maladie ». Dans ce modèle, « le projet global explicite » s'appuie sur le médecin généraliste véritable pivot du système. Les soins primaires sont assimilés à la médecine générale qui en sera l'instance organisatrice. Les généralistes exercent en groupes au sein de cabinets regroupant plusieurs professionnels de santé.

Le médecin généraliste a dans un premier temps occupé la fonction de « *gatekeeper* » (gardien de la porte), caractérisée par le contrôle de l'accès aux spécialités (soins secondaires). Par la suite, cette fonction s'est étendue à la prévention et à la coordination des soins. Les spécialistes, exercent à l'hôpital et sont salariés. Dans ces pays, le pouvoir financier est attribué aux généralistes regroupés en « Primary Care Trust » au Royaume-Uni, « Independent Practice Association » en Nouvelle-Zélande, « Division of General Practice » aux Pays-Bas et en Australie. Ces structures ont la responsabilité de la gestion des ressources financières liées aux soins primaires. Les concepts de paiement à la performance et de soutien financier au développement du travail pluriprofessionnel (notamment la coopération médecin-infirmier) ont été progressivement introduits par la suite (3).

- Le modèle professionnel non hiérarchisé

Ce modèle existe depuis plusieurs années en Allemagne et au Canada. Il est caractérisé par une absence de définition législative des soins primaires et une absence d'organisation selon le territoire et la population. L'inexistence d'un « projet global explicite des soins primaires » y est caractéristique. Les tentatives d'organisation sont pour l'instant à l'état d'expérimentation dans ces pays.

Les généralistes exercent pour la plupart seuls, la rémunération est majoritairement sous forme de paiement à l'acte. Il existe des centres de santé minoritaires orientés vers les populations les plus défavorisées. L'accès direct aux praticiens spécialistes est possible avec parfois des pénalités financières (3).

Ce système ne correspond pas aux valeurs des soins primaires en termes d'égalité des soins.

- Le modèle français

Jusqu'en 2004, le modèle français s'apparentait au *modèle professionnel non hiérarchisé*. Ceci en conséquence des principes affirmés dans la charte de la médecine libérale depuis 1927 (liberté d'installation, liberté de choix du professionnel de santé par le patient, liberté thérapeutique des praticiens).

A la différence du *modèle professionnel non hiérarchisé*, il existait en France une organisation territoriale ancienne du système de soins. Le territoire s'organisait autour des soins ambulatoires (soins infirmiers à domicile, centres de santé), hospitaliers (hospitalisation à domicile), ou d'autres institutions (médecine scolaire, médecine du travail). Néanmoins, l'agencement des soins ambulatoires était faiblement hiérarchisé, inégalement réparti et reposait sur le patient et sa famille. L'augmentation des coûts de santé, la diminution du

nombre de médecins et leur répartition inégale ont amené le gouvernement français à rationaliser l'organisation des soins (3).

En 2004, la *réforme du médecin traitant* réaffirmait les valeurs du premier recours et replaçait le généraliste au cœur des soins primaires. Cette réforme incitait le patient à déclarer son médecin traitant à la caisse d'Assurance Maladie afin de faire de lui un premier recours. Après évaluation, le praticien (souvent un généraliste) déciderait de la pertinence d'une orientation vers un spécialiste. La consultation d'un spécialiste, directement par le patient, serait sanctionnée par une diminution du remboursement hormis pour certaines spécialités (ophtalmologiste, gynécologue, pédiatre). Le médecin traitant aurait aussi pour rôle de coordonner les soins (5).

En France, il est donc décidé d'attribuer un caractère *normatif* à la notion de soins primaires. En revanche, les généralistes ne sont pas salariés comme dans le premier modèle (3).

Cette réforme, comme convenue, a entraîné une diminution de la consultation directe des praticiens spécialistes par les patients. Néanmoins la diminution des consultations chez les spécialistes non concernés par la réforme indique une compréhension partielle des patients. Le généraliste/traitant devra donc les éduquer aux subtilités de la réforme (5).

1.3. Le territoire français, un facteur d'organisation des soins primaires

La loi *Hôpital, Patient Santé et Territoire* (HPST) de 2009 a suivi la *réforme du médecin traitant* de 2004. Son ambition principale était l'organisation territoriale du système de soins hospitaliers mais aussi primaires.

Pour rappel, cette organisation découlait d'une politique de décentralisation, amorcée après la seconde guerre mondiale. En 1955, vingt et une régions économiques étaient créées, puis transformées en 1959 en « circonscriptions d'action régionale ». Elles seront représentées par des élus au conseil régional par la loi du 5 juillet 1972.

Dans les années 1980 une décentralisation fiscale était entamée par l'attribution du vote des taux d'imposition locaux. Le 2 mars 1982 la « loi de décentralisation » a transformé les régions en collectivités locales dont les représentants ont pu être élus au suffrage universel direct en 1986.

A partir des années 1990 commençait une décentralisation administrative caractérisée par un transfert de compétences. Entre 2003 et 2004 la responsabilité et les compétences des élus locaux ont été accrues sans modification de leur autonomie politique.

Enfin, la décentralisation a amorcé un tournant majeur à partir de 2010 par la diminution des dotations globales nationales de fonctionnement obligeant un regroupement intercommunal. Celles-ci auront donc une plus grande responsabilité dans la coordination de la région.

C'est dans ce contexte que l'organisation territoriale des soins s'est mise en place après avoir été laissée à l'écart de nombreuses années. La loi du 31 décembre 1970 définissait la planification de l'espace de soins en instaurant le service hospitalier public et une carte sanitaire. Elle permettait de déterminer 256 secteurs sanitaires infra-départementaux dans lesquels étaient décidés la création et l'extension d'établissements. La dotation en matériel

lourd était attribuée en fonction d'un « ratio d'équipement » défini au niveau national. Ces secteurs étaient pour la plupart caractérisés autour des établissements hospitaliers et à partir d'aires d'attraction urbaine aboutissant ainsi à un système rigide.

En 1991 la « loi hospitalière » a transféré la politique hospitalière à l'échelon régional en créant les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). L'objectif était d'apporter des réponses adaptées à chaque territoire en matière de santé. Cette loi a ainsi marqué une évolution : la même politique ne s'appliquait plus de façon uniforme à tous les territoires.

En 1996 ont été créées les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Les premières, pilotaient les politiques hospitalières régionales, les secondes, géraient le risque régional et la coordination de l'action des caisses.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a supprimé la carte sanitaire et a laissé les SROS comme le seul outil, permettant ainsi de gagner en adaptabilité face aux problèmes propres à chaque région.

La loi HPST de 2009, a regroupé les différentes instances régionales (ARH, URCAM, caisses régionales d'Assurance Maladie, directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales) en une seule instance : les Agences Régionales de Santé (ARS). Elles ont été créées par l'Etat mais entrent dans la logique de décentralisation (l'ARS détient la responsabilité et les compétences pour piloter les politiques de santé de chaque régions). Ainsi, l'Agence Régionale de Santé détermine, via le plan régional de santé (PRS), les objectifs pluriannuels en accord avec la politique nationale mais adaptés aux besoins des régions (6) (7).

1.4. Constats et propositions d'organisation des soins primaires en France

- **Constats**

Cartier *et al* ont mis en évidence plusieurs éléments concernant les soins primaires en France par l'intermédiaire d'une revue de littérature.

La loi HPST de 2009 caractérisait les soins de premier recours en France en affirmant l'égalité d'accès. Néanmoins, cette loi ne définissait pas la notion d'accessibilité décrite par l'OMS. Ainsi, le législateur avait considéré que l'accessibilité des soins était une valeur communément admise en France. La réalité est différente : actuellement il existe un renoncement au soin croissant (« en 2008, 16.5% de la population française de 18 à 64 ans ont déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières ») (8).

Cette même loi évoquait une prise en charge globale sans la relier à la continuité des soins. Les deux notions ont d'ailleurs souvent été dissociées dans le système de soins français. Il est à noter que dans la loi HPST de 2009, le médecin traitant pouvait être un spécialiste. Néanmoins, un spécialiste revendiquera une continuité des soins sans forcément prendre en charge le patient dans sa globalité (puisque cela va à l'encontre de sa vision spécialisée). L'omission de l'obligation légale de choisir le généraliste comme médecin traitant a entraîné la création d'un lien incomplet entre les soins primaires et le premier recours (8). Ces propos doivent pourtant être nuancés car les praticiens traitants spécialistes ne représentent que 5% des médecins traitants (9).

Le dernier constat était que la médecine générale devait acquérir une dimension académique pour être placée au cœur des soins primaires. Historiquement, il faut noter que dans les années 1950, lors de l'apparition des centres hospitalo-universitaires, les spécialités se sont développées, en termes d'enseignement et de recherches, sans la médecine générale, discipline ambulatoire. A partir de 2004, le renouveau de celle-ci a été assurée par la création d'une spécialité et d'un internat en médecine générale. Il s'en est suivi la création d'un collège universitaire, l'intégration dans les lois du rôle du généraliste (médecin « référent » en 1998, « traitant » en 2004) et la structuration d'une recherche clinique. Les réformes contribuent donc à donner au généraliste ce rôle central dans les soins primaires (8). Enfin, il existe un décalage entre les enseignements de formation initiale (externat), qui abordent des sujets spécialisés mais pas ou peu les problématiques de l'ambulatoire (8).

Ces réflexions mettent donc en évidence la nécessité d'efficacité des soins primaires : plus ils seront développés meilleurs seront les résultats sur la morbi-mortalité des patients, les dépenses de santé, les inégalités sociales, la satisfaction du patient (8) (10) (11) (12). Moins le système de soins est axé sur les soins primaires, plus la consommation et les dépenses en soins spécialisés seront importantes. En revanche, Vedsted *et al* (2011) ont évoqué la possibilité d'un effet négatif lié aux soins primaires dans un cas particulier. Les auteurs auraient mis en évidence une tendance à la diminution de la survie à un an en cas de cancer dans les pays possédant une organisation de soins primaires forte sans qu'un facteur causal n'ait été identifié pour l'instant (13).

- **Propositions**

Cartier *et al* ont présenté des propositions qui reposaient sur l'étude PHAMEU (revue de littérature) et une validation par un consensus d'expert, permettant d'évaluer l'efficacité des soins primaires en Europe. Les principaux résultats y sont résumés ici.

- Propositions concernant la gouvernance des soins

Malgré le travail de décentralisation et de clarification ayant eu pour aboutissement la création des ARS, la gouvernance des soins primaires reste partagée entre la Caisse d'Assurance maladie (CAM) et l'Etat (via les ARS). La CAM prend en charge les remboursements des patients et détermine la rémunération des professionnels (par des conventions avec les instances syndicales des professions libérales). L'Etat est responsable du pilotage des soins primaires. Cette gouvernance à 2 volets est inefficace car il n'existe ni complémentarité, ni coordination entre l'Assurance Maladie, et l'Etat. La conséquence est une absence de vision commune et un ralentissement des réformes des soins primaires.

Les auteurs ont donc proposé de réunir les ARS et l'Assurance maladie afin d'avoir les mêmes interlocuteurs et les mêmes objectifs (mise en place commune des schémas régionaux d'organisation de soins ambulatoires (SROS)), afin d'appuyer l'exercice ambulatoire (14).

- Propositions concernant le financement du système de soins primaire

Trois éléments caractérisent ce financement : une enveloppe globale allouée aux soins primaires, l'accessibilité financière et la rémunération des professionnels de santé.

L'enveloppe globale des soins est constituée majoritairement des remboursements de l'Assurance Maladie et des assurances complémentaires privées. L'Etat intervient dans une moindre mesure (formation initiale et prévention), ainsi que les municipalités (centre de santé, planning familial, etc...). Il est difficile de tracer les fonds alloués aux soins primaires ; ce qui rend difficile d'en déterminer l'efficacité (14). Toutefois, en additionnant l'ensemble des remboursements et des médicaments prescrits on obtient une dépense courante de santé qui s'élève à 19.28% de la part des dépenses totales de santé en 2010 (8). Les auteurs proposaient donc de mettre en place une traçabilité efficace du financement des soins primaires (en les séparant d'avec les soins spécialisés ambulatoires) afin de mettre en place des objectifs budgétaires dédiés aux soins primaires.

L'accessibilité aux soins est médiocre en France, du fait de l'absence de la généralisation du tiers payant (part remboursée par l'Assurance Maladie). Par ailleurs 4.2% des français n'ont pas de couverture santé complémentaire. D'après les auteurs, il serait donc judicieux de généraliser le tiers payant total (part remboursée et part payante). Ils préconisaient aussi d'améliorer les performances des organismes gérant les contrats de tiers payant afin d'assurer des délais corrects de paiement des professionnels. Selon Cartier *et al* les soins remboursés devaient aussi être de bonne qualité : actuellement, certains médicaments remboursés n'ont pas montré leur efficacité, tandis que d'autres sont déremboursés bien qu'utiles dans la pratique quotidienne des soins primaires. Les mesures intellectuelles comme l'éducation du patient ne sont également pas remboursées.

Les modes de rémunération des professionnels des soins primaires sont illisibles et peu coordonnés. Les pharmaciens ne sont pas rétribués dans leur rôle de conseil, les paramédicaux ne sont pas rémunérés à la performance. Les nouveaux modes de rémunération (NMR) ajoutent l'ARS dans le circuit des rémunérations contribuant à le complexifier encore un peu plus. Les auteurs ont donc mis en évidence la nécessité d'une remise à plat des rémunérations par concertation entre les médecins généralistes, les paramédicaux, les instances scientifiques et professionnelles (14).

- Propositions sur les ressources humaines du système de soins primaires

Les généralistes et les paramédicaux constituent les principales ressources du système de soins primaires.

Les médecins généralistes représentent une ressource compétente (expérience, formation initiale et post-universitaire solide). Le constat actuel est la diminution de l'offre de soins primaires qui est due à la faible attractivité de la médecine générale. Il s'agit d'un problème international. En France, il est lié au manque de rayonnement de la discipline (peu de représentation à l'université, sous-représentation de l'enseignement de la médecine générale en vue de la préparation des Epreuves Nationales Classantes, nombre limité de maîtres de stage en médecine générale au second cycle des études médicales). Selon les auteurs, il fallait donc renforcer le nombre et la formation de ces maîtres de stage et avoir plus de représentants aux conseils nationaux des universités. En outre il était nécessaire de sensibiliser l'enseignement du second cycle à la prise en charge globale et la médecine sociale (14).

Il existe également une diminution de l'offre de soins spécialisée (du fait des départs à la retraite sans renouvellement immédiat), nécessitant la mise en place d'une concertation entre

les acteurs des soins primaires et ceux des soins secondaires. Les auteurs ont proposé de réaliser, lors de ces concertations, une redéfinition des compétences de chacun en tenant compte de la charge de travail initiale des généralistes (14).

- Propositions sur l'accessibilité aux soins primaires

L'inégalité de répartition géographique des professionnels de santé constitue l'un des principaux freins à l'accessibilité aux soins primaires. Avant toutes réflexions sur la répartition des médecins, Cartier *et al* proposaient de déterminer quels étaient les généralistes exerçant une réelle activité de soins primaires. Il était également important de réaliser des recherches afin de quantifier l'ensemble des praticiens qui allaient exercer dans d'autres pays.

La principale caractéristique de ces inégalités est un défaut d'attraction de certaines zones (en particulier rurales). Par conséquent, d'après les auteurs, il faudrait envisager la création de quotas lors du concours de première année de médecine favorisant les étudiants issus de milieux ruraux. Ils auraient plus fréquemment tendance à retourner exercer dans les zones rurales. C'est la seule mesure incitative dont l'efficacité avait été prouvée (14).

L'accessibilité est également entravée par la diminution des moyens attribués aux structures formant le tissu des soins primaires, en particulier les maisons de santé. Pour Cartier *et al*, il serait donc plus qu'urgent de créer au sein des ARS « les compétences nécessaires à l'encadrement rapproché des projets de structures multidisciplinaires en soins primaires ». Celles-ci auraient la charge du pilotage, du financement, de l'administration et du management de ces structures (14).

- Propositions sur la continuité des soins primaires

Un des problèmes majeurs de la continuité des soins est un changement trop fréquent des praticiens. Il s'agit d'un facteur négatif influant sur la satisfaction des patients. La solution proposée était de diminuer le nombre d'interlocuteurs et de séparer les fonctions administratives des fonctions médicales du praticien (cette mesure devant figurer lors de l'élaboration des contrats dans les maisons de santé).

L'autre problème est l'absence d'un dossier informatique commun, entravé par la multiplicité des logiciels médicaux. Il existe donc jusqu'à présent des difficultés pour récupérer les informations des soins secondaires et inversement (14). Les auteurs ont suggéré de créer des logiciels inter-compatible permettant un accès commun aux données médicales (14).

- Propositions sur la coordination des soins primaires

La mise en route de structures multidisciplinaires a naturellement amené la question de la coordination des soins. La coopération immédiate est historiquement constituée du binôme médecin-infirmier. L'étude de cette coopération dans d'autres pays a montré un élargissement du rôle infirmier pour réaliser des diagnostics et proposer des plans thérapeutiques aux praticiens, ou pour coordonner l'action des acteurs des soins primaires.

L'autre question posée est la coopération avec les professionnels de soins secondaires. Les auteurs ont soutenu qu'elle devait faire l'objet d'une séparation précise des tâches : un rôle d'avis ponctuel (pour les soins secondaires) et un rôle de suivi régulier (pour les soins

primaires). La mise en place de cette coopération devait aussi être pensée (téléconsultation, permanences, réunion de concertation autour de cas, etc.) (14).

Cette coopération se construit actuellement au sein de structures privilégiant le travail pluridisciplinaire : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

2. Maison de santé Pluriprofessionnelle (MSP) et leurs missions

Il s'agit d'une association entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et personnels médico-sociaux. Les MSP assurent une activité de soins ambulatoires et plus particulièrement une activité de premier recours.

Les premières maisons de santé pluriprofessionnelles ont été expérimentées en 2007. En 2009, l'installation de celles-ci a figuré comme priorité nationale dans la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) (15).

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont mis en place un cahier des charges nécessaire à la construction d'une maison de santé. Les praticiens doivent d'abord réaliser un diagnostic des besoins du territoire dans lequel la MSP va s'implanter. L'objectif sera l'élaboration d'un projet de soins soumis à l'ARS qui répondra spécifiquement aux besoins en santé du territoire. Dans ce projet figureront les différentes missions inhérentes aux MSP (coordination du parcours de soins, premier recours, permanence des soins, ...) et en particulier la mission de santé publique.

3. Santé publique en médecine générale

3.1. Historique

La vision historique de la médecine générale en France est caractérisée par un exercice solitaire centrée sur le soin et rémunérée à l'acte (16). La logique de santé publique, elle, est collective afin d'améliorer la santé de chaque individu. Néanmoins le généraliste remplissait déjà au quotidien certaines missions de santé publique (prévention par la vaccination, éducation à la santé, ...) (16). Ces initiatives restaient tout de même individuelles.

Depuis les années 2000, la place importante que devait occuper la médecine générale dans la santé publique a été réaffirmée :

- La médecine générale « [...] a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté » dans la définition européenne de la médecine générale (2002 actualisée en 2011) de la WONCA (17)
- La loi de santé publique du 9 août 2004 a insisté sur la place centrale du généraliste et de la médecine libérale dans la politique de santé publique, en créant, entre autre, des *consultations de prévention* et des *contrats de santé publique* (définissant les modalités de participation des professionnels de santé libéraux aux programmes de prévention) (18,19)

3.2. Les atouts de la médecine générale dans l'exercice de la santé publique

La médecine générale, depuis la *réforme du médecin traitant*, a occupé une place stratégique dans le système de soins primaires. Cette discipline possède de nombreux atouts utiles pour la santé publique :

- Une proximité avec le patient (écoute, empathie)
- Un maillage permettant de couvrir des territoires de santé étendus
- Les visites à domicile favorisant l'appréhension de l'intimité des patients
- La connaissance du patient dans son environnement
- La capacité à aborder de nombreux sujets et à toucher plusieurs générations en même temps
- Le suivi longitudinal des patients avec une stabilité dans l'espace et dans le temps
- L'accessibilité financière et temporelle (16).

3.3. Les limites de l'exercice de la santé publique en médecine générale

Jusqu'alors, le généraliste n'était pas encore pleinement dans le rôle d'acteur de santé publique du fait de la présence d'un certain nombre de facteurs limitants.

Le recueil des données épidémiologiques a toujours été la clé des politiques de santé publiques efficaces. Cependant, le médecin généraliste s'est régulièrement heurté à des difficultés de collectes des données et d'accès aux données. En effet, actuellement, il n'existe pas en France de système d'information unique et facile d'accès (16).

Une étude a été réalisée par les équipes de l'Institut de **R**echerche et de **D**ocumentation en **E**conomie de **S**anté (**IRDES**) et **P**artenariat pluridisciplinaire de **R**echerche sur l'**O**rganisation des **S**oins de **P**remiErs **R**Ecours (**PROSPERE**) en 2014. Elle a démontré l'intérêt de recouper les données cliniques de l'observatoire de médecine générale (OMG, issu de la Société Française de Médecine Générale) avec les données médico-sociales de remboursement de l'Assurance Maladie. Ce simple recoupement permettait alors de cibler des populations à risques ce qui ouvrait la perspective à la mise en œuvre de projets de santé publique. Néanmoins, cette technique présentait des limites: les données du système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie ne comprenaient que les patients sous le régime général (20). Par ailleurs, l'expérience de recueil de données cliniques de l'OMG a été interrompue en 2011 par manque de moyens financiers et humains. L'existence d'un système d'information clair permettrait donc au praticien généraliste de connaître avec précision les risques spécifiques liés à son territoire (16).

Actuellement le patient a gardé du médecin généraliste la vision ancienne d'une activité strictement de soin, expliquant les résultats d'une étude portant sur l'expérimentation des *consultations de prévention* prévue dans la loi de 2004. Il a été noté une confusion du patient qui ne comprenait pas cette consultation supplémentaire alors que celui-ci voyait déjà régulièrement son généraliste (dans le cadre d'une maladie chronique par exemple). Le projet a finalement été abandonné (16).

Il existe bien sûr également des limites financières : comment mettre en œuvre des programmes de santé publique rémunérés par le paiement à l'acte ? Ces programmes nécessitent du temps « hors consultation » (16).

Enfin, dans la loi HPST, le concept de coordination, de coopération et de travail pluriprofessionnel propre à la santé publique n'était pas clairement défini (16). Actuellement ce travail pluriprofessionnel est toujours difficile à mettre en place malgré une clarification par la *loi de modernisation du système de santé* (21).

3.4. Exemples d'activités de santé publique cibles en médecine générale

Voici quelques exemples de domaines de santé publique dans lequel le médecin généraliste pourrait jouer un rôle crucial :

- La prévention, actuellement réalisée de façon opportuniste au cours d'une consultation (ex : les conseils minimaux pour le tabagisme) ou dans le cadre de dépistages organisés (ex : cancer du sein, colorectal...). La prévention recouvre aussi toutes les activités d'information et de conseil (ex : hygiène de vie, ...)
- L'Education thérapeutique des malades chroniques. Dans une logique de santé publique, elle est organisée en programme avec des objectifs à atteindre et une évaluation
- L'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a été mise en place en 1999 pour la médecine libérale. L'objectif est de faire évaluer ses pratiques par des pairs et de les comparer aux recommandations dans un objectif d'amélioration. L'évaluation est volontaire et anonyme afin d'éviter un jugement de valeur
- La veille sanitaire. Elle existe sous la forme de réseaux tenus par des généralistes volontaires et bénévoles depuis plus de 20 ans (ex : réseau de surveillance des épidémies de grippe) (16)

3.5. Santé publique et médecine générale : l'exemple des Etats-Unis

Il est intéressant de comparer le rapport qu'entretient la médecine générale avec la santé publique Outre-Atlantique.

Force est de constater que les problématiques sont les mêmes qu'en France : les médecins de famille (« *family physicians* ») ont longtemps axé leurs pratiques sur le soin en négligeant les domaines de santé publique (22).

Une étude réalisée auprès des médecins de famille en Pennsylvanie rapportait leur attitude concernant les missions de santé publique. Ils reconnaissaient l'importance de délivrer des conseils médicaux dans un but de prévention. Néanmoins le temps et la charge de travail étaient des facteurs limitants à cette prévention pour ces praticiens (22).

En 2010 la loi sur la protection des patients et la disponibilité des soins (*Patient protection and affordable care act* : ACA) a affirmé la place des soins primaires en santé publique. L'ACA a permis un investissement de 1.5 milliard de dollars pour placer des professionnels de santé dans les zones peu desservies. Ces subventions ont autorisé la réalisation de nouveaux investissements par les centres communautaires. La loi a permis l'accessibilité à la médecine de prévention chez les plus démunis (23). Elle est actuellement en voie de réformation.

3.6. Les enjeux de la santé publique en médecine générale

La médecine générale a dû faire face à de nombreux enjeux pour tenter d'entrer dans le plein exercice de la santé publique. Cependant, aucun programme, aucune recherche ne pourraient se réaliser sans un système d'informations partagées regroupant les données clinico-médico-sociales. Le système devrait être facile d'accès, sécurisé, clair, lisible et permettre de collecter les données à partir des renseignements issus des logiciels médicaux (16).

Bourdillon *et al* ont proposé la mise en place d'une gouvernance afin de piloter les missions de santé publique en soins primaires. Elle se caractériserait concrètement par la création d'un bureau, au ministère de la santé, par exemple, consacré aux problématiques de santé primaire (16). Par ailleurs, une campagne d'éducation des patients concernant le rôle de santé publique du généraliste serait indispensable afin de rendre cohérente leur action (16).

Enfin, l'implication dans divers programmes de santé publique a nécessité la transformation de la rémunération. L'ARS a donc mis en place une solution en valorisant ces missions par les nouveaux modes de rémunération (NMR) (24).

4. Contractualisation de la mission de santé publique : NMR

4.1. Historique

En médecine libérale, la rémunération actuelle reposait presque exclusivement sur le paiement à l'acte. Ce type de rémunération avait pour origine la médecine « d'après-guerre ». En effet, à cette époque, les besoins en soins étaient centrés sur les pathologies aiguës. Au fil des ans, le traitement des pathologies chroniques ainsi que la mise en place des politiques de dépistage et de prévention ont été de plus en plus prédominantes en médecine ambulatoire.

Le paiement à l'acte n'était donc plus adapté pour ces nouveaux modes de prise en charge. Ils requéraient une rémunération prenant en compte le temps nécessaire à la coordination des acteurs de soins ainsi qu'à la mise en place de protocoles de soins : les NMR (25).

En 2010, l'article 44 de la *loi de financement de la sécurité sociale* a mis en place une expérimentation des nouveaux modes de rémunération baptisée ENMR pour 3 ans. Elle a été portée par le Ministère de la santé qui l'a reconduite en 2012, 2013 et 2014 (26). En 2012, 19 régions et 151 structures participaient à cette expérimentation (27).

Les ENMR se caractérisaient par un contrat passé entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et une « équipe de soins de proximité ». Lors de l'expérimentation, la rémunération se réalisait sur la base de forfaits regroupés en 3 modules (25) :

- Module 1 : forfait « missions coordonnées »

Il s'agit d'un forfait versé à la structure pour les missions de coordination au sein de la MSP (management de la structure, temps de concertation pluriprofessionnel, etc...)

- Module 2 : forfait « nouveaux services aux patients /éducation thérapeutique »

Le forfait est consacré à la rémunération des prises en charge « innovantes » en médecine de ville. Il comporte deux volets : une rémunération destinée à l'éducation thérapeutique et une autre pour la prise en charge des patients complexes (par un trio de professionnels de santé).

- **Module 3 : coopération entre professionnels de santé**

Ce dernier rémunère le transfert de compétence qui se concrétise par la mise en place d'une infirmière de santé publique (ex : infirmières de l'association ASALEE) (27).

Parallèlement à la mise en place des ENMR, la loi FOURCADE a permis la création d'une structure juridique appelée la *Société Interprofessionnelle des Soins Ambulatoires* (SISA). La SISA facilitait le recueil et le partage des fonds alloués par l'assurance maladie pour les actions menées en commun par les professionnels de santé tout en préservant leur exercice libéral (27) (28).

En 2013, l'article 45 de la *loi sur le financement de la sécurité sociale* a autorisé l'ouverture des négociations entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentants les maisons de santé pluriprofessionnelles (29).

En 2015, devant les difficultés pour aboutir à une convention, un arbitre a été nommé (25). C'est ainsi que le 27 février le journal officiel a publié un arrêté portant l'approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluridisciplinaires (30). Il régit les relations entre les caisses d'Assurance Maladie, les ARS et les équipes ou structures pluriprofessionnelles.

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) entériné le 24 juillet 2017 s'est substitué au règlement arbitral de 2015 (31).

4.2. Objectifs

Cet ACI définit les objectifs des NMR :

4.2.1. Favoriser l'accès aux soins

L'accès aux soins est privilégié par l'aménagement des horaires permettant d'assurer la permanence des soins ambulatoires. Des plages horaires dédiées aux soins non programmés devront être disponibles chaque jour. L'ensemble fera l'objet d'une coordination gérée par un responsable désigné et identifié.

L'accès aux soins passe également par la prévision de consultations de second recours par des spécialistes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes extérieurs ou faisant partie de la structure.

Les critères favorisant l'accès aux soins devront être regroupés dans une charte qui sera affichée dans la structure. Un exemplaire de la charte ainsi qu'un document attestant de l'organisation des consultations de second recours seront envoyés à l'organisme local d'assurance maladie (30).

4.2.2. Favoriser le travail en équipe

- **La concertation sur les dossiers des cas complexes**

Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont considérées comme nécessaires dans différentes situations :

- Le suivi des patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées.
- Les patients pour lesquels une intervention multidisciplinaire est nécessaire pour éviter une désinsertion socio-professionnelle.
- Les patients bénéficiant de soins itératifs dont les indications et l'efficacité doivent être réévaluées.

Le pourcentage de patient de la structure ayant fait l'objet d'un compte rendu issu des réunions de concertation constituera un « taux de réalisation ». Celui-ci sera communiquée à l'organisme local de l'assurance maladie (30).

• **Autres éléments du travail en équipe**

La structure doit mettre en place des protocoles issus des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ils cibleront les pathologies qui concernent les patients complexes. Le rôle, les noms ainsi que les modalités de transmission entre les intervenants de la structure devront être mentionnés dans ces protocoles.

La maison de santé pluriprofessionnelle mettra en place un volet de synthèse médicale (VSM) selon la définition de la Haute Autorité de Santé. Le VSM résume les informations médicales données par le médecin traitant et complétées par les autres professionnels de la structure. Ce document permettra la transmission des informations médicales aux structures hospitalières et ainsi d'assurer la continuité des soins. Un dossier médical électronique sera créé à partir du VSM pour tout patient hospitalisé. Toutes communications de ces données médicales seront réalisées « dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et du consentement des patients » (30).

4.2.3. Favoriser le développement des systèmes d'information

Afin de permettre une bonne coordination des soins, la MSP se dotera d'un système d'information partagé. Celui-ci devra répondre au cahier des charges de l'ASIP santé (l'Agence nationale de Systèmes d'Informations Partagées) et donnera lieu à une rémunération.

L'accès aux dossiers informatisés sera conditionné par des habilitations différenciées entre les professionnels de santé. Les échanges se réaliseront via des messageries sécurisées. La rémunération sera fonction de l'importance du renseignement des dossiers informatisés (30).

4.3. Modalité de la rémunération

Seules les MSP qui auront créé une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) percevront une rémunération. Les caisses d'Assurance Maladie locales seront responsables de l'attribution de la rémunération réalisée sur l'observation d'une année civile.

La rémunération repose sur un système de point, la valeur d'un point étant fixée à 7 euros. L'attribution des fonds correspondra au respect des objectifs des NMR cités plus haut. Il existe deux niveaux de paiements : la rémunération « socle » et « optionnelle » (30).

4.3.1. Rémunération « socle »

Elle s'appuie sur le respect des missions indispensables des MSP et est composée de deux parties : une partie fixe et une partie variable.

Pour la partie fixe, la rémunération est indépendante du nombre de patients. Elle répond au respect des trois missions des MSP : accès aux soins, travail en équipe pluridisciplinaire et système d'information partagée. Pour obtenir la rémunération fixe, il faudra réunir trois critères socles dans le domaine « accès aux soins » et au moins un critère dans l'un des deux autres domaines (travail en équipe pluriprofessionnelle et système d'information partagée). Le nombre de points maximal pour la rémunération fixe est 2550.

Pour la partie variable, le nombre de points est établis par rapport à une patientèle de référence de 4000 patients. Est considérée comme patientèle de référence, un groupe de 4000 patients ayant déclaré comme médecin traitant un des praticiens de la MSP. Un enfant entre 0 et 16 ans ayant consommé au moins deux soins d'un généraliste de la structure au cours de l'année de référence peut aussi être considéré comme patientèle de référence.

Le nombre de points est donc calculé en pourcentage par rapport aux 4000 patients. Pour obtenir la rémunération variable il faudra également réunir trois critères socles dans le domaine « accès aux soins » et au moins un critère dans l'un des deux autres domaines. Le nombre de points maximal pour la rémunération variable est 5050 (30).

4.3.2. Rémunération « optionnelle »

Elle repose sur le respect des missions « optionnelles » des MSP et est composée de deux parties, une partie fixe et une partie variable.

Pour obtenir la rémunération fixe il faudra réunir quatre critères socles dans le domaine « accès aux soins » et au moins un critère dans l'un des deux autres domaines. Le nombre de point maximal pour la rémunération fixe est 1450.

Pour obtenir la rémunération variable il faudra réunir un critère dans le domaine « accès aux soins » et un critère dans le domaine « travail en équipe pluriprofessionnelle ». Le nombre de points maximal pour la rémunération fixe est 2350.

Le calcul de points pour la rémunération fixe et variable, de la rémunération « optionnelle » reste respectivement le même que pour la rémunération « socle » (30).

Les NMR permettent donc de fournir des moyens financiers afin de soutenir des projets de santé publique. Parmi ceux-ci, l'HAS et l'ARS proposent aux MSP le repérage de la fragilité chez les sujets âgés.

5. Choix d'une mission de santé publique : le repérage de la fragilité du sujets âgés

5.1. Statistiques de la population âgée en Europe et en France

Le vieillissement de la population est un phénomène non seulement français mais aussi à plus grande échelle européen. En 2014, 24.6% de la population française avait plus de 60 ans (contre 22.5% en 2009) (32). Ce chiffre devrait augmenter à 32.1% en 2060 (30% en Europe) (33).

La prévalence des sujets fragiles de plus de 75 ans en Europe est estimée à 35% (34). En France d'après l'étude SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) cette prévalence est de 15.0% chez les plus de 65 ans et de 25% à partir de 85 ans (34).

En 2014, 19.1% de la population en Ile-de-France étaient âgés de plus de 60 ans (35). Aux Mureaux (ville située dans le département des Yvelines) le taux était de 18.3% (36).

5.2. La fragilité : définitions

- Evolution et émergence d'une définition

Le concept de fragilité chez le sujet âgé est étudié depuis une trentaine d'années. Définir celui-ci a nécessité des ajustements au cours du temps pour rendre compte de cette notion complexe. Ce paragraphe décrira l'évolution de la définition de la fragilité jusqu'à nos jours, définition de ce qui, encore aujourd'hui, reste un concept controversé.

- La fragilité assimilée à la dépendance

En 1988, **WOODHOUSE** *et al* ont défini comme fragiles, les personnes de plus de 65 ans, dépendantes pour les activités de la vie quotidienne et/ou institutionnalisées (37).

La fragilité a aussi été définie comme l'incapacité de survivre sans une aide externe (mise en évidence du caractère social des conséquences de la fragilité) associée à la notion de multiplicité des maladies chez le sujet âgé fragile.

Enfin, l'hospitalisation est considérée comme un critère inhérent de la fragilité. Elle serait donc définie par une durée de séjour plus importante due à des maladies chroniques (38).

- La fragilité assimilée à une incapacité

Toujours dans les années 1980, une nouvelle notion a fait son apparition. La présence de pathologies gériatriques (confusion, chute, escarre, incontinence, troubles de la marche) représentait une condition nécessaire pour définir la fragilité.

Ainsi, la définition de la fragilité était présentée comme dynamique. Elle s'illustrait par la représentation d'une balance déséquilibrée entre les atouts (santé, capacités fonctionnelles préservées, tissu social conservé, ...) et les déficits qui menaçaient l'indépendance (la pathologie, l'incapacité, la dépendance pour les activités de la vie quotidienne) (38).

- La fragilité : un risque à venir péjoratif de déclin fonctionnel

Dans les années 1990 la conception de la fragilité s'est rapprochée de la définition actuelle consensuelle des gériatres. Elle serait une perte des réserves physiologiques qui augmenterait le risque d'incapacité. La fragilité a été considérée comme un état précurseur de l'incapacité en particulier pour les activités de la vie quotidienne (Activity of Daily Living : ADL). Trois composants seraient responsables de cet état : l'altération du contrôle neurologique, la diminution des performances mécaniques, l'altération du métabolisme énergétique (38).

En 1994, **ROCKWOOD** *et al* ont défini un modèle dynamique à partir de la balance « atouts/déficits » évoquée précédemment. L'auteur a distingué ainsi trois groupes. Le

premier constituait les « sujets robustes » (les atouts pèsent plus lourd par rapport aux déficits). Le deuxième groupe représentait les « sujets fragiles vivant en institution » (les déficits pèsent plus lourd que les atouts). Enfin le troisième groupe était composé de « sujets âgés fragiles vivant dans la population générale » (équilibre précaire entre les atouts et les déficits) (38).

En 2011, la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (**SFGG**) a présenté une définition consensuelle de la fragilité : « La fragilité est un syndrome clinique. Elle reflète 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. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ces conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »(39).

La définition de la fragilité ne fait pas encore l'unanimité. Il existe deux grands points de vue : la fragilité serait un modèle de vieillissement à risque (non réversible alors) ou la condition intermédiaire entre le vieillissement normal et pathologique (potentiellement réversible) (39).

5.3. Diagnostic de fragilité

Deux modèles de diagnostic existent : l'un fondé sur le concept de phénotype physique de la fragilité, l'autre prend en compte des critères cognitivo-sociaux regroupés sous le terme « fragilité multi-domaines » (39,40).

- Le concept de phénotype : les critères de FRIED

Un consensus a été établi concernant les différents marqueurs cliniques caractéristiques de la fragilité. Ils incluaient : la diminution de la masse musculaire liée à l'âge, la force, l'endurance, l'équilibre, la marche, une diminution de l'activité physique (41,42).

Sur cette base, FRIED *et al* ont sélectionné un ensemble de critères cliniques précis et simples à évaluer : perte non intentionnelle de poids (supérieure à 10% en 1 an), fatigue auto-rapportée, faiblesse au grip test, vitesse de marche lente, activité physique basse. A partir de ses critères, trois phénotypes ont été mis en évidence : les patients « robustes ou non fragiles » (aucun critère présent), les patients « fragiles intermédiaires » (un ou deux critères présents) et les patients fragiles (au moins trois critères présents) :

- Le phénotype fragile prédisait un risque plus important de survenue de complications (chute, dégradation de la mobilité ou des activités de la vie quotidienne, hospitalisations, décès)
- Le phénotype fragile intermédiaire présentait un risque augmenté de bascule dans le phénotype fragile dans les 3-4 ans

La définition standardisée du phénotype de fragilité permettait de le distinguer des notions d'incapacité et de comorbidité. La comorbidité apparaissait ici comme un facteur de risque de fragilité et l'incapacité comme le résultat de la fragilité (43).

- La fragilité « multi-domaines »

Le modèle phénotypique présentait l'inconvénient de ne pas être applicable au cas par cas pour le diagnostic de fragilité car ne prenait pas en compte les critères cognitivo-sociaux de chaque patient.

ROCKWOOD *et al* ont créé l'Echelle de Fragilité Clinique (*Clinic Frailty Scale*) qui mesurait la fragilité en se fondant sur le modèle « multi-domaines ». Cette échelle se composait de stades allant de 1 (robuste) à 7 (fragilité sévère). La répartition des patients dans un stade de fragilité reposait sur un examen clinique réalisé par des praticiens de diverses spécialités. L'avantage de cette méthode était le caractère rapide et simple à mettre en œuvre.

L'Echelle de fragilité clinique a été comparée à plusieurs outils validés de mesure de la fragilité (dont le plus important : l'Index de fragilité comprenant 70 items). L'inconvénient de cet Index était le caractère chronophage et l'impossibilité de réalisation en pratique clinique. La *Clinic Frailty Scale* semblait être aussi fiable que les outils validés, pour mesurer la fragilité et pour prédire la survenue de décès et d'institutionnalisation. Le fait que celle-ci ait reposé sur une évaluation clinique pouvait constituer un inconvénient majeur du fait de la subjectivité associée à chaque médecin (44).

D'autres modèles ont été présentés ces vingt dernières années démontrant la difficulté à définir ce syndrome (45).

L'HAS a proposé aux médecins généralistes des outils de repérage s'inspirant des deux principaux modèles diagnostics afin de prévenir les conséquences de la fragilité (40).

5.4. Conséquences médicales et économiques de la fragilité

Les principales conséquences de la fragilité ont été clairement identifiées. Sur le plan médical, elles étaient représentées par : les chutes, le décès, le déclin fonctionnel, les hospitalisations, l'institutionnalisation (39).

Sur le plan économique, Sirven *et al* ont étudié récemment la fragilité comme déterminant de dépense de santé individuelle dans la population de plus de 65 ans en France. Ils ont utilisé les critères de FRIED pour le diagnostic de fragilité. Dans l'étude, l'auteur a affranchi la fragilité des « effets concomitants des autres conditions de santé qui renchérissent les dépenses ». En 2012 le surcoût moyen de dépense associée à la fragilité seule s'élevait de 1270€ à 1770€ chez les patients fragiles et de 570 à 830€ pour les pré-fragile. Les dépenses en soins ambulatoires liées à la fragilité seule seraient de 3200€ par personne pour les pré-fragile et de 4000€ par personne pour les fragiles (contre 2782€ pour les patients robustes du même âge) (46).

5.5. Intérêts et moyens de repérage de la fragilité

Comme cela a été évoqué précédemment, la fragilité est un marqueur de risque d'évènements péjoratifs et un facteur d'augmentation des dépenses de santé. Elle est considérée comme un

élément réversible, ce qui permet de justifier la nécessité d'un repérage. Les principaux intérêts de ce dépistage seront de diminuer les risques de dépendance, de déclin fonctionnel, d'institutionnalisation et de décès. Plus généralement, le dépistage de la fragilité permettra d'améliorer la prise en charge des personnes âgées ainsi que le maintien à domicile (40).

Le repérage doit cibler une population particulière : les patients âgés de plus de 70 ans voir 65 ans (car la prévalence est déjà importante à cet âge) indemnes de toute pathologies graves et non dépendants (43).

L'outil idéal de diagnostic de la fragilité est l'Evaluation Gériatrique Standard. Mais elle n'est pas réalisable en pratique clinique pour des raisons de temps et de nécessité d'acquisition de compétences gériatriques.

L'objectif est donc d'utiliser un outil simple de dépistage de la fragilité (par tous les membres de l'équipe de soins de premier recours), valide et avec une sensibilité élevée. Le médecin généraliste est en première ligne pour repérer la fragilité car lorsque le patient âgé est hospitalisé, il est le plus souvent déjà dépendant.

Avant de mettre en place ce dépistage, les médecins de la MSP des Mureaux ont dû étudier la situation socio-économique et les besoins en termes de santé du territoire des Mureaux.

6. Situation socio-économique et médicale en Ile-de-France, dans les Yvelines et aux Mureaux

6.1. Ile-de-France

6.1.1. Contexte démographique

- Quelques chiffres-clés (47) (48) (49) :
 - Superficie : 12 012,3 km²
 - 8 départements
 - 1297 communes au 1^{er} janvier 2016
 - Population en 2014 : 12 027 565 habitants
 - Densité de la population en 2014 : 1 001,3 habitants au km²
- Evolution de la population

Les Yvelines reste le 4^{ème} département le plus peuplé d'Ile-de-France entre 2005 et 2014. Il compte la plus faible augmentation de population en neuf ans (Tableau 1).

- Population et âge

En 2014, la répartition des âges était comparable entre les Yvelines, les autres départements et l'Ile-de-France (hormis Paris qui détenait une proportion de 15-29 ans plus importante). Les proportions des 0-14 ans, 15-29 ans, 30-44 ans et 45-59 ans étaient équilibrées autour de 20%. La proportion des 60-74 ans et des 75-89 ans étaient également comparables entre les départements franciliens et l'ensemble de la région Ile-de-France (Figure 1).

6.1.2. Contexte économique

Le taux de chômage en Ile-de-France est resté globalement en dessous des taux nationaux entre 1997 et 2014. Pendant cette même période, il existait une augmentation en Ile-de-France comparable aux Yvelines et aux autres départements. En 2014, le taux de chômage des Yvelines restait en dessous des taux franciliens et nationaux. Il représentait le taux le plus bas des départements d'Ile-de-France entre 1997 et 2014 (hormis en 2001 et 2006 l'Essonne ayant le taux le plus bas) (Tableau 2).

	Population par département		Taux d'évolution
	2005	2014	
Paris	2 153 600	2 220 445	3,1%
Haut de Seine	1 516 700	1 597 770	5,3%
Seine-Saint-Denis	1 459 000	1 571 028	7,7%
Val de Marne	1 278 900	1 365 039	6,7%
Seine et Marne	1 260 500	1 377 846	9,3%
Yvelines	1 394 800	1 421 670	1,9%
Essonne	1 187 800	1 268 228	6,8%
Val d'Oise	1 148 000	1 205 539	5,0%
Ile-de-France	11 399 300	12 027 565	5,5%

Tableau 1 : Population par département et taux d'évolution entre 2005 et 2014. Source INSEE recensement de la population 1999 et 2014 (35) (48).

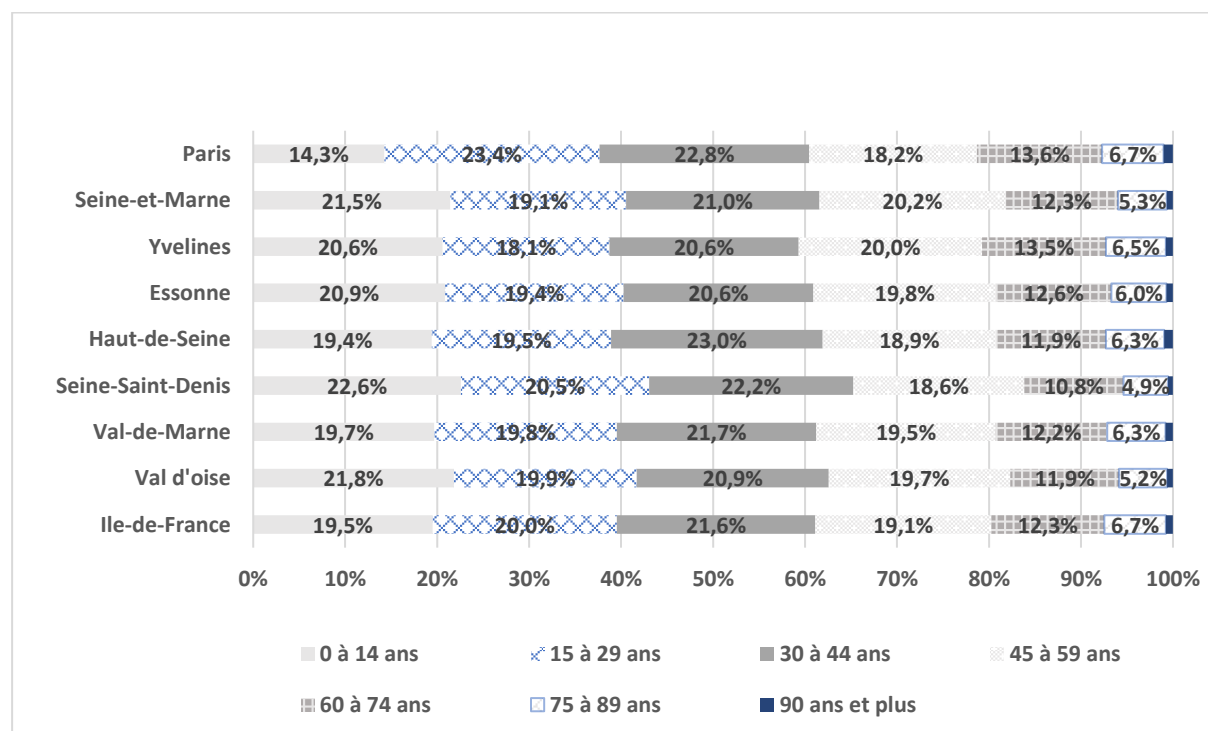


Figure 1 : Structure par âge de la population des départements franciliens en pourcentage en 2014. Source : INSEE, recensement de la population 2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016(50) (35) (51) (52) (53) .

Départements	%								
	1997	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2009	2014
Paris	12	10,9	9	11,5	11,5	10,9	8,9	11	12
Hauts-de-Seine	10,1	8,6	7	9,3	9,5	9,2	7,4	9,6	11
Seine-Saint-Denis	15,3	14,3	11,4	13,7	14	13,6	11,2	16,5	18,9
Val-de-Marne	10,7	9,5	5,7	9,3	9,6	9,4	7,9	11,1	12,9
Seine-et-Marne	9,4	7,6	7,4	7,7	8,2	8,1	6,7	9,3	11,5
Yvelines	8,2	7	5,6	7,6	7,8	7,5	6,2	8,3	10,3
Essonne	8,6	7,3	5,5	7,6	7,9	7,7	6,1	9	11
Val-d'Oise	11	9,5	7,5	9,8	10,2	10	8,5	11,4	13,4
Ile-de-France	10,8	9,5	7,6	9,8	10	9,6	8	10,9	12,6
France	12	10,7	8,7	9,8	10	9,8	8,6	11,2	13,5

Tableau 2 : Taux de chômage des 15-64 ans dans les départements franciliens entre 1997 et 2014. Sources : INSEE, recensement de la population 2009 (géographie au 01/01/2011) et recensement de la population 2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales (50) (35) (51) (52) (53).

6.2. Yvelines

6.2.1. Contexte démographique

- Quelques chiffres-clés (54) :
 - Superficie : 11,990 km²
 - 4 arrondissements
 - 21 cantons
 - 262 communes au 1^{er} janvier 2016
 - Population en 2014 : 31 643 habitants
 - Densité de la population en 2014 : 2639.4 habitants au km²
- Population et âge

Il y a environ autant d'hommes que de femmes dans la tranche d'âge de 15 à 74 ans. A partir de 75 ans la population est majoritairement féminine (Figure 2, ANNEXE 1 : Tableau 3) (50).

6.2.2. Contexte socio-économique

La composition des ménages reste stable entre 2009 et 2014 avec une majorité de couples (avec ou sans enfants, 86% en 2014). Il existe également une majorité de ménage avec enfants (64 % en 2014) (ANNEXE 1 : Tableau 4). En 15 ans, le département des Yvelines est le témoin d'une diminution de la population dans le secteur agricole et ouvrier au profit du secteur tertiaire. Il faut également noter une forte augmentation de la population retraitée (+36% en 15 ans). Ils proviennent probablement en grande partie du secteur agricole et ouvrier (Tableau 5).

	Ménages			Population des ménages	Nombre de personne par ménage
	2014		Evolution 1999-2014 en %		
	Nombre de ménage	%			
Ensemble	565 208	100	12,4	1 393 273	2,5
Agriculteurs exploitants	654	0,1	-18,6	1 878	2,9
Artisans, commerçants, chefs entreprise	24 449	4,3	0,1	76 743	3,1
Cadres et professions intellectuelles supérieures	137 418	24,3	25,5	404 928	2,9
Professions intermédiaires	95 363	16,9	4,5	246 331	2,6
Employés	66 615	11,8	6,2	177 880	2,7
Ouvriers	58 742	10,4	-17,9	283 563	4,8
Retraités	162 352	28,7	36,0	283 563	1,7
Autres personnes sans activité professionnelle	19 615	3,5	-16,2	41 080	2,1

Tableau 5 : Ménages aux Yvelines selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence. Source: INSEE, recensement de la population en 2014 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2016(50) (48).

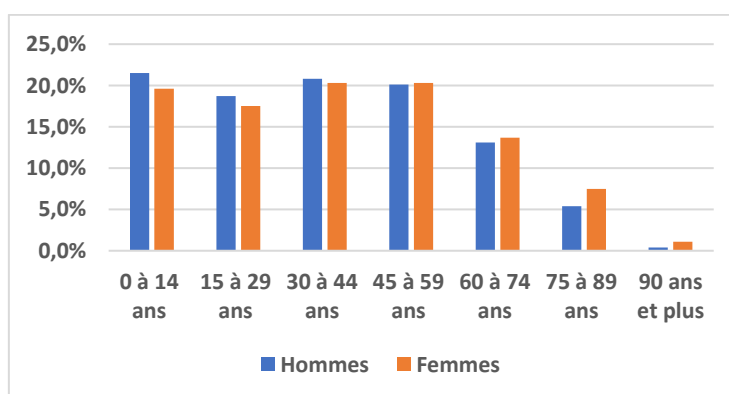


Figure 2 : Structure de la population par âge et par sexe en pourcentage au Yvelines en 2014. Source : INSEE, recensement (RP) 2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016.

6.3. Les Mureaux

6.3.1. Contexte démographique

- **Evolution de la population**

L'évolution de la population des Mureaux peut se diviser en 3 périodes :

- Entre 1968 et 1990 : augmentation régulière de la population (principalement due au solde naturel)
- Entre 1990 et 2009 : diminution importante (principalement due au solde migratoire négatif)
- Entre 2009 et 2014 : stabilisation et augmentation discrète (neutralisation entre le solde naturel et migratoire) (Tableau 6, ANNEXE 1 : Tableau : 7, 8).

	Taux démographique (moyenne annuelle)						
	1962-1968	1968-1975	1975-1982	1982-1990	1990-1999	1999-2009	2009-2014
Taux d'évolution global	2,3%	3,8%	1,7%	0,6%	-0,5%	-0,1%	0,1%
dû au solde naturel	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	1,5%	1,4%	1,6%
dû au solde migratoire	0,4%	2,0%	-0,1%	-1,3%	-1,9%	-1,5%	-1,5%

Tableau 6 : Taux d'évolution démographique aux Mureaux. Source : INSEE recensement de la population de 1967 à 1999 dénombremments, recensement de la population 2009 et recensement de la population 2014 exploitations principales. Etat civil (36)

- **Catégories d'âges aux Mureaux en 2009 et 2014**

La répartition de la population des Mureaux est moins équilibrée par rapport à celle des Yvelines ou des autres départements franciliens avec une plus grande proportion de 0-14 ans et de 15-29 ans (Figure 1, Figure 3).

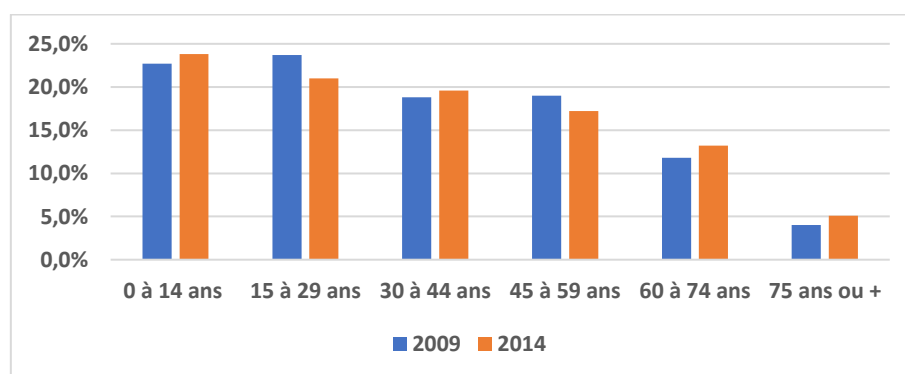


Figure 3 : Catégories d'âges aux Mureaux en 2009 et 2014. Sources : INSEE, recensement de la population 2009 et recensement de la population 2014 exploitations principales (36).

- **Répartition des ménages**

Il existe une inversion de la proportion homme/femme en faveur des hommes entre 1999 et 2014 aux Mureaux (Tableau 9,10).

Population des ménages par sexe en 1999		
	Effectifs	Part
Hommes	15479	49%
Femmes	16111	51%
Total	31590	100%

Tableau 9 : Répartition des ménages par sexe en 1999 aux Mureaux. Source INSEE, recensement de la population 1999, estimation 2004-2006 (48).

Population des ménages par sexe en 2014		
	Effectifs	Part
Hommes	16 067	51%
Femmes	15 580	49%
Total	31 647	100%

Tableau 10 : Répartition des ménages par sexe en 2014 aux Mureaux. Source : INSEE, recensement de la population 2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016 (36).

- **Répartition selon la nationalité aux Mureaux :**

Pour rappel, définition d'un étranger selon l'INSEE : « Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment) » (55).

La population étrangère reste globalement stable aux Mureaux : 25.9% en 1999 contre 23.9% en 2014 (ANNEXE 1 : Tableau 11, 12).

6.3.2. Caractéristiques socio-économiques des Mureaux

La composition des ménages aux Mureaux est comparable entre 2009 et 2014. Elle reste principalement ouvrière avec une forte proportion de retraités (Figure 4, ANNEXE 1 : Tableau 13). Le taux de chômage aux Mureaux a augmenté fortement entre 2009 et 2014 principalement chez les femmes. Ce taux est presque deux fois plus élevé que la moyenne départementale (10.3%) et régionale (12.6%). Aux Mureaux, le taux de pauvreté des plus de 60 ans est de 32.2% (selon l'INSEE, le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros)) (56). (Tableau 14, Figure 5).

	2009	2014
Nombre de chômeurs	2 210	2 909
Taux de chômage en %	15.9	20.4
Taux de chômage des hommes en %	15.5	18.7
Taux de chômage des femmes en %	16.2	22.4

Tableau 14 : Taux de chômage des 15-64 ans aux Mureaux. Sources : INSEE, recensement de la population 2009 (géographie au 01/01/2011) et recensement de la population 2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations principales (36).

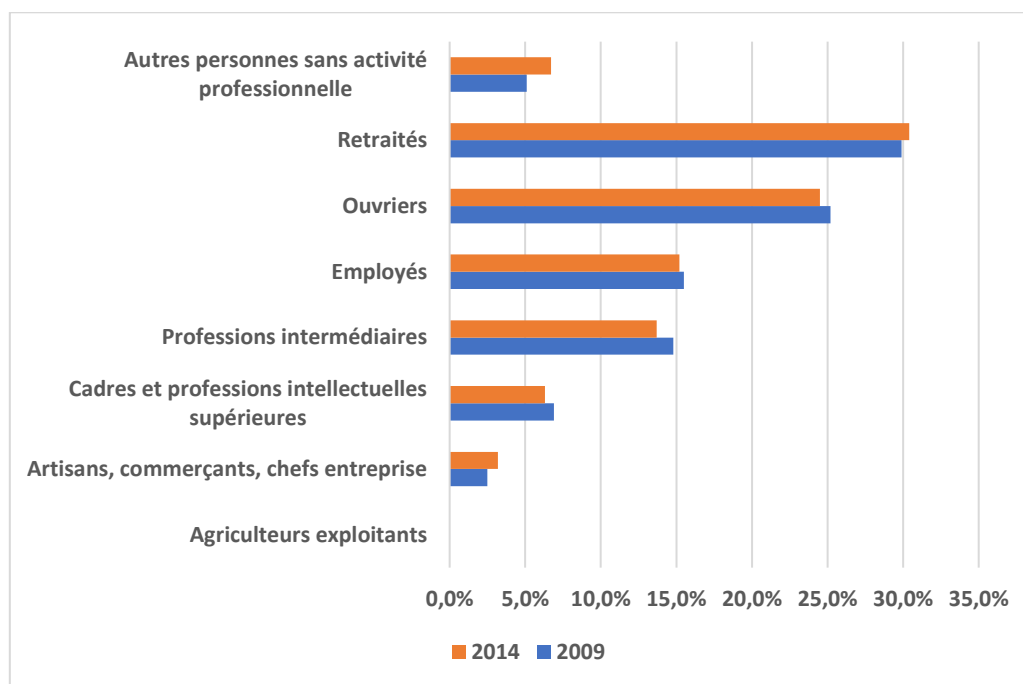


Figure 4 : Ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence aux Mureaux. Sources : INSEE, recensement de la population 2009 et recensement de la population 2014 exploitations complémentaires(36).

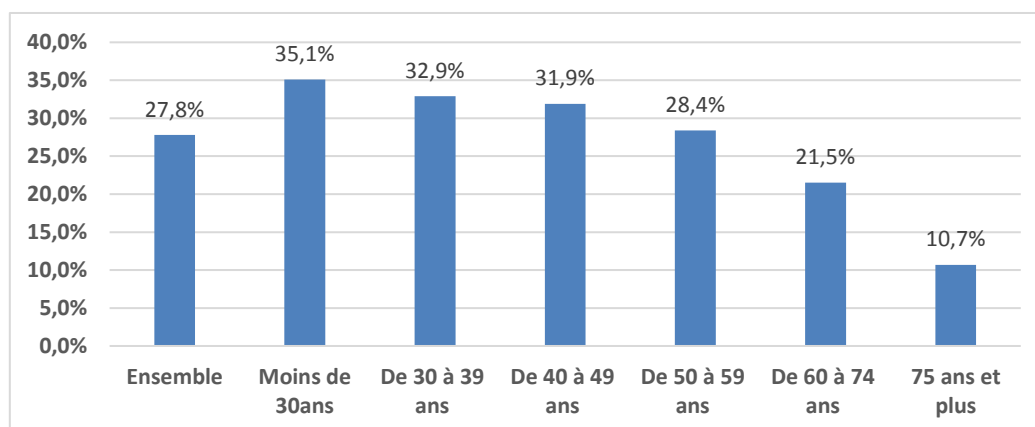


Figure 5 : Taux de pauvreté par tranches d'âges en 2014 aux Mureaux. Champ : ménages fiscaux - hors communautés et sans abris. Source : INSEE - DGFIP- Cnaf- Cnav - Ccmsa, FiLoSoFi (en géographie au 01/01/2015) (36).

- **Ménages fiscaux de l'année 2014**

Aux Mureaux, la part des ménages fiscaux imposés se situe très largement en dessous de celle de l'Ile-de-France et des Yvelines. Moins de la moitié des ménages fiscaux des Mureaux sont imposables (48.9%) (ANNEXE 1 : Tableau 15). Les prestations sociales occupent une part largement supérieure à la moyenne départementale et régionale dans le revenu des Muriatins (10.7% des revenus par rapport à 3.3% et 4.4% pour les Yvelines et l'Ile-de-France). La proportion d'allocataires CAF aux Mureaux (33%) est plus importante que celle des Yvelines (31%) mais moins que de l'Ile-de-France (35%). La proportion d'allocataires RSA socle aux Mureaux (19%) est moins importante que celle des Yvelines (52%) et de l'Ile-de-France (52%) (ANNEXE 1 : Tableau 16, 17).

6.3.3. Taux de mortalité des Mureaux

Le taux brut de mortalité aux Mureaux est inférieur au taux départemental et régional et reste globalement stable entre 2001 et 2014 (Tableau 18).

Année	Les Mureaux	Yvelines	Ile-de-France
2001	4,6	6,1	6,6
2002	3,9	6,1	6,6
2003	4,6	6,5	6,9
2004	3,81	5,9	6
2009	4,64	6,02	6,01
2014	4,58	5,93	5,86

Tableau 18 : Taux brut de mortalité pour 1000 habitants aux Mureaux. Source : INSEE Etat civil (48) (50) (36) (35) (57).

6.3.4. Offre de soins

- **Les établissements**

La commune des Mureaux dispose d'une structure de soins : le site « Bècheville » qui regroupe un service de soins de suite et de réadaptation ainsi qu'un service de psychiatrie appartenant au centre hospitalier Intercommunal Meulan-les Mureaux.

A Meulan-les-Mureaux (commune voisine des Mureaux) le site hospitalier « Henri IV » s'organise en services de médecine et de chirurgie avec, en particulier, un service de gériatrie aigue. Le site « Brigitte Gros » possède un soin de suite et de réadaptation gériatrique de 32 lits (58).

Les Mureaux ne disposent pas d'Etablissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes (EHPAD). L'EHPAD la plus proche est à Meulan (EHPAD Châtelain Guillet, 127 lits) (59). La ville des Mureaux possède un foyer logement destiné aux personnes âgées autonomes (Résidence Anne de Bretagne, gérée par le groupe associatif ARPAVIE®) (60).

- **Les médecins généralistes**

En 2017, 18 médecins généralistes exercent aux Mureaux contre 45 en 2007(48)_(61).

Il existe une diminution de la population médicale aux Mureaux plus importante que dans les Yvelines et en Ile-de-France. L'exercice médical reste principalement masculin aux Mureaux alors qu'il est plutôt équilibré dans les Yvelines et en Ile-de-France (Figure 6, ANNEXE 1 : Tableau 19). De plus, les médecins sont en moyenne plus âgés aux Mureaux (56 ans) par rapport aux Yvelines et l'Ile-de-France (53 ans). En 2007, la densité des généralistes (8.8‰) était comparable à celle des Yvelines et de l'Ile-de-France (8.7‰ et 9‰). Dix ans plus tard, elle diminue et est largement inférieure (5.7‰) à celle des Yvelines et de l'Ile-de-France (7.09 et 7.17‰) (ANNEXE 1 : Tableau 20, 21). Par conséquent, en presque 10 ans, on note une diminution catastrophique du nombre de praticiens (-40% soit 2 médecins sur 5) aux Mureaux (ANNEXE 1 : Tableau 22).

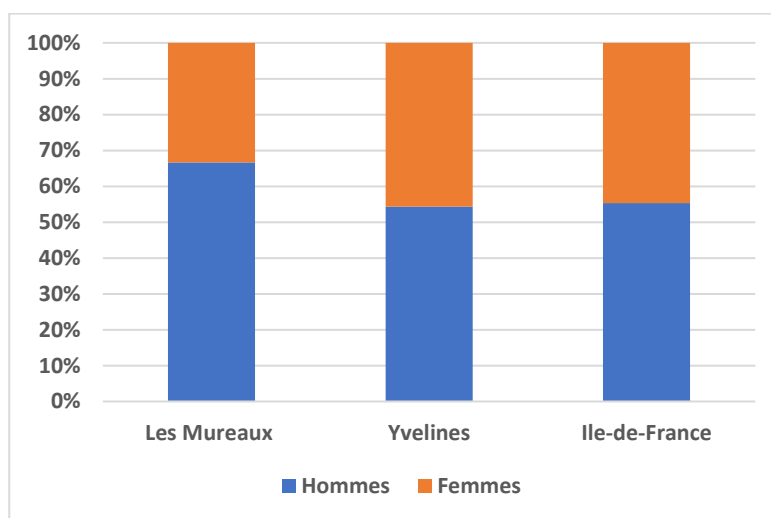


Figure 6 : Répartition des médecins par sexe et localisation. Source : DRESS, URPS Médecin Ile-de-France, carte des médecins libéraux en Ile-de-France (62) (61).

- **Les infirmières/infirmiers exerçant une activité libérale ou mixte**

En 2017, 20 infirmières exercent aux Mureaux contre 12 en 2007(48) (62).

En 10 ans, la proportion d'infirmières libérales a augmenté sur le plan régional, départemental et aux Mureaux (densité de 3.6‰ en 2007 contre 6.3‰ en 2017) (ANNEXE 1 : Tableau 23). La répartition infirmière est certainement sous-estimée du fait d'une forte proportion de non inscription à l'ordre des infirmiers. Il s'agit d'une population qui reste encore principalement féminine (18 femmes pour 2 hommes en 2017) (ANNEXE 1 : Tableau 24).

- **Les masseurs kinésithérapeutes libéraux/mixtes**

Entre 2007 et 2017, la présence des masseurs-kinésithérapeutes libéraux/mixtes a diminué aux Mureaux (densité de 4‰ en 2007 contre 3.15‰ en 2017) alors qu'elle a augmenté sur le plan régional et départemental. La proportion homme/femme est équilibrée (Figure 7, ANNEXE 1 : Tableau 25, 26).

- **Les podologues exerçants une activité libérale ou mixte**

En 10 ans, la présence des podologues libéraux/mixtes a augmenté sur le plan régional, départemental et aux Mureaux (densité de 1.5‰ en 2007 contre 2.2‰ en 2017). La proportion homme/femme est équilibrée (Figure 8, ANNEXE 1 : Tableau 27, 28).

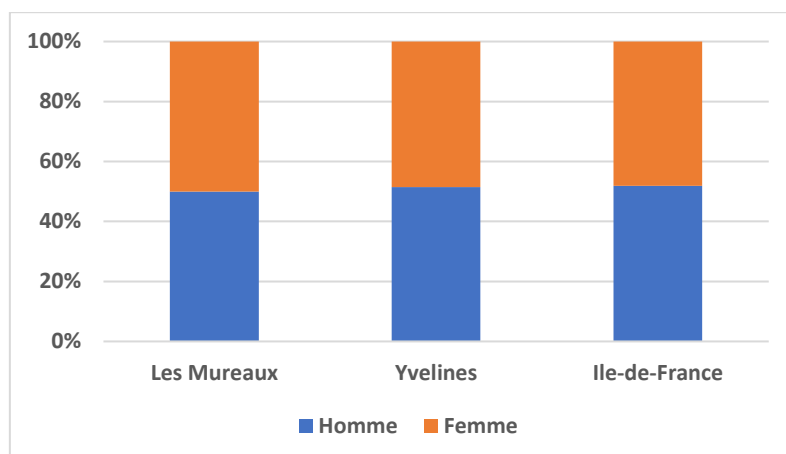


Figure 7 : Répartition des kinésithérapeutes libéraux/mixtes en 2017. Sources : DRESS (62) (63).

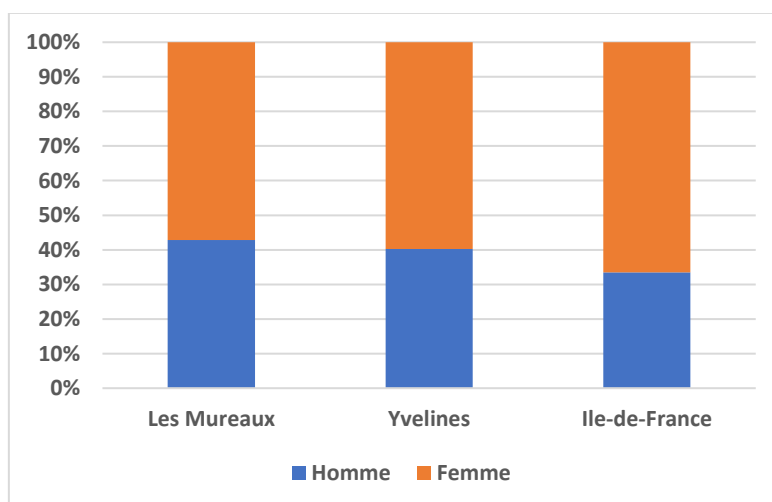


Figure 8 : Répartition des podologues libéraux/mixtes en 2017. Source : DRESS (62) (64).

7. Diagnostic de la nécessité d'un projet de santé aux Mureaux

Ces données socio-démographiques démontrent une stabilité globale de la population des Mureaux. Elle est relativement jeune (majorité de moins de 30 ans) avec néanmoins une augmentation de la population de plus de 60 ans.

Sur le plan économique, il s'agit d'une population principalement ouvrière avec une forte proportion de retraités. Aux Mureaux, la majorité des habitants perçoit des revenus faibles, le taux de chômage et de pauvreté sont importants surtout chez les jeunes. La situation des Mureaux est donc marquée par une précarité économique.

Par ailleurs, l'offre de soins subit une perte catastrophique depuis 10 ans en termes d'offre médicale libérale (en particulier en médecine générale avec une perte de plus de 50% des généralistes). L'offre paramédicale reste relativement stable voire en augmentation. Il existe donc également une précarité sur le plan médical.

Ainsi, la ville des Mureaux doit faire face à ses difficultés sociales, économiques, à la diminution du nombre de praticiens ainsi qu'à l'émergence de problématiques de santé publique (vieillesse de la population, maladies chroniques...). Il est donc apparu une réflexion sur la construction d'une offre de soins de premier recours qui permette de réduire les inégalités rejoignant ainsi l'objectif des soins primaires.

Face à ces difficultés, des initiatives ont été mises en place : l'Association Locale de Développement Sanitaire (ALDS), la Maison médicale de garde, le réseau EMILE : réseau de soins continus à domicile composé d'une équipe mobile interdisciplinaire (médecins, infirmières, psychologues, secrétaires et d'un chef de projet). Ceux-ci sont formés aux soins à domicile, à la gériatrie, aux soins palliatifs, à l'accompagnement et interviennent à la demande du patient et du médecin traitant.

Néanmoins, ces initiatives n'étaient constituées que de relations binaires (généraliste-infirmier ou paramédicaux ou spécialistes) insuffisantes. Une volonté de rénovation sanitaire passant par le travail multidisciplinaire s'est donc imposée parallèlement au projet de rénovation urbaine de la ville des Mureaux (65).

Le projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle des Mureaux (MSP) a ainsi vu le jour en 2008. Une MSP est une structure immobilière mais aussi intellectuelle (puisque'elle rayonne sur un territoire) qui rassemble plusieurs disciplines dans l'objectif d'une prise en charge globale d'un patient. Dans le contexte des Mureaux les objectifs sont :

- « Une offre de soins de proximité (soins primaires)
- L'articulation avec l'offre de soins de 2^{ème} et 3^{ème} recours (médecine spécialisée en réseaux de santé de proximité)
- L'implication dans la formation des professionnels
- Une réponse aux besoins des patients : éducation thérapeutique, ... » (65).

La société ESPAGE (Equipe de Soins Primaires Accompagnement Gestion Exploitation) engagée par la MSP a permis l'aide au montage de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle, la gestion de l'immobilier et la gestion administrative (gestion du secrétariat, ...). Elle a également fourni une aide à l'élaboration du projet de repérage de la fragilité du sujet âgé par l'intermédiaire de leur coordinatrice de santé.

8. Objectifs de l'étude

Actuellement, il existe peu d'études s'intéressant aux difficultés rencontrées par les intervenants d'une MSP (médecins, infirmières) dans le processus de dépistage de la fragilité en ambulatoire.

L'objectif principal était de réaliser une étude qualitative visant à étudier les processus mis en œuvre lors du repérage de la fragilité des sujets âgés de plus de 70 ans par les sept généralistes de la MSP « Philippe Marze » des Mureaux (Yvelines, région Ile-de-France) du 6 décembre 2016 au 17 avril 2018.

L'objectif secondaire était l'analyse quantitative observationnelle du dépistage des patients fragiles de plus de 70 ans.

1. Populations d'étude

L'étude qualitative des enjeux de la mise en œuvre du dépistage de la fragilité s'intéressait aux sept généralistes de la MSP des Mureaux (Yvelines, France) qui intervenaient dans le repérage. Elle a été réalisée du 6 décembre 2016 au 17 avril 2018.

L'étude quantitative concernait les patients âgés de plus de 70 ans dans le territoire de soins de la MSP des Mureaux. Elle a été étudiée du 19 juillet 2016 au 31 décembre 2017.

2. Le repérage de la fragilité

2.1. Caractéristiques des médecins de la MSP impliqués dans le projet de repérage

Il s'agissait de 7 médecins généralistes dont 3 hommes et 4 femmes, répartis en 4 classes d'âges : 60-70 ans (4 médecins), 50-60 ans (1 médecin), 40-50 ans (1 médecin), 30-40 ans (1 médecin).

Parmi ces généralistes, 4 étaient engagés dans la formation et l'enseignement (maître de stage et chef clinique de médecine générale), 1 dans la politique municipale, 1 dans l'associatif (Association Locale de Développement Sanitaire (ALDS)).

Avant l'entrée dans la MSP, 2 praticiens consultaient uniquement sur rendez-vous, les 5 autres recevaient sans et sur rendez-vous. Les consultations sans rendez-vous se réalisaient dans des proportions variables (de quelques heures par jour à une ou plusieurs journées dans la semaine).

En 2017, les patients de plus de 60 ans représentaient 12% pour un des professionnels de santé et 18% pour 2 autres (données communiquées par les médecins à partir de leur relevé du Système National Inter-Régime (SNIR)). Pour les 4 derniers les informations n'ont pas été communiquées.

Les sept praticiens réalisaient des visites à domicile.

2.2. Outils de repérage de la fragilité

L'équipe d'intervenants impliqués dans le dépistage de la fragilité se constituait de 7 généralistes, 1 pharmacien, 5 infirmières exerçant dans la MSP des Mureaux et 11 infirmières n'y exerçant pas. Les IDE ont bénéficié d'une formation aux tests de dépistage qui n'ont finalement pas été utilisés.

Le repérage reposait sur « ***le protocole HAS pluri-professionnel de dépistage et de prise en charge des personnes âgées à risque de fragilité en 7 points*** » (ANNEXE 2). Ses éléments principaux étaient :

- Un « questionnaire HAS d'aide à la décision d'initier une démarche de type Plan Personnalisé de Soins chez les patients de plus de 70 ans » (6 questions, ANNEXE 2). Le médecin posait le questionnaire au patient au cours de la consultation.

- Une mini-évaluation infirmière de la fragilité (ANNEXE 3). Elle était réalisée si le patient avait répondu « oui » à l'une des 6 questions.

Par la suite, les praticiens prévoyaient une discussion des cas complexes en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Un Plan Personnalisé de Soins (PPS) devait y être élaboré par l'équipe pluriprofessionnelle et validé par le patient. En fonction des situations, le patient serait éventuellement orienté vers une structure gériatrique hospitalière ou gériatologique en vue de la réalisation d'un bilan plus approfondi.

Les patients fragiles étaient suivis par les infirmières du territoire des Mureaux lors de visites à domicile. Toutes modifications de l'état clinique du patient étaient signalées aux médecins généralistes de la MSP.

Le suivi pluriprofessionnel du dépistage se caractérisait par la tenue d'un tableau anonymisé consignait les patients repérés et la rédaction d'un compte-rendu pour chaque RCP. L'ensemble devait être consigné sur un disque dur virtuel : « Google® drive ».

3. Etude des enjeux de la mise en œuvre du repérage de la fragilité

Afin de croiser les regards et les informations, trois méthodes des études qualitatives ont été utilisées : l'observation participative, les entretiens semi-dirigés, et l'entretien collectif.

3.1. Observation participative

La mise en place du projet de repérage de la fragilité chez les sujets âgés était un processus en cours de réalisation, l'observation participative constituait donc la méthode de choix. Elle a porté sur les 7 médecins de la MSP des Mureaux.

L'observation a été réalisée par l'interne qui a mené cette étude, accompagné d'une autre interne qui étudiait la mise en place d'un projet de dépistage de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent par le même groupe de médecins. Ils ont appliqué la technique d'observation participative étant à la fois observateurs mais aussi participant au processus de mise en place des projets de repérage (fragilité et obésité). Cette technique a été associée à « la filature ethnographique » mise en place par Don H Zimmerman (sociologue) qui décrit celle-ci comme « l'acquisition d'une vue intime d'un monde social particulier ». L'intérêt n'était pas seulement de saisir les propos des acteurs étudiés mais aussi le sens des actions et du fonctionnement du groupe étudié (en perçant leur vocabulaire particulier et leurs pratiques) (66).

Les internes occupaient cette position d'autant plus facilement qu'ils appartenaient à la « tribu » des médecins généralistes et en comprenaient donc parfaitement le langage et les usages. Néanmoins cette connaissance restait partielle car ils ne maîtrisaient pas encore les pratiques de l'exercice en MSP. Les observations ont été consignées de mémoire après chaque rencontre sur un fichier Word®.

Les internes-observateurs ont été présentés comme tels aux différents membres, lors de la réunion de mise au point des projets de la MSP le 6 décembre 2016. La vérification des données collectées par les internes-investigateurs lors de l'observation a été contrôlée par la confrontation mutuelle de leurs observations avec celles du directeur de thèse (également un des sept médecins de la MSP) (66).

L'objectif de cette observation était de faire ressortir les processus sous-tendus lors de la mise en place d'un projet au sein d'une MSP et d'explicitier les propos des 7 médecins recueillis au cours des entretiens.

3.2. Entretiens semi-directif individuels

Ils se sont tous déroulés entre mai 2017 et juin 2017. Les internes ont décidé de les mener à deux, chacun posait les questions propres au thème de leur thèse. Dans la première partie ils ont recueilli le verbatim des praticiens afin de déterminer les difficultés et les facilitateurs de la mise en place du repérage de la fragilité. Dans la deuxième partie ils ont expliqué le déroulement du dépistage de la fragilité/obésité. Les internes ont ensuite proposé une réflexion commune dans le but de rechercher des éléments pratiques permettant la mise en œuvre du dépistage. Enfin, ils ont offert une aide technique surtout pour les problèmes informatiques.

Les entretiens ont été réalisés auprès des sept médecins de la MSP et conduit selon un guide d'entretien individuel (ANNEXE 4). Un dictaphone **Olympus WS-852®** a été utilisé pour enregistrer les propos des praticiens. Cette rencontre reposait sur le principe de l'entretien semi-directif composé de questions ouvertes et d'un minimum d'intervention de la part de l'investigateur (uniquement pour relancer ou préciser une idée). L'objectif consistait à tenter de recueillir la plus pure expression de la pensée de l'interrogé sans être biaisé par celle de l'interlocuteur (ce qui se produit lors d'un entretien trop directif) (67).

Les échanges ont ensuite été retranscrits par écrit via le logiciel de retranscription **Dragon Natural Speaking Home 13®**. La sélection des nœuds (thèmes principaux) à partir des textes issus des entretiens a été réalisée avec le logiciel **NVIVO 11 Pro®**. L'analyse, réalisé via le même logiciel, reposait sur le principe de codification qui est une « transformation des données brutes en une première formulation signifiante ». Les éléments codifiés ont ensuite été catégorisés : il s'agit d'une extraction d'« un sens plus général sous un ensemble d'éléments déjà traités et dénommés » (codifiés) (66).

3.3. Entretien collectif

Il a été réalisé le 17 avril 2018, environ un an après les entretiens individuels à partir d'un guide (ANNEXE 5). L'entretien a réuni les cinq praticiens de la MSP sur les sept interviewés en mai-juin 2017 (soit presque un an plus tard). Parmi les autres membres de la MSP seul le psychologue et la nouvelle coordinatrice de santé ESPAGE étaient présents.

L'entretien collectif a été préféré à une deuxième série d'entretiens individuels car l'objectif était de saisir à la fois la dynamique collective et individuelle et de capter les points de vue des paramédicaux, en particulier les infirmières.

Dans un premier temps, l'interne qui réalisait la thèse a présenté les résultats de l'analyse quantitative du repérage de la fragilité et de l'analyse qualitative des entretiens individuels. Il a précisé les notions qui étaient floues, en mettant en évidence les freins au dépistage et en proposant des solutions pour ceux-ci. Dans un second temps, l'interne a animé l'entretien collectif avec le directeur de thèse et la co-interne qui réalisait sa thèse sur le projet de repérage de l'obésité.

L'entretien collectif reposait sur le principe de la production de connaissance à travers l'expression d'expériences vécues par les participants. Il contribuait à instaurer une « capacité réflexive » définie comme une « attention particulière » attribuée aux interactions complexes d'une expérience vécue avec son protagoniste, l'environnement et les intervenants de l'entretien (67).

4. Analyses statistiques

Afin de caractériser la répartition de la population des patients repérés comme fragile, les indices les plus pertinents ont été calculés (moyenne, médiane, 1^{er} et 3^{ème} quartile, écart-type et mode). La création d'un diagramme en boîte a permis de les représenter (68). L'analyse du suivi des infirmières (de la MSP et hors MSP) a été réalisée avec le test exact de Fischer (69) car l'échantillon des patients repérés était peu important.

1. Résultats de l'analyse qualitative

1.1. Résultats des observations

- *Observations des conditions initiales du repérage*

Au début de l'étude, les sept médecins de la MSP étaient dispersés dans trois cabinets différents au sein de la ville des Mureaux (quatre dans le cabinet de la rue Aristide Briand, un dans le cabinet du centre commercial des Bougimonts, deux dans un autre cabinet de la rue Aristide Briand).

Les trois cabinets se situaient tous à moins de 500 mètres les uns des autres. Néanmoins, chacun appartenait à un quartier différent. Le premier se situait proche du centre-ville. Le second, bien que situé dans la même rue, appartenait à un quartier pavillonnaire. Enfin, le troisième se situait à proximité d'un petit centre commercial entouré d'immeubles.

Un des cabinets s'informatisait, la majorité des dossiers des patients étant encore sous la forme de dossiers papier. Un autre se situait au deuxième étage d'un bâtiment mais l'ascenseur était en panne au moment des entretiens.

La réunion de décembre 2016 a constitué le premier contact entre les internes menant leur thèse et les acteurs de la MSP (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, orthophoniste, pharmacien, coordinatrice ESPAGE, podologue). Lors de cette réunion les internes ont pu remarquer que la principale préoccupation du moment était de négocier le prix d'achat du bâtiment par une société foncière via la Caisse de Dépôt et de Consignation. Par la suite, les projets de repérage ont été présentés : les infirmières semblaient préoccupées car elles voulaient savoir quel serait leur rôle exact dans le dépistage. Le pharmacien s'est dit, lui, très intéressé, exprimant sa volonté de jouer un rôle dans le repérage de la fragilité. Les praticiens n'ont posé aucune question concernant le protocole écrit par le Dr Certain et le Dr Clerc en juillet 2016.

- *Observations de la coordinatrice de santé ESPAGE*

Les internes ne l'ont vu qu'une seule fois lors de la réunion de décembre 2016, par conséquent il s'agissait d'une observation indirecte.

La coordinatrice de santé communiquait surtout par courriels envoyés mensuellement (de décembre 2016 à mars 2017 puis de décembre 2017 à janvier 2018). Elle a créé un « Google® Drive » (disque dur virtuel) sur lequel les médecins pouvaient déposer la liste des patients repérés comme fragiles. Elle rédigeait les comptes-rendus des réunions et relançait les généralistes pour le travail de repérage en coopération avec les internes.

La coordinatrice a ainsi récupéré toutes les données sur les patients repérés et les a résumées dans le tableau sur le drive pour les utiliser dans un document justificatif envoyé à l'ARS.

Le 15 février 2018 la coordinatrice santé a annoncé son départ et son remplacement par une autre collègue.

- *Observations de l'attitude des médecins au moment des entretiens individuels et collectifs*

Les médecins de la MSP étaient pour la plupart motivés par le projet. Ils se sont rendus disponibles pour réaliser les entretiens et ont pris le temps de répondre à chaque question. Ils ont accueilli les internes avec un réel intérêt. Certains professionnels de santé ont affirmé qu'ils représentaient des interlocuteurs privilégiés pour résoudre les interrogations qui les empêchaient de débiter le repérage. Ils ont fait part aux internes de leur tiraillement entre la volonté de repérer et le fait qu'en pratique, ils ne l'avaient pas ou peu fait.

Un des médecins de la MSP s'est montré plus réticent à accorder aux internes une date pour un entretien invoquant une perte de temps et un manque d'intérêt pour le projet. Cependant, il a fini par convenir d'un jour avec les internes et a finalement présenté la même attitude d'intérêt que les autres praticiens au cours de l'entretien.

Au moment de l'entretien collectif, les cinq médecins ont exprimé leur satisfaction à la suite de la présentation des premiers résultats. Chacun d'eux a participé activement à l'entretien collectif. La tension liée aux négociations de loyer avait disparu, les professionnels ont fait part de l'amélioration de la qualité de l'environnement de travail depuis l'emménagement dans la nouvelle structure. Ils semblaient tous plus détendus.

- *Auto-observations du comportement des internes, et de leur participation*

A partir de leur présentation lors de la réunion de décembre 2016, les internes ont été considéré comme partie intégrante de la MSP pour les projets de repérage de l'obésité et de la fragilité. Ils ont ainsi communiqué librement avec les médecins des détails de la construction du projet. Les échanges se sont réalisés principalement par mail. Pour demander certaines informations plus personnelles (données du relevé du Système National Inter-Régime (SNIR)) les internes ont préféré passer par un intermédiaire (un des médecins responsables de la mise en place de la MSP qui était aussi leur directeur de thèse).

En mai 2017, les internes ont contacté chacun des praticiens de la MSP pour obtenir une date d'entretien individuel. Un médecin a répondu directement. Pour les autres professionnels les internes ont tout d'abord laissé un message à la secrétaire. Deux praticiens ont convenu d'un jour lors du rappel des internes. Les quatre derniers n'ont pas répondu, l'interne a dû se déplacer dans le cabinet pour prendre rendez-vous avec chacun des médecins.

Après les entretiens individuels, deux généralistes sur sept ont répondu aux différents courriels envoyés par les internes.

1.2. Résultats des entretiens individuels

Les noms des médecins et de la coordinatrice ont été anonymisés et remplacés par des lettres allant de A à H, J et T représente les internes

1.2.1. Axe 1 : consensus sur la mission de santé publique des médecins généralistes.

- *Le thème de la fragilité de la personne âgée : sujet pertinent et adapté à la population des Mureaux*

Le cahier des charges des MSP contient plusieurs missions dont l'élaboration de projets de prévention, d'éducation à la santé et de coordination des soins. Ces projets permettent d'élargir les champs d'exercice des généralistes en particulier dans le domaine de la santé publique.

Les sept médecins ont donc choisi un thème de santé publique pour leur premier projet de soins dans la MSP : le repérage de la fragilité chez les sujets âgés. Il est apparu comme le choix incontournable, accessible et consensuel. Les instances (ARS, HAS, etc...) et l'ensemble des médecins généralistes reconnaissaient la situation de dépendance du sujet âgé comme un problème de santé publique (*« Ce sont des thèmes qui sont quand même classiques [...] on n'a pas besoin de faire une grosse étude, on s'est dit : ce sujet est très important, en plus c'était dans la loi de santé, il est dans tous les livres »*).

Les praticiens admettaient que si la fragilité précédait la dépendance, son dépistage permettrait donc de prévenir la bascule dans cet état. Repérer était donc utile en pratique clinique (*« Alors mon ressenti global sur l'utilité (du protocole de repérage) ? c'est que oui c'est très utile. »*).

Il s'agissait d'un thème pertinent et adapté du fait du vieillissement de la population française qui touchait la population des Mureaux, alors même qu'elle restait jeune en majorité (*« (...) j'ai vu un peu l'évolution des Mureaux. Jusqu'à présent je trouvais que c'était une ville qui était plutôt relativement jeune, elle l'est toujours mais la population vieillit (...) »*).

Par ailleurs, les médecins ont également choisi le thème de la fragilité chez le sujet âgé car il permettait de mettre en place un protocole simple (*« (...) tout ce qui est psy(chiatrique) c'est plus compliqué. Donc là c'est relativement simple au niveau des indicateurs et donc voilà »*). Le dépistage reposait sur des outils consensuels et validés par la communauté médicale. De ces outils, l'HAS en a tiré un questionnaire dont se sont servis les praticiens de la MSP pour réaliser leur protocole.

Les intervenants ont donc choisi d'inaugurer les projets de santé publique de la MSP en mettant l'accent sur la prévention (ici, de la dépendance du sujet âgé).

- *La prévention et l'anticipation sont les motivations principales des médecins de la MSP*

Les professionnels de santé, en créant la MSP, ont réalisé un projet citoyen s'intégrant aux Mureaux (*« l'histoire de la MSP c'est quand même un investissement dans la cité (...) c'est un projet professionnel et quand même aussi un projet, je dirai, citoyen et sur la ville »*). C'est dans ce contexte que les sept médecins de la MSP ont élaboré le projet de repérage de la fragilité.

Pour une partie importante d'entre eux, la pratique de la médecine générale passait obligatoirement par l'anticipation de la survenue de complications (*« (...) en médecine générale on ne fait que d'anticiper »*). Ainsi, l'anticipation permettrait d'éviter la bascule du sujet dans la dépendance et de tout ce que cela implique c'est-à-dire : l'institutionnalisation, le décès, l'augmentation des dépenses de santé (*« Je crois fermement à la prévention, je suis sûr »*).

que si on arrive à prévenir la personne, (...) aussi bien que les chutes, il peut y avoir un impact économique phénoménal sur l'éviction des hospitalisations et tout ce qui en découle ». Cette anticipation permettrait également de garantir le maintien à domicile et d'éviter aux praticiens de devoir gérer en urgence des situations catastrophiques (« (...) pour la fragilité, pour les personnes âgées, c'est prévenir, par exemple pour les personnes âgées, s'il est autonome ou pas, est ce qu'il y a un risque de chute est ce qu'il y a un risque d'AVC (accident vasculaire cérébral), ou d'AIT (accident ischémique transitoire) ... des choses comme ça. »). La prise en charge tardive est plus complexe alors que l'anticipation faciliterait l'organisation sereine d'un projet personnalisé de soins.

- *L'objectif du repérage de la fragilité est d'aider le patient fragile*

Le dépistage de la fragilité contenait plusieurs objectifs :

- Être systématique au travers de l'élaboration d'un protocole. L'évaluation réalisée par les médecins et infirmières permettait d'aborder plusieurs champs (sensoriels, médicaux, sociaux) auquel le praticien n'avait pas forcément pensé au moment de la consultation. La prise en charge était ainsi optimale et complète. (« *Le fait d'être un peu systématique c'est je pense (...) en explorant tous les champs ça peut permettre aussi de voir des choses qu'on aurait pas vu si on ne les avait pas explorés* »).
- Faire le lien entre les différentes structures d'aide (médicales, paramédicales, sociales) autour du patient fragile. Ces structures existaient déjà mais manquaient de coordination. De plus, l'intégration de la famille du patient dans le processus faciliterait également le renforcement du réseau de surveillance et d'aide. (« *Pour la fragilité, ça va être plus sur le lien avec l'hôpital, la gériatrie la filière gériatrique, le médicosocial enfin les Services de Soins Infirmier A Domicile (SSIAD) (...). Tout ce qui permet de mettre en place des choses pour les personnes âgées* »).
- Aider le professionnel de santé à mieux prescrire. Le fait de repérer la fragilité déclencherait une vigilance accrue au niveau des prescriptions mais aussi dans tous les domaines de prise en charge du patient. (« (...) *Mais aussi bien sûr pour que quand le médecin vienne le voir ça se passe dans des conditions optimales par rapport à la prescription, par rapport au repérage de différentes pathologies et bien sûr et après pour traiter ses différentes pathologies* »). L'objectif à terme était donc d'améliorer cette prise en charge.

- *Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) : vision des médecins*

Les entretiens confirmaient que la plupart des praticiens connaissaient l'existence et la signification des NMR. Ils les ont définis comme une rémunération qui ne pouvait être assurée par le paiement à l'acte, pour des projets dont la mise en œuvre dépassait celui de la consultation (« *J : d'accord, et pour vous ça représente quoi les nouveaux modes de rémunération ? F : C'est, permettre de rémunérer du temps qu'on passe pour les patients mais pas face au patient donc on n'est pas payé à l'acte mais ça permet justement de rémunérer cette activité-là* »).

Selon ces médecins les NMR rémunéraient des projets protocolisés de santé publique. (*« Les nouveaux modes de rémunérations, d'une part ce n'est plus des nouveaux modes de rémunérations mais des modes de rémunérations car ils sont inclus dans la nouvelle convention et donc ça permet surtout de faire des actions de santé publique donc hors cadre, c'est de la rémunération forfaitaire, hors cadre de la médecine à l'acte »*).

Deux visions s'opposaient : certains pensaient que les NMR rémunéraient un travail qu'ils réalisaient depuis longtemps mais qui n'était pas valorisé. D'autres pensaient qu'il s'agissait d'une rémunération pour un travail supplémentaire. (*« T : B, en fait, ce qu'elle disait, elle mettait le point sur le fait que finalement c'était un travail qu'on faisait de manière habituelle et que là, en le mettant un petit peu en valeur ça nous permettait de rapporter de l'argent, à la MSP. A : Voilà, mais ce qui n'est pas tout à fait ma position, parce que moi je pense que ce n'est pas seulement un travail qu'on met en valeur mais c'est plus »*).

L'ensemble des praticiens certifiait être conscient de la nécessité de fournir des éléments prouvant la réalisation du projet de repérage de la fragilité afin de justifier la rémunération déjà perçue par la MSP. (*« D'accord, parce qu'on doit lui (l'ARS) rendre, j'imagine un rapport et elle au vu du rapport elle juge si oui ou non le rapport est solide »*).

Pour la majorité des médecins, les NMR avaient pour objectifs :

- La valorisation par la rémunération d'un travail collectif, pluriprofessionnel. La coordination entre les différents acteurs du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge des patients fragiles (*« En fait, ça c'est quand même plutôt dans le cadre d'une MSP et donc il faut... aborder des sujets comme l'obésité, la fragilité, faire un travail dessus mettre en place des protocoles individuels ou en équipe et qui donne lieu à une rémunération (...) »*).
- L'investissement dans le recrutement de partenaires paramédicaux dont les actes ne seraient pas remboursés par la Sécurité Sociale (*« (...) moi l'idée que j'avais par rapport aux nouveaux modes de rémunération sur la MSP, c'était justement de pouvoir faire travailler les spécialités dans des professions paramédicales qui ne seraient pas forcément remboursées par la Sécurité Sociale »*).

Malgré la vision majoritaire recommandant l'investissement total dans la MSP, certains autres praticiens évoquaient la possibilité d'utiliser une partie des NMR pour rémunérer les infirmières et les médecins. Ils s'appuyaient sur le fait que les généralistes et les infirmières effectuaient un travail supplémentaire qui méritait salaire. De plus, cela aurait aussi un intérêt pour maintenir une certaine motivation (*« (...) en même temps la motivation ça peut être aussi, je vais être vulgaire, une rémunération. (...) Le pressenti honnêtement pour moi et peut-être pour un certain nombre de gens quand ils ne voient rien de palpable, ils laissent tomber, donc j'ai pas... C'est comme si on a... ou j'ai l'impression de faire quelque chose ou je n'attends rien. Voilà »*).

1.2.2. Axe 2 : facteurs limitants le repérage de la fragilité

- Jusqu'au moment des entretiens les médecins n'avaient pas l'impression d'avoir une conduite à tenir claire dans le repérage

Dans les entretiens, la plupart des praticiens avaient une vision floue du déroulement du dépistage (*« Parce que bon, c'est vrai que A nous a dit : « bon allez ! », (...) en fait moi je*

marque d'un côté les gens qui sont fragiles (...) mais après voilà, moi je ne sais plus quoi faire après donc... »).

Certains n'avaient pas lu le mail envoyé par un des médecins responsables et la coordinatrice ESPAGE décrivant le déroulement du protocole ce qui expliquait en partie le temps de latence avant le démarrage du repérage (*« Du coup alors qu'est-ce que vous pensez du protocole que PC a mis en place (...) ? Non je l'ai vu, quant à vous dire si je l'ai lu ça c'est une autre paire de manches... Honnêtement je ne l'ai pas lu. (...) D'abord parce que c'est trop long c'est 10 pages (...) »*).

- *Jusqu'au moment des entretiens, il n'y avait pas d'animateur pour motiver les médecins, les relancer mais aussi les renseigner.*

Un des praticiens expliquait qu'il existait un temps de latence normal avant le démarrage du repérage. En effet on retrouvait ce temps de latence au début de toutes les études car il fallait que les investigateurs s'approprient les outils de celles-ci. (*« Ça veut dire que quand on rentre dans un protocole de recherche c'est pareil, t'as toujours un temps d'inertie c'est à dire au moment où tu fais la réunion et au moment où tu vas commencer à rentrer tes patients dans le protocole il se passe toujours un temps plus ou moins important »*).

Ce médecin expliquait également cette inertie par l'absence d'animateurs. Sans eux, les professionnels manquaient de motivation, et n'avaient pas d'interlocuteur lorsqu'ils s'interrogeaient. Il n'y avait donc personne pour les relancer (*« (...) pour démarrer ça il y a deux façons de faire : c'est soit une animation, un animateur qui te redonne des coups de pieds aux fesses régulièrement jusqu'au moment où tu démarres (...) ou aussi des pense-bêtes sur l'ordinateur ou des papiers »*).

- *Le patient lui-même peut être un frein au repérage*

Pour certains médecins interrogés, le patient pouvait faire obstacle au dépistage par son refus d'être évalué, et d'être pris en charge. Derrière ce refus d'être identifié comme fragile se cachait la peur d'être orienté en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et donc d'être dépossédé et déplacé (*« Pour le repérage des personnes âgées c'est un petit peu différent parce que le problème c'est que c'est souvent une obstruction de la personne âgée elle-même qui ne se voit pas fragilisée, et qui refuse toutes les aides qui pourraient éviter les catastrophes »*).

La présence de troubles cognitifs pouvait également être un frein pour un dépistage qui reposait sur un questionnaire. Par conséquent dans ces cas-là il fallait recourir à la participation d'un tiers et faire des visites à domicile afin que le repérage soit plus complet et non retardé (*« Voilà ça c'est une chose, sur la fragilité... le plus difficile c'est euh c'est que les personnes qui sont concernées quand elles viennent... alors elles viennent bien en consultation quand même, quelque fois il faut vraiment un tiers. Il faut vraiment un tiers de la famille ou de l'entourage pour bien identifier les trucs sinon vous ne pouvez pas parce que les gens, soit ils ont un problème cognitif, soit ils ont un problème psy(chiatrique), soit ils sont très âgés... »*).

- *Certains médecins ont leur définition personnelle de la fragilité*

Certains des praticiens définissaient la fragilité comme un état marqué principalement par des troubles de la locomotion importants (sans tenir compte des autres critères de fragilité). Tous ceux qui n'avaient pas lu le protocole avaient axé leur repérage sur cette notion (« (...) *quand vous voyez une personne âgée qui a du mal à marcher à se déplacer dans la maison il y a déjà une fragilité* »). De plus ces définitions personnelles confondaient souvent le concept de fragilité et de dépendance.

- *Certains médecins pensent pouvoir repérer instinctivement les patients fragiles*

Les professionnels de santé, bien qu'ils aient été d'accord sur la pertinence et la nécessité du repérage de la fragilité, divergeaient sur la manière de repérer. Certains pensaient qu'il fallait un protocole, d'autres qu'il s'agissait plutôt d'une question d'instinct. Par conséquent, le dépistage n'avait pas besoin de reposer sur des critères bien définis et évaluables (« *je dirais que, vous, vous mettez des termes à quelque chose qui se fait instinctivement* »).

Ces généralistes déclaraient réaliser un repérage d'après leurs propres critères issus de leurs expériences médicales. Parmi ces critères, ils garantissaient s'appuyer « *sur l'âge, leur ressenti et sur des critères sociaux* » pour détecter une fragilité chez le sujet âgé.

Ainsi, ils ne réalisaient pas un dépistage formalisé. Les données de chacun des patients n'étaient pas recueillies. Il n'existait aucune traçabilité écrite. La preuve du travail réalisé était donc impossible à mettre en évidence. (« (...) *parce que le problème c'est la traçabilité des outils (...) Moi je me suis fait un tableau Word, enfin je me suis fait un document Word ou je rentre les patients (...), c'est ce qu'on avait dit à la réunion, je ne sais pas si les collègues le font* »). Un des médecins qui repérait instinctivement certifiait une traçabilité par le fait de : « *revoir les patients qu'il suspectait d'être fragiles au cours d'une consultation dédiée* ».

- *Les médecins fonctionnent avec leurs réseaux personnels*

Tous les médecins qui réalisaient le dépistage soutenaient prendre en charge les patients fragiles grâce à leurs réseaux personnels (c'est-à-dire un réseau constitué à partir d'un carnet d'adresse personnel élaboré au fil des années). Par exemple, le réseau EMILE qui s'occupe de la coordination gériatrique et des soins palliatifs, ou encore l'ALDS (**A**ssociation **L**ocale de **D**éveloppement **S**anitaire). (« *Il faut créer la présence d'une personne (...), je l'oriente vers l'ALDS. Nous on a un système voilà... soit des infirmières à domicile ou d'aide-ménagère à domicile enfin je veux dire des personnes qui puissent au moins aller faire des aller et venues grosso modo comme ça pour au moins rester 1 heure en faisant le ménage. La personne elle peut voir, elle peut surveiller, voilà* »).

Les médecins organisaient des réunions informelles avec les infirmières pour discuter de l'évolution et de la prise en charge des patients âgés fragiles (surtout en termes de soins). Ces « colloques » informels praticien-infirmière et parfois kinésithérapeute, pouvaient se réaliser au téléphone, ou au domicile du patient (« *Dans ces cas-là nous, avec les infirmières dans le coin on se donne rendez-vous et on va chez Madame untel : à quelle heure tu peux ? À quelle heure je peux ? Et hop on se donne rendez-vous et on le fait ensemble, ça aussi c'est une forme de concertation, on le fait déjà* »).

- *Les médecins sont en situation d'échec*

L'ensemble des praticiens a constaté leur mise en échec dans la tentative de mise en place d'un repérage de la fragilité du sujet âgé.

Ils expliquaient qu'ils étaient débordés par leur mission de soins aux détriments des autres missions qui incombaient aux généralistes. En effet, le nombre de praticiens exerçant aux Mureaux avait fortement diminué en 10 ans, alors que le nombre de patients augmentait constamment du fait des travaux de rénovation urbaine et de la création de logements (*« Nous c'est un peu spécial on est passé de 4 à 2 (médecins) donc il faut qu'on arrive à digérer tous les patients des 2 autres qui sont partis et ben euh c'est un peu difficile »*).

Certains professionnels de santé en ont conclu que la mission de soin était la plus importante pour eux quitte à ne pas réaliser de prévention. Ils déploraient le décalage entre les réalités du terrain et les moyens donnés par les instances, jugés insuffisants (*« C'est des beaux mots parce que tout ça, c'est basé sur le fait qu'il faut avoir du temps et d'avoir le temps or le temps c'est ce que l'on a plus c'est fini ça. Vu les horaires de travail que l'on doit se payer, les nombres de patients que l'on a, le temps de... je dirais de concertation de ceci cela... »*). Néanmoins certains médecins témoignaient être actuellement en phase de stabilisation, en termes d'arrivée de nouveaux patients.

Un des praticiens relatait que cette mise en échec était également due à une prise en charge du sujet fragile par un seul médecin (*« (...) face à ses patients là on est en échec c'est-à-dire que ce n'est pas une consultation à l'acte qui permet de vraiment aider ces patients-là (...) j'ai compris qu'il fallait du (travail) pluri-pro(fessionnel) »*). En absence de changement, le médecin allait consommer beaucoup de temps et de ressources pour un résultat médiocre. Ce dépistage nécessitait une prise en charge pluriprofessionnelle qui impliquait la mise en place de réseaux communs au sein de la MSP.

- *Influence négative des négociations financières pour la MSP.*

Seuls deux des sept médecins ont pris directement part à la mise en œuvre de la MSP. Ceci pour *« limiter le nombre d'interlocuteurs avec les instances politiques et administratives »* (c'est-à-dire le propriétaire du bâtiment, l'entreprise FACILIMED, la mairie des Mureaux). Cette construction a constitué un temps non négligeable qui a, bien-sûr, empiété sur le temps consacré au repérage de la fragilité (*« Bon, il y a quand même des réunions (...) ça dure 2 heures (...) après il y a des choses un peu entre deux, des coups de fils des rendez-vous, etc... Mais (...) il y a eu des moments, ça va, ça prend plus, d'autres moins enfin voilà mais bon c'est quand même une charge (Rires), quand même une charge pour nous... »*).

Sans être directement impliqué le reste des intervenants a été gênés psychologiquement par ces négociations à cause des difficultés à trouver un accord pour le loyer payé par chaque médecin dans la MSP. Selon les praticiens, ces désaccords ont joué un rôle indéniable dans le retard de la mise en place du dépistage (*« (...) ça pose déjà suffisamment de problèmes pour nous... nous énerver je dirais puisque la dernière réunion j'ai claqué la porte, P aussi d'ailleurs, on est parti ensemble mais il n'a pas voulu me parler, il me fait la gueule depuis d'ailleurs »*).

- *Les médecins disent manquer de temps et ne pas vouloir perdre du temps*

L'ensemble des médecins s'accordait pour affirmer que le temps était le principal facteur limitant du repérage de la fragilité. Ils en reconnaissaient le bien fondé et l'intérêt mais disaient ne pas avoir le temps pour le réaliser (*« Je pense que tout médecins généralistes voudraient ce type de repérage mais que le facteur limitant effectivement c'est le temps »*).

La première raison avait déjà été évoquée : le soin prenait une place trop importante du fait de la démographie des Mureaux. Par conséquent, les praticiens recevant les patients sans rendez-vous disaient ne pas pouvoir réaliser le dépistage. Ces consultations trop denses et avec pour seule demande le soin, ne laissaient pas le temps pour d'autres types de prise en charge (*« C'est devenu dément ça, depuis la disparition de neuf médecins sur les Mureaux, les consultations libres c'est une horreur donc ils (les patients) sont à plus de quatre heures d'attente. Bon c'est à peu près autant qu'aux urgences »*). En revanche, pour ces mêmes professionnels, les consultations sur rendez-vous représentaient le lieu idéal car dans celles-ci le temps était aménagé (*« Les rendez-vous je suis plus à l'aise, là dans les rendez-vous, il peut y avoir repérage »*).

Ils expliquaient également le manque de temps par la multiplicité des activités dans lesquels les médecins s'engageaient. Souvent le praticien pouvait être à la fois maître de stage, enseignant à la faculté, faire de la recherche clinique, faire partie de sociétés savantes et participer à la vie associative et politique de la ville. Dans ces conditions il rentrait difficilement dans cette vision de santé publique. Un des praticiens a soutenu qu'il fallait avoir un certain recul par rapport à toutes ces activités pour rester vigilant au cours de la consultation (*« (...) on est happé par les consultations au quotidien et donc on doit avoir une espèce de distanciation pour dire : ben tiens ce patient je pourrai le rentrer dans le protocole, quoi qu'il en soit c'est pas une démarche évidente sauf à l'avoir apprise »*).

A toutes ces activités, s'ajoutait la gestion de la vie personnelle des mêmes généralistes qui retentissait sur le projet (*« (...) je ne prends pas le temps de regarder mes mails entre les consultations et le soir quand je finis, je déteste rentrer chez moi et prendre mon ordi »*). Une grande partie des médecins n'avait pas connaissance du protocole n'ayant pas lu le mail descriptif, par manque de temps selon la plupart.

Lorsque les intervenants ont été interrogé, en début d'entretien, sur l'estimation du temps passé au repérage, la plupart certifiait que celui-ci leur prendra une partie non négligeable de la consultation (*« J : OK, d'accord. Alors juste avant de commencer : à votre avis le dépistage ça prendrait combien de temps ? (...) F : Pour faire ça bien peut-être cinq minutes ? »*). Cinq minutes représentent le tiers d'une consultation de 15 minutes. Le dépistage représentait donc une action chronophage. Raison pour laquelle la plupart n'avait pas lu le protocole de dépistage (pour eux il s'agissait d'un document chronophage).

En revanche à la fin des entretiens ils ont reconnu unanimement que le questionnaire présenté par les internes ne prenait pas beaucoup de temps sur la consultation (*« J : Alors est-ce que vous pensez que justement ça va quand même vous prendre du temps de faire, de poser les questions ? G : Ça ? non, les questions ça devrait aller »*).

- *Peu de participation des infirmières au projet de prévention*

L'infirmière ASALEE et les IDE libérales devaient jouer un rôle crucial dans le repérage par la réalisation de la mini-évaluation (ANNEXE 3) et en assurant le suivi des patients fragiles.

Malheureusement, au moment des entretiens, la MSP ne comptait plus aucune IDE ASALEE depuis plusieurs mois. Cela constituait ainsi un frein majeur pour le démarrage du projet. (*« Il y a trois infirmières, qui se sont succédé dans le réseau ASALEE, et qui ont été obligé de changer toutes pour des raisons différentes, une parce qu'elle était enceinte, l'autre parce qu'elle commençait son activité libérale, une autre parce que ça n'avait pas collé »*).

Le médecin responsable du protocole a donc demandé aux infirmières libérales de la MSP de réaliser les tests. Il a également proposé de les protocoliser dans le cadre de la démarche de soins infirmiers (DSI), afin qu'elles soient rémunérées. Une réunion de formation avait été réalisée avant les entretiens avec peu de participation (*« Oui sauf qu'on a le problème : on n'a quand même fait une réunion là-dessus dans laquelle il n'y avait pas... il y avait 2 infirmières. Et que les autres n'étaient pas là et qu'on avait pris une décision de dire on fait un DSI. Et donc ce sera rémunéré dans le cadre du DSI »*). Par conséquent, les infirmières absentes ne savaient rien de la démarche de soins infirmiers. Un autre praticien a exprimé le refus des infirmières : *« Et j'ai eu, celles qui étaient venues à la réunion à priori je pense qu'elles le font (le repérage). Il y a N et puis il y a 2 cabinets que moi je connais. Les autres, je leur ai posé la question elles m'ont dit « mais non et puis ça nous fait perdre du temps » parce que on en avait parlé aussi un petit peu : elles ne sont pas rémunérées pour ça »*. Par ailleurs les infirmières ne comprenaient pas l'intérêt de repérer des sujets fragiles qu'elles estimaient déjà suivis médicalement.

- *Absence de prise de conscience du fait que les NMR rémunèrent un travail réalisé par les médecins généralistes*

L'absence de discussions entre les praticiens de la MSP concernant l'utilisation des NMR représentait un frein au repérage pour quelques médecins (*« Et puis, le mode de rémunération c'est pas compris de la même manière, ce n'est pas intégré et puis B et moi on n'a pas été suffisamment clairs parce que on n'a pas tout à fait la même vision des choses »*). Selon eux, tout métier méritait un salaire, ce, d'autant plus que ce dernier prenait du temps dans la consultation (*« Parce que c'est un travail supplémentaire qu'on demande aux médecins donc il doit y avoir une rémunération »*). L'absence de rémunération concrète démotivait ces praticiens, la seule perspective de l'utilisation pour un investissement dans la MSP ne suffisait pas.

Certains professionnels affirmaient qu'il fallait que tous soient conscient de la nécessité de fournir un travail permettant de justifier la rémunération (*« (...) c'est important aussi la traçabilité, de montrer ce qu'on fait. Parce que sinon on le fait de manière, comment dire, non rémunérée non valorisée or là le fait de dire là, on fait la fragilité, on a pris en charge, on a fait un plan personnalisé de soin, euh on a exploré avec des outils, on a pris du temps, on a fait de la coordination, ben ça a le mérite d'être valorisé »*).

- *Outil informatique inadapté, non ergonomique, inefficace*

L'outil informatique a représenté un autre frein majeur. Les médecins de la MSP ont reconnu à l'unanimité que les outils informatiques étaient inadaptés, non ergonomiques, ou inexistantes.

Le premier outil était tout simplement la messagerie électronique : des courriels ont été envoyés pour décrire le protocole de repérage et n'ont pas été lus par l'ensemble des praticiens, car noyés dans la multitude de mails reçus. D'autres évoquaient un manque de

temps comme expliqué plus haut (*« Non j'ai dû louper le mail. Peut-être que le mail était inclus dans une autre information par rapport à la MSP... »*).

Le deuxième outil le « Google® drive » (disque dur virtuel) permettait de déposer et de partager des fichiers. Parmi les médecins qui avaient recueillis des données, la majorité disaient avoir eu des problèmes pour accéder au drive (absence de mot de passe, perte du mail donnant le lien vers le drive, problèmes de serveurs) (*« Alors ce n'est jamais... le drive, j'ai pas le machin, j'ai pas le code, j'y arriverai pas », « A : (...) Parce que on a un serveur... donc je reçois mes mails sur le serveur, mais je peux pas ouvrir sur le serveur le drive donc il faut que je le rebalance sur l'autre truc (...) »*).

Par ailleurs, les professionnels de santé ont jugé compliqué l'utilisation du drive : l'ouverture du tableur et la rentrée des données étaient trop longues dans une consultation. De plus, le fait de rentrer les données après coup exposait à des oublis. Certains médecins utilisaient donc un fichier Word® pour inclure leurs patients, d'autres, une feuille de papier (*« Oui non non, mais alors là, c'est le drive, j'ai dit le drive moi ça me va pas du tout, donc moi j'ai mon tableau (sur un fichier) WORD® »*).

Enfin, certains praticiens ne bénéficiaient pas d'une informatisation des dossiers, ralentissant un peu plus le repérage (*« Ah on est pas informatisé nous c'est dossier papier »*). A ceci il a fallu ajouter l'hétérogénéité des médecins en matière de compétences informatiques.

- *Travailler en coopération pluriprofessionnelle étendue au-delà du travail médecin-infirmière n'est pas encore dans la pratique*

Pour l'instant le travail pluriprofessionnel s'est limité à un praticien et une infirmière. Cela constituait un frein au niveau du repérage mais surtout au niveau de la prise en charge ultérieure (*« (...) pour être plus souvent dans une situation où l'on se retrouve pour faire le point et discuter à deux que on ne le fait aujourd'hui. Et après on gère ça par téléphone »*).

- *L'absence de prise en charge organisée après le repérage est source de démotivation*

Les intervenants ont été unanimes pour dire que le protocole est inutile si cette prise en charge n'existait pas. Il y aurait moins de motivation, en absence de mise en place d'un plan personnalisé de soins pour ces patients fragiles (*« (...) je pense que aussi on peut se remotiver les uns les autres et puis, voir plus à quoi ça va servir derrière puisque là on a l'impression de faire ça un peu tout seul juste pour faire plaisir à la ARS »*).

Des réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) ont été organisées mais une grande partie des médecins semble ne pas s'être déplacée (*« (...) la preuve en est c'est que même si l'on avait des réunions communes pour parler de différents cas, il y en a eu trois, les trois ont été annulées... »*).

Deux visions se sont affrontées pour l'organisation des RCP : dans la première, les médecins généralistes pouvaient résoudre selon leurs dires *« 90% des problèmes entre eux et le reste relève de la prise en charge spécialisée. Cela permet de désengorger les avis spécialisés »*. Dans la deuxième vision, il faudrait la présence d'un spécialiste pour gérer les situations complexes (*« Si j'expose un cas c'est pas pour l'exposer à A ou B, ils ont à peu près le même point de vue que moi. J'ai trouvé que cette personne est fragile : prouvez-moi le contraire. Ce n'est pas eux qui vont le faire mais par contre l'expert oui »*).

1.2.3. Axe 3 : enjeux et solutions proposés par les médecins

- *Le repérage nécessite une animation*

Ce rôle d'animateur a été joué par les internes réalisant leur thèse. Ainsi, ils ont dû faire preuve de pédagogie dans un contexte d'observation participante (« (...) *parce qu'encore une fois vous (les internes), vous êtes à la fois dans une attitude d'observation et d'action, vous êtes dans l'immersion et dans l'action* »). Les internes ont également assuré le lien entre les différents professionnels afin de faire avancer le repérage. Lien d'autant plus important que les sept généralistes se retrouvaient dispersés géographiquement en trois lieux différents au moment des entretiens (« (...) *B : c'est pour ça que là, ce que vous faites, d'aller les rencontrer je pense que c'est... J : Oui voilà je pense que c'est vraiment c'est important, on (les internes) fait un peu le lien qui aurait eu si vous aviez eu une réunion ensemble. B : ...et oui leur montrer aussi l'intérêt de le faire, tout ça* »).

Les internes, en tant qu'animateurs, ont pu apporter leur aide en termes d'accès à l'outil informatique. Ils ont relayé les mails non lus et proposé d'entrer les données eux-mêmes pour les médecins ne pouvant avoir accès au drive.

Le rôle de l'animateur était délicat, celui-ci devait savoir utiliser et doser ses interventions ainsi que les médias utilisés pour véhiculer sa communication aux médecins de la MSP. Le risque étant que s'il en abuse le message ne passe plus (« *Euh ça peut être par exemple de dire, par exemple, des mails, tu vois c'est... le reminder par mail ou par SMS, bon est-ce que : rapport à la dernière fois est-ce que tu as avancé ? (...) Sur une chose comme ça il s'agit de se mettre en route. Pour quelqu'un comme moi dont la problématique est de se mettre en route, c'est tous les mois quoi* »).

L'animateur avait aussi l'obligation d'évaluer son efficacité en observant si le nombre de patients repérés variait avant et après son intervention dans ce contexte d'observation (« *et donc en même temps votre immersion permet de voir comment ça se passe et est-ce que votre action d'animation, en réalité, dans le processus, elle a aussi un effet par rapport à ce que vous avez repéré* »).

- *Le rapprochement géographique fait partie des solutions pour mettre en œuvre le dépistage*

L'ensemble des médecins expliquaient une partie des problèmes de mise en place du repérage par leur dispersion sur trois cabinets. Selon eux, le rapprochement géographique au sein de la MSP permettrait l'accélération de la circulation des informations.

L'animateur aurait plus de facilité à créer une dynamique de relance, une fois les intervenants rassemblés au même endroit. Inversement les intervenants pourraient plus facilement solliciter l'animateur (« *T : la question c'était surtout est-ce que vous pensez que le fait de vous retrouver géographiquement parlant au même endroit, est-ce que vous pensez que ce sera peut-être plus stimulant ? F : Oui je pense, je pense parce que du coup, oui là on vit un peu chacun de son côté, on est dans ses consultations chacun de son côté, en essayant de répondre au mieux à la demande des patients qui est importante aussi, des fois, je pense que, aussi, on peut se remotiver les uns les autres (...)* »).

La réunion au sein d'une même structure devrait faciliter le travail pluriprofessionnel du fait de l'existence d'un lieu de rassemblement dans la MSP (« *Oui c'est plus facile parce que là on n'a pas de salle de réunion, donc les réunions c'est le soir. Quand t'es dans la maison de santé, tu as une salle de réunion et la réunion tu peux la faire sur le midi, on dit : on se voit et on mange ensemble et déjà on va partager des choses et donc ça donnera une dynamique, voilà* »). Les médecins réfractaires au repérage pensaient qu'il avait été mis en place trop tôt. Il aurait fallu attendre l'entrée dans la MSP (« *je pense que ces fameux protocoles c'est beaucoup trop tôt, on fait ça alors qu'on n'a pas encore la structure pour le mettre en place* »).

- *Solutions pour un gain de temps*

Les généralistes ont déclaré devoir optimiser leur temps, pour ce faire, ils ont majoritairement participé à l'étude CEPiA¹ (Clinical EPidemiology and Ageing). Elle ciblait les patients de plus de 75 ans qui présentaient des critères de fragilité. Il y avait donc une similarité avec les patients à inclure dans le protocole, même si, comme le reconnaissent les praticiens, les conditions d'inclusion dans l'étude étaient plus restreintes (« *J : est-ce que vous avez déjà inclus des patients fragiles (...), repéré des patients fragiles ? E : Fragiles, alors je l'ai fait dans le cadre d'une autre étude : CEPiA (...) Si les patients de CEPiA ils sont aussi bien fragiles donc je pourrais les inclure aussi dans le cadre (du repérage)* »).

En effet, cela a présenté un avantage d'inclure les patients de cette étude en termes de suivi. Les patients repérés par CEPiA bénéficiaient d'un suivi à 6 et 12 mois, ainsi que d'une évaluation gériatrique par les infirmières (qui cette fois, l'ont réalisé).

Les praticiens ont réclamé un outil simple, court et efficace afin d'utiliser le moins de temps possible dans la consultation (« *il faut qu'un protocole fasse une page maximum ou 2 maxi et que ce soit des croix à mettre* »). Le dépistage devait devenir un véritable réflexe (« *T : Tu connais la grille par cœur ? A : Je ne la connais pas par cœur c'est... plus je vais l'utiliser, plus je vais la connaître par cœur il y a 5 items alors c'est facile* »). Les médecins de la MSP ont unanimement validé le **questionnaire HAS d'aide à la décision** pour le repérage de la fragilité (composé de 6 questions, ANNEXE 2).

En revanche, l'inclusion dans l'étude CEPiA était beaucoup plus chronophage (« *Moi je vais vous avouer quelque chose : l'étude CEPiA j'ai trouvé ça extraordinaire, vraiment j'ai trouvé ça concret avec des mises en pratique vraiment concrètes, sauf que j'y ai inclus que trois patients. Pourquoi ? J'aurais pu en inclure beaucoup plus mais en fait le biais pour moi ça a été vraiment le facteur temps. C'était pratiquement une heure par patients, J0, M6 M12 une heure à chaque fois parce qu'après il fallait redébriefer avec l'infirmière* »).

- *Nécessité d'avoir un outil informatique de repérage ergonomique et efficace*

Les praticiens ont unanimement réclamé la présence d'un module intégré dans le logiciel médical qui se lancerait automatiquement quand le patient serait âgé de plus de 70 ans. Ce module poserait les mêmes questions que dans le questionnaire HAS de la fragilité. Le résultat serait consigné dans le dossier et l'ensemble directement récupérable dans un tableur

¹ <http://www.cepia.team/content/cepia-study>

(« (...) l'idéal ce serait qu'ils soient intégrés à HELLODOC qu'on n'est pas à faire 50 000 choses »).

Pour finir, les praticiens ont nuancé leur propos en précisant que les outils et les gadgets étaient utiles mais ne remplaceraient jamais le bon sens clinique (« (...) nous on est quand même des vieux médecins donc après on est pas parfait etc...mais on a un peu du pif quoi donc enfin, du pif, je veux dire, on a pas forcément besoin de tous les outils pour sentir que là ça va pas, là il faut mettre des choses en place »). C'est ainsi qu'ils expliquaient avoir repéré des patients de moins de 70 ans qui remplissaient les caractéristiques du questionnaire HAS.

- *Le plus important est de mettre en place le processus intellectuel de repérage*

Inclure les patients CEPIA permettait d'adopter le processus intellectuel qui mènerait au repérage systématique. (« (...) c'est le processus intellectuel que le médecin doit mettre en route et qui n'est pas habituel c'est, il faut ... et donc si je suis dans l'étude pour recruter, je vais être plus facilement aussi dans mon protocole de travail de santé publique »).

La mise en place de ces processus nécessitait du temps, pendant lequel le professionnel de santé se familiariserait avec la grille de repérage HAS. Dans le futur, il la maîtrisera et au bout d'un certain temps elle s'intégrera naturellement dans la consultation. Adopter un processus intellectuel nécessitait un changement de mentalité et la seule motivation ne comptait pas, il fallait travailler sur ce nouveau fonctionnement (« Donc quelque part... enfin tout ça pour dire que rentrer dans ce type de chose dans une pratique de médecin généraliste ça n'a rien d'évident même si t'as vachement envie même si t'es complètement convaincu que c'est intéressant c'est quelque part il faut que je... Il faut quelque part qu'il y ait des mécanismes intellectuels et du temps dans ta pratique pour dire je passe un peu de temps là-dessus »).

- *Prise de conscience des médecins*

Les praticiens ont reconnu unanimement que ce type de repérage ne prendrait pas beaucoup de temps. Pour eux, le plus difficile resterait d'y penser au cours de la consultation (« J : d'accord et combien de temps ça vous prendra dans la consultation à votre avis a priori ? PK : Oh ben celui-là ça va vite »).

- *Les NMR peuvent servir à faciliter le dépistage*

Les modes de rémunération permettaient, selon l'ensemble des praticiens, de rémunérer des paramédicaux dont l'activité n'était pas remboursée par la Sécurité Sociale. Cela paraissait indispensable dans une ville comme les Mureaux qui présentait une situation économique et sociale précaire. Il serait également important de discuter d'une rémunération des infirmières libérales (MSP et hors MSP). (« Et donc là je vois pas pourquoi les médecins ne seraient pas... les professionnels encore une fois, c'est pas que les médecins, les professionnels de santé (c'est aussi les) les infirmières (...) ne seraient pas payées. C'est un travail supplémentaire, ils doivent être rémunérés, voilà, donc cette rémunération elle doit être décidée collectivement (...) »).

- *Nécessité de la mise en place d'un travail de coopération pluriprofessionnel*

La prise en charge post-repérage des patients fragiles complexes était indispensable pour l'ensemble des praticiens de la MSP et source de motivation pour le projet. Elle ne pouvait être mise en place sans un travail de coopération inter-professionnel (médical, paramédical,

social) (« (...) les suivis complexes : voilà, ça c'est les patients pour lequel j'ai besoin de travailler avec d'autres professionnels quoi »). Les paramédicaux étaient, eux tous motivés et prêt à coopérer car le repérage de la fragilité composait leur cœur de leur métier.

Les professionnels ont proposé une prise en charge des patients fragiles passant par la mise en place d'aides (« *La seule chose qui serve, c'est de leur dire bon, ben vous achetez votre déambulateur, vous faites faire les médicaments par l'infirmière parce que vous vous trompez dans le traitement (...) pour les personnes âgées c'est simple* »). L'objectif étant le maintien à domicile et la diminution du risque de bascule dans la dépendance du sujet âgé.

Il faudra encore plusieurs années avant de pouvoir analyser l'efficacité du repérage car un travail de changement de mentalité et d'acquisition de reflexes devait se mettre en place avant (« *on voit bien qu'il y a un sacré chemin à faire avant d'arriver à dire : il y a la prise en charge et avant d'évaluer que on est efficace et ça veut dire que ça, on ne pourra pas l'évaluer avant cinq ans (...) parce qu'en réalité on a un sacré travail à faire avant* »).

- *L'organisation de RCP pour la suite de la prise en charge*

Les praticiens ont proposé des réunions de concertation pluridisciplinaire en fonction de la complexité des situations :

- Pour des situations non complexes, le fonctionnement habituel était acceptable, c'est-à-dire une réunion informelle entre médecins, infirmières avec plus ou moins un autre intervenant (parfois le kinésithérapeute) (« *on se rencontre la plupart du temps c'est médecin-infirmier, kiné quasiment jamais ou alors quand le kiné tombe par hasard* »).
- Pour des situations plus complexes : organisation de réunions entre les différents médecins, paramédicaux dans la salle de réunion de la MSP. Les praticiens reconnaissaient que chaque acteur détenait des informations qui, mise en commun permettaient d'améliorer l'efficacité de la prise en charge. Les réunions se déroulerait plutôt à midi. Elles ne seraient pas conçues comme des staffs hospitaliers mais plutôt comme des discussions informelles autour d'un repas (« *Moi je suis convaincu que le fait d'avoir un lieu où on peut se croiser, donc c'est pas la salle de... c'est là salle de réunion dans la MSP, la salle de convivialité dans la MSP qui fait qu'on va mettre en place de plus en plus de chose et que ça va être plus facile de faire des réunions le midi que le soir donc on aura plus facilement les professionnels sur le midi que le soir* »).

1.3. Résultats de l'entretien collectif

Certains thèmes abordés lors des entretiens individuels ont été repris puis d'autres, nouveaux, ont été traités. Les résultats présentés ici mettent l'accent sur l'évolution des points de vue des médecins par rapport aux conversations de l'année passée. L'entretiens collectifs a également permis une confrontation des propos entre les praticiens présents.

- *Entrée dans la MSP*

Les généralistes se sont installés dans la MSP en novembre 2017. Selon eux, le repérage n'était pas devenu un réflexe car l'entrée dans la MSP a perturbé leur fonctionnement habituel et leurs repères repoussant le dépistage dans l'ordre des priorités. (« *Moi je crois que le*

premier problème c'est ça, c'est-à-dire qu'on a commencé et... on a commencé puis après on a été complètement noyé entre l'été et puis le début de l'installation, voilà c'était passé en dessous de la pile... »). Par conséquent, l'entrée dans la MSP a eu un effet négatif annulant les bonnes habitudes qui avaient été mises en place en cabinet.

En revanche, les médecins ont témoigné de l'effet bénéfique sur leur exercice de leur rapprochement géographique dans un lieu de travail commun. Etre réunis leur permettait de mieux travailler ensemble. Ils pouvaient plus facilement échanger sur leurs patients afin d'avoir un autre point de vue. (*« J : Est-ce que vous trouvez que (dans) votre pratique, en termes de repérage, etc... ça a eu un effet positif ou négatif... le fait de rentrer dans la MSP ? (...) »*).

G : peut-être dans un premier temps un peu négatif parce qu'on a été pris dans le flot de l'ouverture et après il faudrait voir ça à moyen ou long terme...

A : moi je trouve qu'il a été positif dans le travail en commun »).

- *Motivation des médecins*

La motivation des praticiens quant au dépistage est restée hétérogène, illustrée par l'absence de certains d'entre eux à l'entretien collectif (deux médecins sur les sept). De plus, ces mêmes professionnels n'ont rendu aucun résultat aux internes concernant le repérage des patients fragiles. (*« E : parce que en fait, là au début vous nous avez montré des organigrammes avec deux médecins qui n'ont pas inclus, est-ce qu'ils sont présents (rire) ? Parce que ça veut dire que s'ils n'incluent pas peut être qu'ils ne sont pas intéressés donc ils ne viennent peut-être pas aux réunions (rires). Après... »*).

A : ...non mais ça c'est sûr, de toutes façons.

G : Ça veut dire que la motivation de l'équipe...

A : ... n'est pas homogène. »)

Un professionnel de santé assurait qu'il existait peut-être un défaut de traçabilité chez les médecins qui ne rendaient aucun résultat. En d'autres termes, ces praticiens réalisaient peut-être le dépistage mais ils ne le notaient pas dans le dossier médical et ne pouvaient donc pas produire de résultats. (*« Mais ça c'est... Et je pense que E et D, ceux qui ne sont pas là ils repèrent, ils prennent, ils font les prises en charge et tout, sauf que on n'en a pas la traçabilité et c'est ça le problème. »*).

Selon un des participants, les médecins réfractaires seraient des bons indicateurs de la faisabilité du repérage. Ainsi, ils auraient garanti ne faire le dépistage que s'il était simple et rapide à réaliser. Or le fait qu'ils n'aient pas participé indiquait que le protocole devait être repensé. (*« Non mais pour nos consœurs qui ne connaissent pas bien D, et qui n'ont pas l'habitude de travailler avec lui... c'est, D, enfin ... c'est pour B et moi, D est un excellent curseur si tu veux... du médecin type qui va faire ou pas faire c'est à dire qui va nous dire : « attendez là vous êtes trop compliqués c'est pas la peine je fais pas ». Et je pense que c'est un excellent curseur (...) c'est un très bon indicateur de... si on fait un truc trop compliqué ou pas compliqué. »*).

- *Outils informatiques*

Selon les praticiens, une bonne utilisation de l'outil informatique permettrait de faciliter le travail de repérage, d'encourager les réfractaires et de simplifier la traçabilité du travail effectué. Néanmoins, il existait une hétérogénéité au sein de la MSP en matière de compétences informatiques. Une des médecins affirmait continuer à noter les patients repérés sur une feuille de papier car c'était le moyen le plus sûr pour elle pour l'instant. (« *B : Donc on a... il y a eu les googles, les machins, moi je suis complètement allergique (...) je peux pas...*

A : ...et ça n'a jamais marché

B : ...les codes et tout, donc moi j'ai fait un tableau, comme ça et qui me disait : ben j'avais un patient, je faisais ça. Mais c'est vraiment papier-crayon mais n'empêche que j'ai pu avoir les trucs et je pense qu'il y a des tas de méd... on a des collègues sûrement qui ont fait les choses, c'est-à-dire (...) qui repèrent etc... Sauf qu'ils l'ont pas noté quelque part et que c'est perdu. »).

Les professionnels ont projeté de participer à une formation sur HELLODOC (logiciel médical de la MSP) pour mieux maîtriser cet outil informatique. Ils ont noté qu'il existait des sessions sur des sujets différents. Parmi eux, un des médecins pensait qu'il fallait attendre cette formation avant de mettre les choses en place. (« *tant qu'on n'aura pas la formation, enfin moi j'ai demandé à être dans la formation pour les modules et pour l'extraction (des données de repérage). Voilà et tant qu'on n'aura pas... une fois que c'est... la formation est faite je m'en occuperai et puis voilà.* »). Aucune date de formation n'avait été encore choisie au moment de l'entretien collectif.

Le drive a été définitivement rejeté car les généralistes assuraient ne pas à en maîtriser son accès. Néanmoins, ils n'ont proposé pour l'instant aucune plateforme centralisée qui permettrait de collecter les données.

(« *J : et au niveau du drive alors ?*

A : non

J : toujours pas (rires) ? Donc est-ce que vous pensez qu'il y a quelque chose d'autre qui pourrait remplacer le drive ?

A : enfin en tous cas si, quelque chose de centrale dans le sens où l'extraction de données des... la question, enfin, on peut la poser un petit peu autrement c'est : l'extraction des données où est-ce qu'on la dépose ? »).

Dans l'entretien collectif, les intervenants ont décrit les caractéristiques du module informatique idéal pour le repérage :

- Il devrait apparaître de façon explicite quand le dossier du patient s'ouvre.
- Uniquement pour des patients de plus de 65 ans.
- Le statut ou l'absence de fragilité serait consigné dans le dossier (avec un rappel tous les ans si le patient n'était pas fragile)

- Les actions de prises en charge pour les patients fragiles devraient être notées dans le dossier.
- Possibilité d'extraction des données du repérage.

Une des médecins a émis l'idée que les réfractaires pouvaient être utiles au niveau de la facilitation d'accès aux outils informatiques (« *P : voilà c'est clair que X il ne va pas s'investir là-dedans et puis Y non plus. Donc...*

B : Par contre il (D) peut nous aider sur le module informatique (...) »).

- *Animation*

L'interne qui réalise la thèse sur la fragilité a évoqué la nécessité de désigner un animateur qui prendrait la relève une fois que le travail de thèse serait fini. Les médecins ont proposé la création d'un binôme composé d'un praticien et de l'infirmière ASALEE pour assurer l'animation. (« *T : ben ce qui avait été évoquée c'était un animateur en fait aussi au sein de la MSP, quelqu'un qui pourrait avoir un petit peu le rôle...*

A : oui...

C : ben pour l'instant...

B : mais oui au sens où on essaie de se partager un petit peu des projets effectivement c'est... même une équipe je pense que ça devrait être un médecin avec B quoi (...) ça peut être aussi une infirmière »).

- *Prise en charge post repérage*

Le dépistage s'avérait inutile s'il ne s'en suivait d'aucune prise en charge, selon les professionnels.

(« *G : et après qu'est-ce qu'on en fait de cette extraction de donnée au final ?*

H : ben c'est pour faire les analyses stat(tistique)...

J : et c'est surtout pour justifier le travail à l'ARS, je pense.

B : ça nous permet de faire le rapport d'activité sur...

C : ouais le rapport de suivi... et puis éventuellement faire des analyses statistiques sur...

G : ...et après concrètement pour le patient faut aussi que ce soit un petit peu (utile)... »).

Cette prise en charge s'est faite avec les infirmières mais pas encore avec les autres médecins. Pour l'instant, il n'y a eu qu'une RCP pour parler d'un cas. La réunion n'avait pas été préparée du fait de son organisation à la dernière minute. (« *F : il y en a eu une, de RCP, pour l'instant... (...) j'ai présenté un cas mais en fait elle (la réunion) était un peu... je pense, prévue au dernier moment, on avait un peu oublié donc voilà c'est... on s'est dit : « tiens il y a une RCP, ah bon il y a une RCP ? ... » »).*

Les réunions ont aussi été marquées par un absentéisme car elles se déroulaient les jours où la majorité des généralistes n'était pas présente dans la MSP. Par conséquent, ils ont décidé, au cours de l'entretien collectif, de déplacer les RCP à un jour où une grande partie des praticiens seraient présents (le mardi en l'occurrence).

Un des médecins s'est félicité de la prise en charge des patients fragiles. En revanche, un autre a pointé du doigt l'absence de coordination interprofessionnelle. Selon lui, pour l'instant, ils étaient passés à côté de l'objectif premier du repérage qui ciblait l'amélioration de la prise en charge pluriprofessionnelle des patients fragiles. Ce but ne serait atteint que si les réseaux étaient mutualisés pour offrir un parcours de soins commun et cohérent. De plus, la mini évaluation infirmière prévue n'a pas été réalisée. (*« Alors attends avant ça on a un point d'achoppement dans la fragilité, c'est-à-dire que en fait on devait faire passer des tests aux patients (...). Donc effectivement si tu veux on a probablement nous tous mis en place des actions, en fait on a loupé une marche (...). Et donc en fait (...) le vrai problème il est là c'est-à-dire sur la fragilité, c'est-à-dire est-ce qu'on passe... est-ce que tous ces patients ils passent chez M (infirmière ASALEE) chez le psychologue, chez le psychomotricien, (...) mais comment dans le travail pluriprofessionnel si tu veux c'est... voilà c'est ça qu'on n'a pas pu mettre en place. »*).

- *Caractéristiques du repérage*

Au cours de l'entretien collectif, deux avis divergeaient : l'un des médecins pensait qu'il n'était pas nécessaire d'être systématique en termes de réalisation de tests d'évaluation, un autre qu'il fallait impérativement réaliser les mêmes tests chez tous les sujets.

Dans le premier cas, le praticien soutenait l'importance du dépistage au cas par cas alors que le second s'appuyait sur le fait d'être systématique. En repérant tous les patients on pouvait vérifier une hypothèse : la population de patients fragile représentait une minorité dans la patientèle. Les réseaux ambulatoires prenaient en charge un bon nombre d'entre eux. Il ne restait plus qu'une minorité nécessitant une prise en charge. Cependant, tout cela ne pourrait être vérifié qu'après avoir repéré tous les patients. (*« B : tu sais et là il ne faut pas monter trois marches c'est-à-dire que le fait de se dire : on va repérer la fragilité sur le tableau... enfin le truc HAS, c'est-à-dire, il y a un facteur de risque, je le repère même si tu es dans l'intuitif etc... (...) c'est encore de la formalisation parce que tout le monde a pas forcément besoin de tests de mémoire ou de trucs psycho... tu vois c'est ça aussi. »*,

« A : non parce que si on dépiste, dépister ça veut dire quand même que... moi j'ai bien aimé ce qui m'a mis en route dans ce que vous (les internes) avez fait, c'est de dire : mais « screen » tout tes patients et tu décides en fait s'ils sont fragiles ou pas. »)

Ainsi, les praticiens avaient du mal à appliquer ce type de protocole formalisé. Ils étaient néanmoins conscients que la formalisation favorisait la production et la collecte de données analysables. L'étude CEPiA a été un exemple de protocole structurée ; ainsi les généralistes ayant participé prouvaient leur capacité à se conformer à ce type de réflexion. Dès lors le défi pour les médecins était d'intégrer cette pratique dans leur quotidien. (*« (...) moi je pense que la difficulté pour nous c'est la formalisation, parce que le problème c'est qu'il y a des tas de trucs que l'on fait de façon informelle dans lequel on ne sait même pas si on est efficaces parce que c'est quand même... et que la formalisation c'est ça... on a du mal avec et c'est normal, faut passer à des trucs plus formels pour analyser derrière et voir si on a une*

efficacité parce qu'on pense qu'on a une meilleure efficacité mais... moi je pense que c'est ça la difficulté. »). La formalisation signifiait donc pour ces professionnels, l'établissement et le respect de protocole précis.

Les médecins de la MSP ont expliqué qu'ils étaient dans une génération en effectif réduit face à une forte demande de soins. Malgré cela ils essayaient de mettre en place des projets de santé publique bien que les structures actuelles soient en cours d'adaptation au travail pluriprofessionnel.

- *Rémunération*

Au cours des derniers entretiens les généralistes avaient souhaité que les NMR servent au recrutement des paramédicaux et à l'investissement dans la MSP. Le médecin qui s'est occupé de la gestion financière a répondu en décrivant l'utilisation des NMR de 2016 et 2017 :

- Décision de l'utilisation sur un choix d'équipe.
- Utilisation pour rémunérer la coordinatrice ESPAGE.
- Financement de l'informatisation : un des médecins généralistes de la MSP ayant des compétences informatiques a donc été rémunéré pour installer un système d'information partagé (avec le même logiciel médical).
- Favoriser l'installation d'un psychologue et d'une psychomotricienne dont les actes n'étaient pas remboursés par la sécurité sociale (le praticien ajoute que la somme allouée était modique).
- Le devenir du solde restant serait discuté à la prochaine assemblée générale de la MSP. Chaque membre de la MSP participerait à la décision mais le poids de leur avis dépendrait d'un système de points. Plus le membre aurait été présent aux réunions plus il aurait des points et donc du poids dans la décision.

« (...) effectivement c'est un choix mais on n'a pas... franchement on n'a pas discuté de ça. Mais là je veux quand même mettre les choses au point parce que... on a justement, on est... en bonne mère de famille, l'argent est toujours sur le compte sauf ce que je viens de vous dire qui a été payé. Mais effectivement il faut qu'on choisisse les choses et je pense que le fait de... il ne faut pas sous-estimer le fait que ce qui est payé en termes d'informatique sont des frais qu'on payent en moins sur notre chiffre et quelquefois ça peut être plus intéressant de ne pas avoir à sortir de l'argent que d'avoir une petite somme modique qui pour certains n'est pas forcément intéressante en terme de... enfin je veux dire avoir 2000 € de plus par les NMR sur mon chiffre d'affaires ça m'intéresse pas forcément parce que de toute façon fiscalement etc... ça ne nous intéresse pas forcément ».

- *Les infirmières*

La MSP a recruté une infirmière diplômée d'Etat ASALEE, présente à partir du début de l'année 2018. Le problème de la réalisation des tests évoqués au cours des entretiens individuels a ainsi été résolu (ANNEXE 3). Les autres infirmières libérales (hors et dans la MSP) devraient intervenir dans le suivi des patients fragiles. (*« J : et du coup pour les tests finalement qui fait quoi à l'heure d'aujourd'hui ?*

A : personne

J : d'accord

G : c'est M (infirmière ASALEE) qui est censé... qui peut le faire

F : maintenant M potentiellement...

A : maintenant si tu veux je pense qu'il faut... il faut l'investir moi j'ai déjà commencé mais il faut l'investir là-dessus »)

Néanmoins, il existait un autre problème concernant le suivi post repérage par les IDE libérales. Les éléments de prise en charge du patient fragile ne figuraient pas dans la nomenclature des démarches de soins infirmier (DSI) les exposant à un défaut de rémunération. Par conséquent force était de constater l'inadéquation de la nomenclature au travail pluriprofessionnel entraînant une démotivation bien que les infirmières restent concernées pour le soin. (« J : et du coup vous avez l'impression qu'elles (les infirmières) sont moins motivées du fait de... ben justement elles ne sont toujours pas rémunérées etc.... donc pour faire le suivi où finalement... ?

Tous : non, non

B : ou pour les tests parce que c'est un travail et...

A : parce que c'est long parce que ce n'est pas rémunéré

J : exactement

B : ...mais sur les soins, sur les soins et tout il n'y a pas de problème. C'est des soins il n'y a pas de souci, non au contraire »).

2. Résultats de l'analyse quantitative

2.1. Description de l'échantillon

Parmi la patientèle des 7 médecins, 84 patients ont subi le « questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type Plan Personnalisé de Soins » (ANNEXE 2). Les patients repérés avaient en moyenne 83 ans (écart-type : 6.6 ans). Le mode était de 84 ans. Le plus jeune patient repéré avait 65 ans, le plus âgé 97 ans. Le premier quartile était 78 ans, le 3^{ème} quartile 87 ans, la médiane 82 ans. (Figure 9, ANNEXE 1 : Tableau 29).

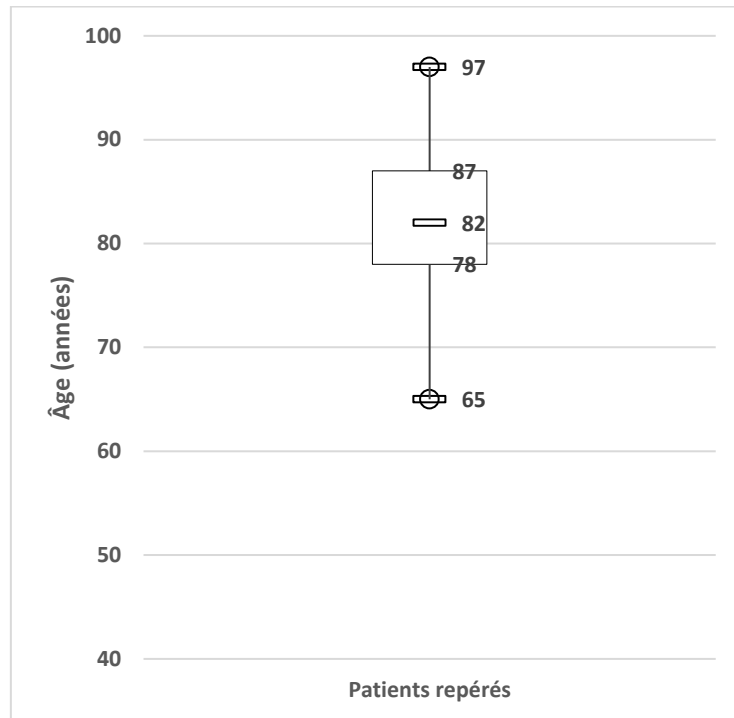


Figure 9. Diagramme en boîte

2.2. Repérage des patients fragiles

L'identité des praticiens a été anonymisée et remplacée par des chiffres. En 2016, seuls deux médecins ont commencé à repérer des patients (3 patients pour le médecin n°2 et 7 pour le médecin n°4). Les praticiens n°1, 5, 6 ont commencé à repérer en 2017 (respectivement 24, 11 et 12 patients). Les généralistes n°2 et 7 n'ont repéré aucun patient en 2016-2017. (Figure 10, ANNEXE 1 : Tableau 30).

Parmi les 84 patients, 60 ont répondu « oui » à au moins une des 6 questions du « questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type Plan Personnalisé de Soins » proposé par le praticien (ANNEXE 2). En 2016, 100% des patients repérés par les médecins n°3 et 4 étaient fragiles (soit respectivement 2 et 7 patients).

En 2017, 100 % des patients repérés par les généralistes n°3 et 5 ont répondu « oui » à au moins une des 6 questions du questionnaire (soit respectivement 14 et 11 patients). En 2017, 63% des patients repérés par le médecin n°1 étaient fragiles (soit 15 sur 24 patients), 43% des patients repérés par le praticien n°4 ont répondu « oui » à au moins une des 6 questions du questionnaire (soit 6 sur 14 patients), 42% des patients repérés par le médecin n°6 étaient fragiles (soit 5 sur 12 patients) (Figure 11).

Les praticiens n° 2 et n°7 n'ont repéré aucun patient avant et après les entretiens individuels. Le médecin n°3 a repéré 16 patients avant les entretiens et aucun après les entretiens. Les généralistes n°5 et 6 ont débuté le repérage après les entretiens (soit respectivement 11 et 12 patients). Les médecins n°1 et 4 ont repéré respectivement 1 et 7 patients avant les entretiens contre 23 et 14 patients respectivement après les entretiens (Figure 12).

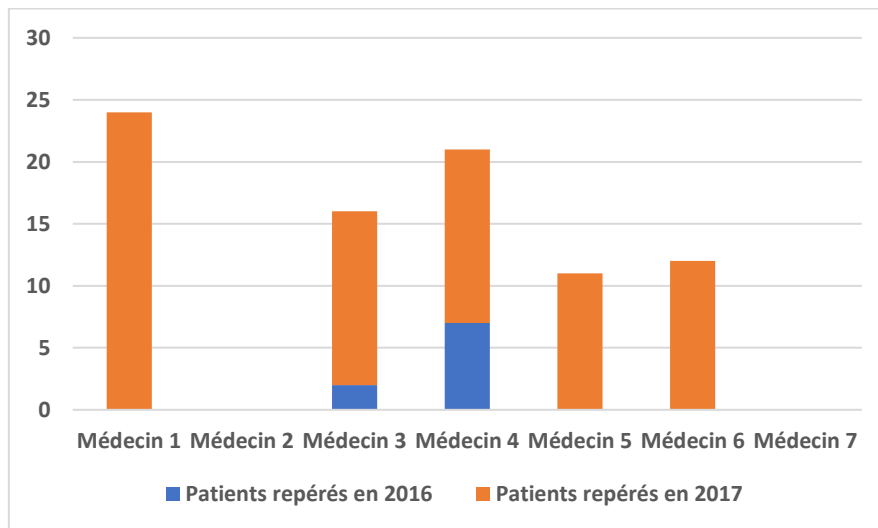


Figure 10. Repérage de la fragilité par les médecins de la MSP en 2016 et 2017

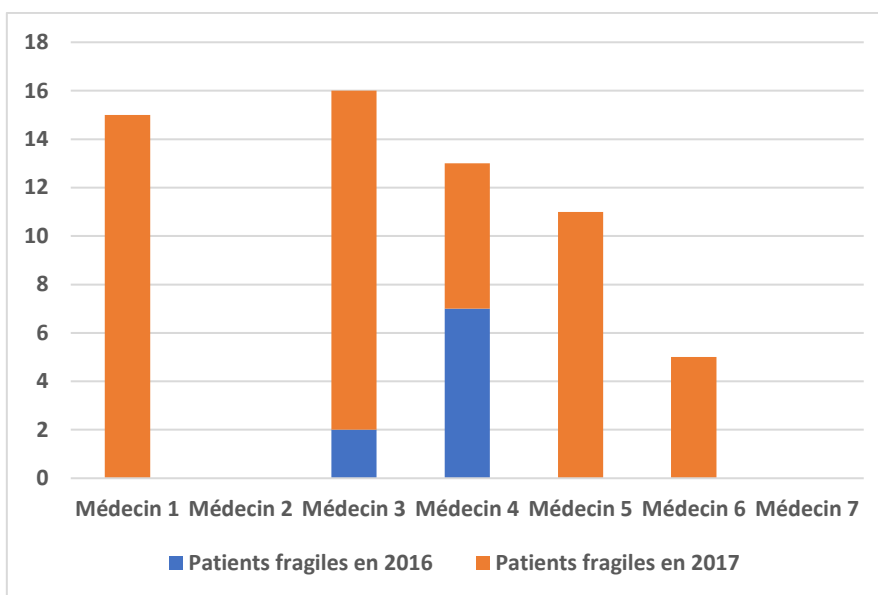


Figure 11. Patients fragiles en 2016 et 2017.

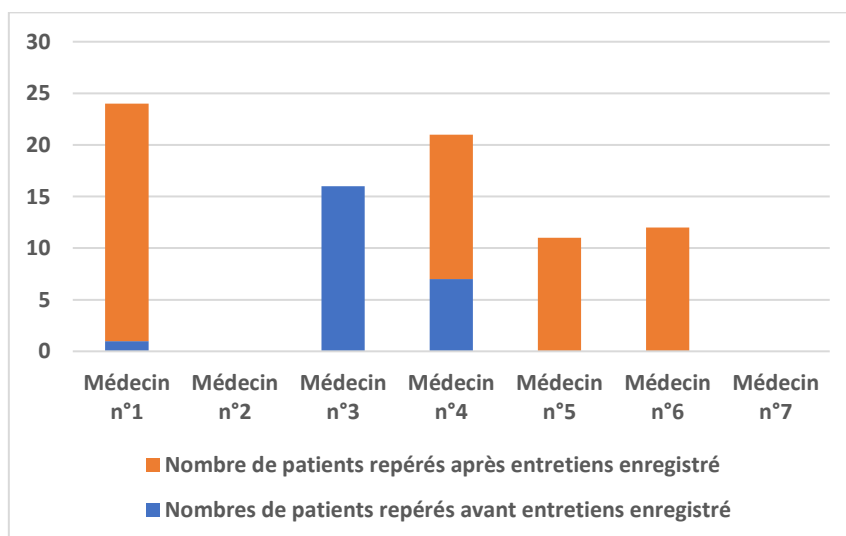


Figure 12. Repérage de la fragilité avant et après les entretiens individuels

2.3. Evaluation et suivi infirmier

Les infirmières n'ont pas réalisé la mini-évaluation prévue dans le protocole.

Parmi les 84 patients repérés, 45 ont bénéficié d'un suivi infirmier. En 2016, les infirmières de la MSP ont suivi 7 patients diagnostiqués fragiles contre 2 patients suivis par les infirmières ne faisant pas partie de la MSP.

En 2017, les infirmières de la MSP ont suivi 13 patients diagnostiqués fragiles contre 23 patients suivis par les infirmières ne faisant pas partie de la MSP. (Figure 14, ANNEXE 1 : Tableau 31).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le nombre de patients suivi par les infirmières de la MSP et celui par les infirmières n'appartenant pas à la MSP des Mureaux (OR=5.93, IC95 : [0.94 ; 66.91], p :0.056).

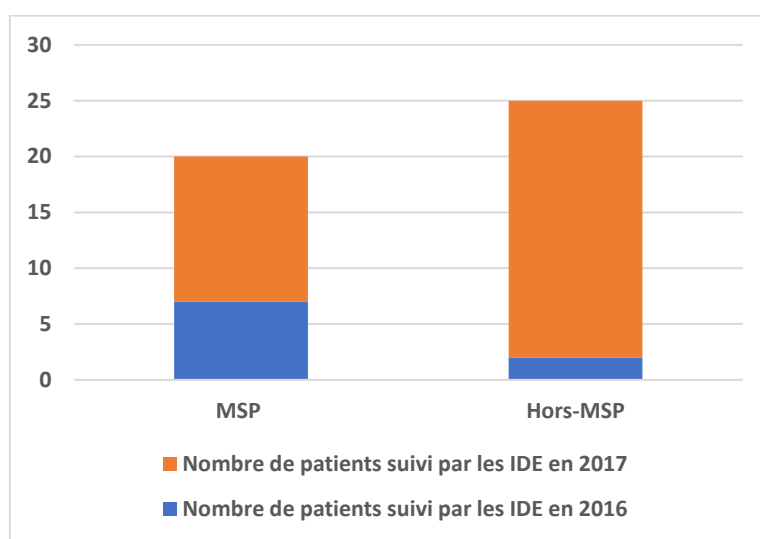


Figure 14. Suivi infirmier en 2016 et 2017

DISCUSSION

Cette étude a ciblé la population concernée par la fragilité, car l'âge moyen du repérage (83 ans) se situait dans la catégorie pour laquelle les patients présentaient une prévalence importante du phénotype de fragilité selon Fried (25% à partir de 85 ans) (70) (34). Ainsi, la moyenne et le mode de l'échantillon des patients repérés étaient proches de 85 ans.

La mise en place du projet de dépistage de la fragilité du sujet âgé dans une MSP a mis en jeu des processus complexes déterminant le succès ou l'échec de celui-ci. Ces mécanismes étaient sous-tendus par 4 facteurs : la communication, l'animation, l'adoption d'une nouvelle vision, la maîtrise de l'outil informatique.

Avant la rédaction du protocole, les médecins ne se sont pas réunis pour adopter une définition commune de la fragilité. Seul deux généralistes sur les sept ont participé à l'élaboration de celui-ci. Ces professionnels n'ont pas organisé de séances d'écriture et de discussions qui auraient abouti à une appropriation collective des concepts. Cette absence de concertation expliquait pourquoi, au moment des entretiens individuels, la plupart avouaient ne pas trop savoir comment repérer n'ayant pas lu le protocole ni réfléchi à une définition de la fragilité. Ainsi, on retrouvait dans le discours de l'ensemble d'entre eux, au cours des entretiens individuels, une confusion entre fragilité et état de dépendance. La conséquence a été un repérage fluctuant et approximatif dans les premiers temps, ne reposant pas sur les critères proposés dans le protocole.

Il est vrai que la frontière entre fragilité et dépendance est de toute façon encore mal définie. Néanmoins, le protocole de la HAS prévoyait un questionnaire reposant sur la définition consensuelle de la SFGG. La qualité du dépistage aurait pu reposer sur cette représentation commune et uniformisée du concept de fragilité.

L'absence de concertation a abouti à une mauvaise circulation de l'information directement responsable du retard du repérage. Une autre explication possible au retard serait la préoccupation des praticiens des contingences liées à la mise en place de la MSP. Ces dernières étaient d'ordre financier (financement des locaux, gestion des NMR), administratif (organisation de l'occupation des bureaux, élaboration du cadre légal de la MSP) et humain (recrutement d'autres professionnels de santé). Cependant, les généralistes ont débuté ou intensifié le dépistage après les entretiens individuels alors qu'ils n'étaient pas encore réunis dans la MSP. Il existe donc deux hypothèses explicatives : soit les préoccupations liées à la MSP n'étaient pas fondées, soit les entretiens ont permis de passer outre. Dans tous les cas, la communication orale directe et individualisée a majoré l'efficacité du projet.

Le déroulement du repérage a bien été intégré après les entretiens individuels. Les généralistes se sont appropriés les critères de fragilité et les ont adaptés en fonction de leur bon sens clinique (en dépistant parfois des patients fragiles de moins de 70 ans). Une fois entrés dans la MSP (structure commune) les professionnels de santé ont pu communiquer plus

facilement, principalement pour prendre des avis auprès de leurs pairs concernant la prise en charge des patients.

Pour résumer, l'action des entretiens individuels et l'entrée dans la MSP ont permis d'acquérir des définitions et une base de réflexion commune. Néanmoins, les médecins généralistes ont reconnu que le repérage n'était toujours pas devenu un réflexe, rendant nécessaire des « piqûres de rappel » régulières.

La communication sur la mise en place du dépistage s'est donc développée entre les professionnels. Se posait ensuite la question de la communication et de l'action après le repérage. Ces échanges n'avaient pas pu se mettre en place au moment des entretiens individuels du fait des diverses difficultés rencontrées avant et lors de l'entrée dans la MSP. Actuellement, il existe une prise en charge des patients âgés fragiles qui combine médecin et infirmière mais sans discussion au sein d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Les quelques RCP planifiées en 2016-2017 ayant été annulées par manque de participation, certains praticiens ont été démotivés considérant le repérage sans intérêt. La dispersion géographique des médecins a également joué un rôle de frein aux rassemblements. Par ailleurs, il semblerait que les grandes réunions de type staff hospitalier ne soient pas adaptées aux structures ambulatoires comme les MSP. La multiplicité des agendas des médecins rendrait difficile la prise de rendez-vous communs. Les rassemblements étaient donc souvent prévus en soirée pour ne pas empiéter sur les consultations. La première RCP organisée par les généralistes, juste avant l'entretien collectif, a révélé la naissance relativement tardive d'un processus de prise de décision par concertation pluridisciplinaire. Le processus intellectuel de communication post-dépistage reste donc à mettre en place. Il ne s'agit pour l'instant que d'une ébauche de travail en commun sans réel travail pluriprofessionnel.

Concernant la prise en charge des patients après repérage, il n'existe pour l'instant aucun parcours de soin commun, la priorité ayant été donnée, à ce moment, aux préoccupations liées à la MSP. Par conséquent, la situation actuelle est caractérisée par un suivi « à l'aveugle », les patients n'ayant pas bénéficié des mini-évaluations infirmières. De plus, chaque praticien agit selon son appréciation sans tenir compte du protocole HAS et sans collecter les données. Ce manque de formalisation empêche la communication et la production de données analysables. L'absence d'une coordination commune décourage les médecins qui pensent repérer sans qu'aucune action ne soit entreprise contre la fragilité. La désignation d'un coordinateur chargé de sélectionner les partenaires utiles au suivi du sujet âgé fragile (association de maintien à domicile, ergothérapeute, matériel médical...) est en cours.

Cette étude démontre que la circulation des informations est indispensable à tout moment du projet de santé publique. Avant, afin d'élaborer des définitions communes, pendant, afin de suivre l'assiduité des médecins et après, via les RCP pour la prise en charge des patients fragiles. La construction d'un parcours de soin commun et efficace par l'intermédiaire d'un travail pluriprofessionnel est difficile et doit se faire progressivement. La communication orale directe semble la voie la plus efficace.

L'animation du projet constitue toutes les actions ayant pour but la mobilisation des acteurs autour du repérage de la fragilité du sujet âgé. Cette mission incombait aux deux internes qui réalisaient la thèse. L'animation a connu des temps forts, notamment aux moments des entretiens individuels et collectifs.

Pour renforcer l'animation, les internes ont abordé la seconde partie des interviews individuels en axant leur discours sur la pédagogie. Le plan de déroulement concret du projet a été exposé à chacun des praticiens et les zones d'incompréhension ont été abordées et expliquées par les internes. Il y a eu une clarification des objectifs du repérage. Les internes ont tenu compte du fait qu'une grande partie des médecins n'avait pas lu le protocole. Ils ont insisté sur les messages importants et sur la simplicité via « le questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type Plan Personnalisé de Soins » (ANNEXE 2).

L'augmentation du nombre de patients repérés avant et après les entretiens individuels révèle une dynamique positive du dépistage. Celle-ci se divise en deux types : les praticiens, ayant déjà commencé avant l'entretien, qui intensifie leur dépistage après et ceux débutant après l'entretien. Cet élément contribue à valider l'influence des entretiens individuels dans cette dynamique positive. Elle peut aussi être expliquée par la prise de conscience des médecins de la nécessité de fournir un travail justifiant la rémunération attribuée par l'Agence Régionale de Santé.

Deux mois après les entretiens (soit en août 2017) les internes ont poursuivi leur rôle d'animateur en relançant les généralistes par courriers électroniques. La coordinatrice en a fait de même. Par la suite, l'animation a connu un temps faible. Peut-être craignant de voir cesser toute communication avec les médecins par leur présence constante, les internes n'ont pas suffisamment relancé. Certains praticiens ont tout de même poursuivi le repérage après les entretiens rendant inutile la relance.

En revanche, les deux praticiens les plus réticents, auraient dû faire l'objet d'une relance plus poussée de la part des internes. Cette réticence est probablement une conséquence de leur absence lors de la préparation en amont de la construction du référentiel de dépistage. L'absence de validation du projet par l'ensemble de l'équipe a donc engendré une non-adhésion à ce dernier. Ces deux généralistes n'ayant pas répondu aux mails, la relance aurait pu prendre la forme d'un autre entretien court. Dans celui-ci les animateurs auraient rappelé aux médecins la nécessité de fournir une justification pour les NMR. Ils auraient mis en évidence l'ambivalence de ceux-ci : en entrant dans la MSP, ils acceptaient l'idée des projets de santé publique et, par conséquent, il était illogique ensuite de refuser d'y participer.

Lors de l'entretien collectif, les médecins généralistes ont réaffirmé la nécessité d'avoir un animateur qui les relancerait. Ce besoin s'est de nouveau fait le plus ressentir juste après l'entrée dans la MSP, d'autres priorités ayant pris le pas sur le repérage. L'obligation de désigner un animateur à la place de l'interne qui réalisait sa thèse a été évoquée au cours de l'entretien collectif. Le choix s'est porté sur l'infirmière ASALEE, dédiée à la santé publique et présente au sein de la MSP (ce qui n'était pas le cas des IDE libérales) avec un accès aux dossiers médicaux. Elle serait la première à remarquer un ralentissement du travail de dépistage par les praticiens en amont. L'IDE ASALEE en avertirait précocement les

généralistes afin de les motiver. Il s'agissait là de la principale difficulté rencontrée par l'interne réalisant la thèse : il n'avait pas accès en temps réel au nombre de patients repérés.

Après analyse de l'entretien collectif, l'interne a proposé de rencontrer l'infirmière ASALEE afin d'assurer le relai en termes d'animation. Cette rencontre n'a pas pu encore avoir lieu. L'interne apportera des conseils reposant sur l'analyse des dysfonctionnements de l'animation. Il lui expliquera le déroulement, la philosophie du repérage, les contraintes, et surtout les prérogatives du rôle d'animateur. Afin de dynamiser l'animation, il proposera à l'infirmière de réaliser, tous les 2-3 mois, une réunion brève et informelle. L'animatrice y fera le point brièvement en résumant la tendance du dépistage sur les 3 mois précédents (s'il y a une diminution, elle remobilisera les médecins). Elle établira également un rapport sur la construction du parcours de soin commun (proposition de différents outils à disposition du praticien pour la prise en charge des patients fragiles, en termes d'associations de maintien à domicile, contact pour les avis gériatriques, contact de réseaux gérontologique, matériel médical...). Pour ce faire, il sera essentiel de former un binôme avec l'un des médecins de la MSP. En cas d'absentéisme lors des réunions, l'infirmière pourra envisager des entretiens individuels avec les praticiens (plus efficaces).

Les généralistes n'ayant pas réalisé de dépistage, ont expliqué clairement leurs raisons dans les entretiens : ils n'avaient pas le temps pour se consacrer à des missions de santé publique. Ils se disaient trop accaparés par la mission de soins. Le temps est donc le facteur majeur évoqué par les généralistes de la MSP. L'exercice ambulatoire doit répondre à une contrainte de temps qui est conditionnée par la consultation. Pour cette raison, la plupart des médecins pensent que les consultations sur rendez-vous sont le moment idéal pour réaliser le repérage. Elles offrent plus de temps par rapport aux consultations sans rendez-vous, où la demande principale est le soin. Néanmoins force est de constater qu'il s'agit ici plus d'un point de vue que d'une réalité. En effet, les cinq autres collègues de ces deux médecins réfractaires ont réussi à aménager du temps pour cette mission de santé publique. Lorsque l'on analyse le discours des généralistes, il est mis en évidence un décalage entre leur vision (caractère chronophage, ils ne voulaient pas de protocole qui fasse 50 pages) et la réalité (il suffisait de poser 6 questions du questionnaire HAS pour initier un diagnostic de fragilité). Tous les médecins, en fin d'entretien, ont reconnu que le dépistage prenait peu de temps.

Il apparaît évident que, dans ces conditions, le repérage doit s'effectuer quel que soit le type de consultation. Les consultations sans rendez-vous peuvent être la seule occasion de voir le patient fragile avant qu'il ne bascule dans un état de dépendance. En réalité, le problème n'est pas le temps mais son organisation. Cette incompréhension est à l'origine des problèmes de motivation constituant un obstacle à une meilleure prise en charge des patients. L'entrée dans la MSP permet d'offrir cette organisation : permanence des soins, organisation des consultations d'urgence (celles-ci permettent d'absorber l'augmentation de la demande médicale).

Par ailleurs, ces médecins réfractaires souhaitaient percevoir une rémunération directe, dans le cas où ils réaliseraient le dépistage. Ils le justifiaient en affirmant qu'il s'agissait d'un travail pour lequel ils devaient consacrer du temps supplémentaire. En ceci ils avaient un point de

vue divergeant des autres praticiens qui voulaient plutôt utiliser la rémunération de l'ARS pour investir dans la MSP. Globalement, le point de vue des généralistes réfractaires est typique d'un raisonnement qui se fonde sur l'ancienne organisation de la médecine générale caractérisée par le paiement à l'acte et le soin exclusif. Ils n'ont pas saisi l'objectif de développement du travail pluriprofessionnel encouragé par ces nouvelles rémunérations permettant de promouvoir les missions de santé publique.

Au moment des entretiens individuels, la MSP des Mureaux avait déjà reçu les NMR qui n'avaient pas encore été utilisés. Un an après, il était important de constater que les NMR avaient principalement servis au fonctionnement de la MSP (mise en place d'un système d'information partagé, coordination...). Une partie a servi à installer deux paramédicaux non remboursés par la sécurité sociale, en accord avec la volonté de la majorité des médecins généralistes exprimée lors des entretiens individuels. Dans le futur, il sera nécessaire d'avoir une discussion collective au sein de la MSP concernant l'utilisation des NMR suivi d'un choix démocratique. Il s'agit de décisions qui doivent faire partie de la réflexion préalable à la mise en place de tous projets de santé publique d'une MSP.

Les praticiens ont présenté des difficultés pour mobiliser les infirmières afin de réaliser les tests d'évaluation et le suivi des patients fragiles. Elles portaient principalement sur la rémunération et la formation. Finalement, les infirmières n'ont pas réalisé les tests d'évaluation de la fragilité. L'établissement de cette nouvelle vision de santé publique doit en conséquence aller plus loin que l'exercice médical pour toucher l'exercice paramédical. Les infirmières présentent les mêmes contingences que les médecins : la rémunération est directement reliée aux actes et donc au temps. Leur réticence à la réalisation du repérage résultait de leur incertitude quant à la rémunération. Les infirmières libérales n'étaient pas non plus convaincues de l'utilité du projet selon les propos rapportés par les intervenants lors des entretiens (les infirmières étant absentes, il a donc été impossible d'explorer directement leur vision concernant leur rôle dans le dépistage de la fragilité). La démarche de soins infirmier (DSI) semblait avoir résolu la question de la rémunération des infirmières libérales (MSP, hors MSP). Malheureusement, il existait un autre problème d'ordre structurel : la nomenclature était inadaptée à l'action demandée pour le suivi des patients fragiles. L'assurance maladie devra donc adapter cette nomenclature des DSI à la prise en charge infirmière des patients fragiles. Ainsi, la réflexion doit être étendue en amont de la MSP au niveau des instances (HAS, ARS, Assurance maladie, Ministère de la santé) permettant une cohérence entre la volonté de la mise en place d'un travail pluriprofessionnel en vue de projets de soins et les moyens alloués pour mettre en œuvre ce dernier. Malgré toutes ces difficultés, les infirmières (MSP et hors MSP) sont tout de même rentrées dans cette dynamique de suivi du patient fragile.

Par ailleurs, les infirmières libérales ne connaissaient pas les modalités exactes du repérage. Le Dr CLERC, un des médecins responsables de la MSP a organisé une réunion de formation pour la réalisation des tests d'évaluation de la fragilité. Une minorité y a assisté, il faudra donc envisager d'autres sessions de formation pour réunir le plus grand nombre d'infirmières afin d'offrir une vraie prise en charge des patients fragiles.

Actuellement, la compréhension de cette vision de santé publique reste hétérogène. Certains des généralistes de la MSP ont compris l'importance d'une nouvelle vision mais d'une

manière générale les médecins fonctionnent encore sur leurs anciens systèmes. Le dépistage de la fragilité « à l'instinct » est en contradiction avec la médecine fondée sur les preuves. Or, il faut apporter des preuves pour porter le diagnostic, justifier du travail effectué et obtenir les NMR et ceci, tous les praticiens sont prêts à l'accepter. De plus, le suivi habituel des patients fragiles repose toujours sur l'utilisation de réseaux de soins personnels des généralistes et non sur une mutualisation des ressources en vue d'une prise en charge commune. L'objectif du repérage dans la MSP est au contraire de faciliter le travail pluriprofessionnel via un réseau commun dans l'objectif d'un suivi efficace.

La motivation des généralistes, est restée également hétérogène malgré le changement de structure. Les médecins motivés ont poursuivi le dépistage les autres ont continué à faire de même. Le changement de mentalité prend du temps, et ne peut survenir qu'après l'adhésion au projet.

Dans cet optique de changement, a été mise en évidence la nécessité de repenser la répartition du temps du médecin libéral en intégrant la mission de santé publique. Le généraliste devra transformer un planning essentiellement constitué de consultations, en planning intégrant les réunions de concertation pluridisciplinaire portant sur les cas complexes. Pour y arriver il faudra adapter les nouveaux modes de rémunération afin que ces transformations soient possibles sans que le médecin subisse une perte financière. Ceci est une des conditions obligatoires au succès du projet.

Pour résumer, la médecine générale doit intégrer dans sa pratique la dimension de santé publique associée aux soins. Les aménagements du temps et des rémunérations en seront les éléments indispensables.

Deux outils informatiques ont été problématiques lors du repérage. La communication par courrier électronique et l'utilisation du « Google® drive ». Le traitement des courriels relevait d'un problème de communication déjà abordé. Les praticiens n'ont jamais utilisé le drive bien que les internes leur aient donné à nouveau le lien permettant d'y accéder. L'ancienne coordinatrice et l'interne ont été dans l'obligation de récupérer des photos scannées des tableaux des patients repérés réalisés à la main sur papier ou sur un fichier Word®.

La communication par mail et le « Google® drive » ont produit les deux effets opposés à ceux recherchés par l'utilisation de tout outil informatique (c'est-à-dire l'efficacité et la facilité d'accès). La solution réclamée par tous les médecins lors des entretiens individuels était d'intégrer le questionnaire HAS comme module à part entière dans le logiciel médical. Le travail est en cours et des formations à la maîtrise du logiciel médical seront proposées en septembre 2018 dans le cadre de la MSP.

Au cours de l'entretien collectif, tous les professionnels ont exprimé à nouveau cette volonté d'intégration d'un module constitué du questionnaire HAS dans HELLODOC. Afin de se renseigner l'interne a adressé un courriel, à l'entreprise, resté sans réponse. Ainsi, les médecins généralistes ont déploré des difficultés informatiques et un manque de temps pour mener à bien leur mission. Ils réclamaient un meilleur outil et des moyens pour gagner du temps ainsi qu'une prise en charge efficace des patients fragiles. Par conséquent, la maîtrise

de cet outil est un enjeu crucial. Elle donnera les moyens au praticien d'intégrer le dépistage comme un réflexe.

Un problème a été soulevé : les données étant directement anonymisées dans le tableau de suivi du drive, un même patient vu par des médecins différents pouvait être repéré plusieurs fois. L'avantage du module informatique serait d'inscrire directement le statut de fragilité dans le dossier médical pour éviter les doublons.

Finalement il existe un décalage entre la simplicité théorique de l'intégration du module dans le logiciel médical et la difficulté concrète à le réaliser. La solution pourrait venir d'un des acteurs de la MSP qui s'acquittera de cette tâche dans un nouveau rôle d'animateur (il pourra éventuellement être rémunéré).

Il y a eu plusieurs limites dans cette étude. Les internes ont uniquement interrogé les médecins car il était difficile de rencontrer tous les intervenants paramédicaux. De plus, l'absence des infirmières et des autres paramédicaux à l'entretien collectif n'a pas permis de contourner cette limitation. Les questions laissées en suspens ou non abordées dans les premiers entretiens n'ont donc pu être approfondies dans cet entretien collectif (du moins concernant les paramédicaux). Ce d'autant plus que les infirmières n'ont pas réalisé les tests prévus au préalable dans le protocole. Cette absence souligne l'importance d'une adhésion de toute l'équipe avant la mise en place d'un projet. La réalisation des tests aurait été une source riche d'informations concernant les enjeux des transferts de capacités, sujets primordiaux des soins primaires. L'entretien avec les autres intervenants du repérage aurait permis d'apporter des éléments supplémentaires à la compréhension des processus de mise en place d'un projet de santé publique.

Le nombre total de patients de plus de 70 ans ayant consulté les sept généralistes en 2016 et 2017 n'a pas été communiqué. Il aurait permis de calculer le taux de dépistage de chacun des sept médecins et d'étudier l'évolution de ce taux avant et après les entretiens individuels.

Les internes qui ont réalisé les entretiens menaient pour la première fois une étude qualitative. Ce manque d'expérience a été compensé par la lecture d'ouvrages de méthodologie et d'études qualitatives. Les guides et les analyses des entretiens ont été réalisés avec le concours du Dr CLERC, le directeur de thèse, possédant une expérience confirmée dans le domaine du qualitatif.

Les internes auraient dû exercer un rôle de relance plus appuyé concernant les deux médecins qui n'ont pas réalisé de repérage. Ils auraient dû chercher un moyen de les motiver (demander un autre entretien individuel par exemple).

L'étude a bénéficié d'un double regard : externe (sur les médecins de la MSP), et interne (auto critique des observateurs sur leurs propres actions) par l'intermédiaire de l'observation participative. Elle a finalement été limitée par le fait que les internes exerçaient une activité en hospitalier ou en ambulatoire. Ils n'ont pu assister à certaines réunions cruciales pour leur observation en immersion. Cette difficulté a pu être partiellement résolue par un recueil d'informations lors des discussions informelles sur le déroulement de la mise en place de la MSP avec les médecins avant et après les entretiens.

CONCLUSION

La fragilité du sujet âgé reste un concept controversé. En France, il existe un consensus des professionnels de santé et des instances (HAS, ARS, ...) autour de la notion d'incapacité d'adaptation à un stress. Son caractère réversible est également communément admis. La compréhension de la fragilité reste incomplète car il s'agit d'un continuum entre un état « robuste » et la dépendance. Dans ce contexte, le diagnostic et la prise en charge d'un patient fragile peuvent difficilement être clairement défini. Ce qui explique aussi l'absence de suivi standardisé. Néanmoins l'HAS propose des outils consensuels pour repérer la fragilité reposant sur une association de critères cliniques (FRIED) et cognitivo-sociaux (fragilité multi-domaine). L'objectif étant de repérer les patients avant qu'ils ne basculent dans la dépendance, évitant ainsi les conséquences de celle-ci (augmentation des dépenses de santé, décès, institutionnalisation, ...).

Cette étude s'intéresse en réalité au processus de changement de condition d'exercice de la médecine générale. À la vision de soins s'ajoute une vision de santé publique (prévention, coordination des soins, etc...). C'est un processus en cours qui mérite d'être analysé. Cette étude se situe au début de la mise en place d'un projet de prévention de la dépendance.

L'analyse du processus a mis en évidence plusieurs éléments clés permettant d'aborder les enjeux complexes de la mise en place d'un projet de santé publique.

Avant de mettre en œuvre un projet, les responsables d'un groupe doivent faire participer tous ses membres à la rédaction du protocole. Une activité de santé publique ne peut être « imposée » à une équipe de soins primaires.

Les obstacles aux repérages, pointés du doigt par les médecins, n'étaient pas ceux qui ont posé le plus de problèmes. La mise en place de la MSP a été un facteur parasite, mais non déterminant dans le choix des praticiens de dépister ou pas. Le manque de temps, était un faux argument : il s'agissait plutôt d'un problème d'organisation du temps.

L'animation du groupe est essentielle. Celle-ci devra être assurée par une ou plusieurs personnes motivées, organisées et proche de l'équipe de soins primaires. Le suivi du repérage sera régulier sans être trop présent et caractérisé par une relance régulière, des contacts individualisés, la motivation et la pédagogie.

L'outil informatique permet la facilitation de la collecte et du traitement des données. Il est indispensable dans l'objectif de la réalisation de travaux de santé publique. Les modules de santé publique doivent être intégrés au logiciel métier.

Le choix de rémunération entre collectif (la MSP) et individuel doit être clairement partagé et être discuté en amont de la réalisation du projet.

La finalité du dépistage est de déboucher clairement sur un parcours de soin passant par une concertation pluridisciplinaire pour les cas complexes afin de déterminer la prise en charge et

le suivi. Ces concertations ne devront pas constituer des « pseudo-staffs hospitaliers », mais être organisées en tenant compte des spécificités de l'exercice ambulatoire.

Les changements de mentalités prennent du temps d'autant que les modalités de fonctionnement et les rémunérations restent majoritairement tournées vers le soin tant pour les médecins que pour les infirmières. Une réflexion sera menée conjointement avec les instances (Haute autorité de la santé, Agence régionale de la santé, Ministère de la santé, ...) afin de continuer d'adapter le système de soin à ces nouvelles missions.

Cette étude ne représente qu'une première étape, elle devra être suivie d'autres études qualitatives et quantitatives sur l'évaluation de l'efficacité du repérage en termes de prévention de la dépendance chez le sujet âgé aux Mureaux.

ANNEXE 1

	Hommes	Femmes	Total
0 à 14 ans	149 050	143 084	292 134
15 à 29 ans	129 402	127 438	256 840
30 à 44 ans	143 798	147 767	291 565
45 à 59 ans	135 145	147 755	282 900
60 à 74 ans	90 781	100 106	190 887
75 à 89 ans	37 071	55 052	92 123
90 ans et plus	2 858	8 361	11 219
Ensemble	692 105	729 565	1 417 668

Tableau 3 : Structure par âge et sexe de la population en 2014. Source : INSEE, recensement de la population 2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016 (50).

	2014	%	2009	%
Ensemble	388 577	100	386 047	100
Couples avec enfant(s)	192 567	50	194 223	50
Familles monoparentales	55 907	14	51 631	13
<i>hommes seuls avec enfant(s)</i>	10 312	3	9 274	2
<i>femmes seules avec enfant(s)</i>	45 595	12	42 357	11
Couples sans enfant	140 103	36	140 193	36

Tableau 4 : Composition des ménages dans les Yvelines, selon le mode de cohabitation. Sources : INSEE, recensement de la population 2009 (géographie au 01/01/2011) et recensement de la population 2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations complémentaires (50).

	Evolution de la population						
	1968	1975	1982	1990	1999	2009	2014
Population	21 733	28 165	31 169	33 089	31 739	31 490	31 647
Densité moyenne	1 813	2 349	2 600	2 760	2 647	2 626	2 639

Tableau 7 : Densité (habitant/km²) et évolution démographique. Source : INSEE recensement de la population de 1967 à 1999 dénombrements, recensement de la population 2009 et recensement de la population 2014 exploitations principales (36).

Evolution du solde naturel Muriaux			
Année	Naissance	Décès	Solde
2001	546	166	380
2002	591	140	451
2003	602	167	435
2004	644	139	505
2005	527	130	397
2006	719	131	588
2007	616	139	477
2008	629	165	464
2009	639	146	493
2010	611	164	447
2011	685	138	547
2012	633	135	498
2013	714	152	562
2014	653	145	508
2015	643	131	512
2016	615	162	453
Source INSEE: Etat civil			

Tableau 8 : Evolution du solde naturel des Mureaux de 2001 à 2016 (36)

Âge	Français	Etranger
0-14 ans	84,7%	15,3%
15-24 ans	84,1%	15,9%
25-39 ans	76,5%	23,5%
40-59 ans	59,2%	40,8%
60 ans et plus	68,0%	32,0%
Total	74,1%	25,9%

Tableau 11 : Proportion d'étrangers aux Mureaux en 1999. Source : INSEE, recensement 1999(48).

Âge	Français	Etranger
0-14 ans	84,3%	15,7%
15-24 ans	90,1%	9,9%
25-54 ans	72,2%	27,8%
55 ans et plus	66,1%	33,9%
Total	76,1%	23,9%

Tableau 12 : Proportion d'étrangers aux Mureaux en 2014. Source : INSEE, recensement de la population 2014 exploitation principale, géographie au 01/01/2016 (71).

	Nombre de ménages				Population des ménages	
	2014	%	2009	%	2014	2009
Ensemble	10 605	100	10 496	100	30 771	30 633
Ménage d'une personne	2 775	26,2	2 548	24,3	2 775	2 548
Autres ménages sans famille	281	2,7	302	2,9	792	880
Familles monoparentales	1 483	14	1 318	12,6	4 634	4 237
Couples	6 066	57,2	6 327	60,3	22 571	22 967

Tableau 13 : Type et composition des ménages en 2009 et 2014. Sources : INSEE, recensement de la population 2009 (géographie au 01/01/2011) et recensement de la population 2014 (géographie au 01/01/2016) exploitations complémentaires (36).

	Ile-de-France	Yvelines	Les Mureaux
Nombre de ménages fiscaux	4 846 044	555 986	10 435
Nombre de personnes dans les ménages fiscaux	11 950 597	1 440 614	33 138
Médiane du revenu disponible par unité de consommation (en euros)	22 522	25 550	16 215
Part des ménages fiscaux imposés (en %)	68,4	74,5	48,9

Tableau 15 : Ménages fiscaux de l'année 2014. Source : INSEE -DGFip-Cnaf-Cnav-Ccmsa, FiLoSoFi (36) (35) (50).

	Part en %		
	Mureaux	Yvelines	Ile-de-France
Ensemble	100	100	100
Revenu d'activité	72,6	83,9	83,9
<i>dont traitement salaires et chômage</i>	71,3	80,1	78,9
<i>dont revenus des activités non salariées</i>	1,3	3,8	5
Pensions, retraites et rentes	24,7	23,5	21,3
Revenus du patrimoine et autres revenus	5,2	11,3	12,3
Ensemble des prestations sociales	10,7	3,3	4,4
<i>dont prestations familiales</i>	5,2	1,9	2
<i>dont minima sociaux</i>	2,7	0,7	1,2
<i>dont prestations de logement</i>	2,8	0,8	1,2
Impôt	-13,2	-22	-21,9

Tableau 16 : Décomposition des revenus disponibles sur l'année 2014. Champ : ménages fiscaux - hors communautés et sans abris. Source : INSEE -DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, FiLoSoFi au 01/01/2015 (36) (50) (35).

	Allocataire de la CAF	Population couverte	Nombre d'allocataires RSA	Population couverte
Les Mureaux (2013)	6 431	19 504	225	1 204
Yvelines (2015)	215 649	679 436	23 435	45 059
Ile-de-France (2015)	2 086 097	5 827 529	335 896	648 095

Tableau 17 : Allocataire CAF et ménages bénéficiaires du RSA socle. Source : CAF Ile-de-France et des Mureaux(72) (73).

	Hommes	Femmes
Les Mureaux	12	6
Yvelines	548	460
Ile-de-France	4768	3856

Tableau 19 : Répartition des médecins en fonction du sexe et de la localisation en 2017

Age moyen (années)	
Les Mureaux	56
Yvelines	53
Ile-de-France	53

Tableau 20 : Âge moyen des médecins en 2017 (61)

	Les Mureaux	Yvelines	Ile-de-France
Densité des généralistes en 2007	8,8	8,7	9
Densité des généralistes en 2017	5,7	7,09	7,17

Tableau 21 : Densité des médecins généralistes pour 10 000 habitants. Source : URPS Médecin Ile-de-France, carte des médecins libéraux en Ile-de-France(61).

	Les Mureaux	Yvelines	Ile-de-France
Variation du nombre de généralistes 2009-2017 (%)	-40	-22	-19

Tableau 22 : Variation du nombre de généralistes entre 2009 et 2017. Source : URPS Médecin Ile-de-France, carte des médecins libéraux en Ile-de-France(61).

	Hommes	Femmes	Total
Les Mureaux	2	18	20
Yvelines	120	822	942
Ile-de-France	1 858	8 560	10 418

Tableau 23 : Répartition des infirmiers libéraux/mixtes en fonction du sexe et de la localisation en 2017. Sources : DRESS (62) (74).

	Les Mureaux	Yvelines	Ile-de-France
Densité pour 10000 habitants en 2007	3,6	3,9	4,2
Densité pour 10000 habitants en 2017	6,3	6,61	8,58

Tableau 24 : Densité des infirmières libérales/mixtes en 2017. Sources : DRESS (62) (74).

	Homme	Femme	Total
Les Mureaux	5	5	10
Yvelines	615	581	1 196
Ile-de-France	5 566	5 167	10 733

Tableau 25 : Répartition des kinésithérapeutes libéraux/mixtes en 2017

	Les Mureaux	Yvelines	Ile-de-France
Densité pour 10000 habitants en 2007	4	6,9	7,1
Densité pour 10000 habitants en 2017	3,15	8,4	8,89

Tableau 26 : Densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux/mixtes en 2017. Sources : DRESS (62) (63)

	Homme	Femme	Total
Les Mureaux	3	4	7
Yvelines	152	226	378
Ile-de-France	1 022	2 028	3 050

Tableau 27 : Répartition des podologues libéraux/mixtes en 2017. Source : DRESS (62) (64)

	Les Mureaux	Yvelines	Ile-de-France
Densité pour 10000 habitants en 2007	1,5	1	2,1
Densité pour 10000 habitants en 2017	2,2	2,65	2,51

Tableau 28 : Densité des podologues libéraux/mixtes. Source : DRESS (62) (64).

	Age des patients repérés (années)
Moyenne	83
Ecart-type (années)	6,6
Mode (années)	84

	Age des patients repérés (années)
Q1 : 1er quartile	78
Médiane	82
Q3 : 3ème quartile	87

Tableau 29. Indices de dispersion et de position

Médecins	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5	Médecin 6	Médecin 7
Patients repérés en 2016	0	0	2	7	0	0	0
Patients repérés en 2017	24	0	14	14	11	12	0
Patients fragiles en 2016	0	0	2	7	0	0	0
Patients fragiles en 2017	15	0	14	6	11	5	0

Tableau 30. Patients repérés comme fragiles en 2016 et 2017

	MSP	Hors-MSP
Nombre de patients suivi par les IDE en 2016	7	2
Nombre de patients suivi par les IDE en 2017	13	23
Nombre de patients suivi par les IDE en 2016+2017	20	25

Tableau 31. Suivi infirmier en 2016 et 2017

ANNEXE2

FICHE ACTION DE SANTE PUBLIQUE 2016-2020

FRAGILITE DES PERSONNES AGEES

MSP PHILIPPE MARZE LES MUREAUX, 19 juillet 2016

Nom de la structure : MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE PHILIPPE MARZE LES MUREAUX

Thématique de référence du projet (NE COCHER QU'UNE SEULE CASE) :

- ☐ Action en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale
- ☐ Lutte contre la tuberculose
- ☐ Surpoids et obésité chez l'enfant
- ☐ Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
- ☐ Prévention du suicide
- ☒ **Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie)**
- ☐ Prévention périnatale
- ☐ Éducation thérapeutique et éducation à la santé

Intitulé de l'action : Détection et prévention de la fragilité chez les personnes âgées de 70 ans et plus

Personne responsable de l'action (réfèrent opérationnel) :

NOM : CLERC

Prénom : Pascal

Fonction : médecin généraliste

Public visé : personnes âgées de 70 ans et plus

Professionnels de la maison de santé impliqués :

Médecins généralistes, infirmières, pharmacien

Acteurs locaux à solliciter en fonction des besoins :

Service de gériatrie du CHIMM (Dr Goyard) pour les patients qui nécessiteraient un diagnostic plus approfondi.

Selon les besoins, d'autres acteurs de la filière gériatrique pourront être sollicités.

Objectif général de l'action (préciser le changement de situation attendu, en termes de santé publique, à l'issue de l'action) :

- Identifier les facteurs de la fragilité sur la patientèle médecins traitants âgée de 70 ans et plus sur le territoire des Mureaux
- Agir sur ces facteurs avec la mise en œuvre ou l'adaptation de la prise en charge pour retarder la dépendance dite évitable et prévenir la survenue d'événements défavorables (perte autonomie, chutes, hospitalisation, institutionnalisation, mortalité) avec un déploiement et une évolution de l'action sur 5 ans

Objectifs opérationnels :

- **Former et sensibiliser les professionnels (pharmacien, IDE, médecins) au repérage et à la prise en charge des personnes âgées fragiles grâce à l'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de dépistage et de prise en charge :**
 - Les amener à réaliser un repérage systématique de tous les patients âgés de 70 ans et plus présentant un signe de fragilité en s'appuyant sur le questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type PPS

FICHE ACTION DE SANTE PUBLIQUE 2016-2020

FRAGILITE DES PERSONNES AGEES

MSP PHILIPPE MARZE LES MUREAUX, 19 juillet 2016 (suite)

- Les amener à réaliser un repérage systématique de tous les patients âgés de 70 ans et plus présentant un signe de fragilité en s'appuyant sur le questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type PPS
 - Former les infirmières à la démarche d'évaluation permettant d'identifier les facteurs de la fragilité et d'évaluer ou de mettre en place la prise en charge adaptée
- **Sensibiliser les patients et leurs aidants et mettre en place ou adapter la prise en charge afin d'améliorer la qualité de vie et prévenir la survenue d'événements indésirables**

Description de l'action :

Recherche de facteurs de la fragilité chez la patientèle médecins traitants de 70 ans et plus.
Mise en place d'une prise en charge adaptée selon un protocole pluri-professionnel de dépistage et de prise en charge des personnes âgées à risque de fragilité.

1. **Repérage des patients âgés fragiles de 70 ans et plus par le médecin traitant, l'infirmière ou le pharmacien** en s'appuyant sur le questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type PPS selon les recommandations de la HAS (cf. grille ci-dessous)

Questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type PPS chez des patients de plus de 75 ans			
La personne :	O	N	?
➤ a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
➤ a-t-elle une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
➤ a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ?			
➤ a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant / l'entourage ?			
➤ a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
➤ a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

¹insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale

2. **Conduite d'une mini-évaluation par une infirmière afin d'identifier les facteurs de fragilité** (cf. détails dans le protocole)
3. **Correction des facteurs de risque modifiables : élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) par l'équipe pluri professionnelle et validation par le patient.**
 - En lien avec les acteurs de la filière gériatrique hospitalière si besoin d'un bilan ou d'une prise en charge plus approfondie
4. **Renseignements des dossiers informatiques permettant le suivi pluriprofessionnel**

FICHE ACTION DE SANTE PUBLIQUE 2016-2020

FRAGILITE DES PERSONNES AGEES

MSP PHILIPPE MARZE LES MUREAUX, 19 juillet 2016 (suite)

5. Tenue d'un tableau de suivi de l'action (liste anonymisée)
6. Organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle pour la gestion des cas complexes
7. Evaluation pluriprofessionnelle du dispositif selon les indicateurs listés ci-dessous

Calendrier de l'action :

Date de début : juin 2016

Date de fin : 2020

Etat d'avancement de l'action : en cours

Etapas et calendrier de ces étapes avec des objectifs évolutifs par année :

→ 2016 : Déploiement de l'action et mesure de la situation sur le territoire des Mureaux

Juin : élaboration du protocole pluriprofessionnel de dépistage et de prise en charge.

Septembre : validation et mise en œuvre avec l'ensemble des professionnels impliqués.

Décembre : évaluation de cette 1^{ère} phase d'observation.

→ 2017 : Maintien du repérage de la fragilité et adaptation des actions selon l'évaluation de l'année précédente

→ 2018 : Repérage des difficultés de mise en action selon l'évaluation de l'année précédente avec propositions d'adaptation de la prise en charge aux besoins constatés (familles et professionnels)

→ 2019 : Analyse de l'action depuis 2016 avec notamment une évaluation auprès des patients pris en charge afin de faire évoluer l'action

→ 2020 : Adaptation des actions selon l'évaluation de l'année précédente et bilan de l'action après 5 ans

Evaluation de l'action :

→ Méthodologie d'évaluation :

- Tenue de réunions de concertation pluriprofessionnelle pour :
 - o La rédaction du PPS
 - o La gestion des cas complexes
- Tenue de réunions pour l'évaluation de l'action
- Tenue d'un tableau informatisé de suivi de l'action (liste anonymisée des patients et liste des acteurs professionnels)

FICHE ACTION DE SANTE PUBLIQUE 2016-2020

FRAGILITE DES PERSONNES AGEES

MSP PHILIPPE MARZE LES MUREAUX, 19 juillet 2016 (suite)

→ **Indicateurs retenus pour l'évaluation :**

- Patients repérés : nombre de patients repérés parmi les patients de 70 ans et plus, date du repérage, professionnel à l'origine du repérage
- Patients ayant bénéficié d'une évaluation multi-dimensionnelle : nombre de patients, préciser si le patient est bénéficiaire de l'APA, date de l'évaluation, professionnel à l'origine de l'évaluation
- Patients ayant bénéficié d'un PPS : nombre de patients (si possible préciser dates et professionnels concernés)
- Nombre de réunions de formation des professionnels
- Nombre de professionnels participant au protocole
- Nombre de réunions de concertation pluriprofessionnelle pour la gestion des cas complexes, pour la rédaction de PPS, pour l'évaluation de l'action

En fonction de l'acceptabilité du protocole par les familles et les professionnels, des indicateurs plus qualitatifs pourront être ajoutés en tant que besoin et faire l'objet par exemple de travaux de thèse ou de travaux complémentaires :

- Nombre de patients sortis du parcours de prise en charge et motifs
- Nombre d'hospitalisations et motifs
- Satisfaction et résistance des professionnels
- Satisfaction et résistance des familles (habitudes de vie, vécu, difficultés rencontrées)
- Difficultés liées au système de soins : manque de professionnels, obtentions de rendez-vous hospitalisés, passage aux urgences des patients, etc.

ANNEXE 3

MINI-EVALUATION INFIRMIERE

MINI-EVALUATION SUR 9 DOMAINES AFIN D'IDENTIFIER LES FACTEURS DE FRAGILITE

DOMAINE A EXPLORER	DEMARCHE ET TESTS DIAGNOSTIQUES	COMPLEMENTS / commentaires
Optimisation diagnostic et thérapeutique	▪ Réaliser un interrogatoire sur les pathologies et les traitements ▪ Rechercher une plainte autour du sommeil	Les plaintes autour du sommeil sont une source de prescription inappropriée de psychotropes. C'est aussi un signe d'appel de pathologie souvent sous diagnostiquée ou négligée (dépression, douleur, etc.)
Troubles cognitifs	▪ Test des 5 mots ▪ Test de l'horloge	Une maladie d'Alzheimer débutante peut être diagnostiquée chez un patient fragile.
Souffrance psychique, dépression	▪ Mini GDS avec 4 questions	Confirmer le diagnostic de dépression en prenant, si besoin, un avis spécialisé. Un sommeil perturbé, une perte de l'appétit peuvent être des signes d'une dépression. Les aidants ont un risque de dépression et de mortalité prématurée important.
Déficit sensoriel	▪ Vision : la lecture est-elle perturbée ? ▪ Audition : entend-il ? -> <i>recherche de questions répétées, perception de sonnette/téléphone, bruits de la rue</i>	Demander si besoin un avis spécialisé : - un examen ophtalmologique complet (acuité visuelle, champ visuel, pression oculaire, rétine) - Demander un audiogramme et l'avis d'un ORL pour le diagnostic de presbycusie et les spécifications d'un appareillage.
Etat bucco-dentaire	▪ Examiner l'état bucco-dentaire, l'hygiène ▪ Rechercher une difficulté de mastiquer, une sécheresse de la bouche	Un bon état bucco-dentaire est nécessaire pour préserver la qualité de l'alimentation. Adresser au chirurgien-dentiste si nécessaire
Nutrition	▪ Appétit : OUI - NON ▪ Courbe de poids : dénutrition si perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois ▪ IMC : → dénutrition si $IMC < 21 \text{ kg/m}^3$ → si $IMC > 21 \text{ kg/m}^3$: faire une albuminémie ▪ Albuminémie (si $IMC > 21 \text{ kg/m}^3$) ▪ Alcool : OUI - NON et repérage de la consommation excessive	Rechercher la cause de la dénutrition.

Equilibre et mobilité	▪ Rechercher une chute spontanée ▪ Rechercher une hypotension orthostatique	Ces tests dépistent une sarcopénie et un risque de chute. Rechercher une maladie neurologique ou rhumatologique nécessitant une prise en charge spécifique. Les troubles de la continence limitent la mobilité.
Autonomie	▪ Test de Katz ou ADL avec 6 items : évalue les activités de la vie quotidienne	RESULTATS: Cette échelle validée nécessite 3 évaluations étalées dans le temps. Un score > 6 signe une dépendance. Utile pour juger de l'état d'autonomie fonctionnelle du patient et décider des aides adéquates (repas à domicile, aide-ménagère, auxiliaire de vie, protection juridique) Remplir un certificat médical pour grille AGGIR si le financement d'une aide est nécessaire.
Statut social et économique	▪ Caractéristiques de l'habitat : chauffage, accès, salubrité, habitat isolé, habitation dans un quartier à risque ▪ Situation financière : revenus, couverture sociale ▪ Réseau social : vie sociale et relationnelle	Si une vulnérabilité sociale est suspectée, une visite à domicile est conseillée. Un bilan social de la personne peut être demandé auprès des équipes des centres locaux d'information et de coordination (CLIC 2 et 3), du conseil communal de l'aide sociale (CCAS), d'une assistante sociale, du service social polyvalent des départements.

L'infirmière transmet au médecin traitant l'évaluation réalisée pour analyse.

Test de Katz (ADL Activity of Daily Living) :

IMPORTANT: UNE COPIE DE L'ADL DEVRA ETRE INSEREE (OU RECOPIEE) DANS L'OUTIL D'EVALUATION GERIATRIQUE (EGS) QUI INCLUT EGALEMENT L'ADL

Activité ADL de Katz	Description	Score 1 seule réponse possible à entourer par item Répondre en fonction de l'état actuel du patient
Hygiène corporelle	Autonome	1
	Aide partielle pour une partie du corps	0.5
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage	1
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	0.5
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé	0
Aller aux toilettes	Autonome	1
	Doit être accompagné, besoin d'aide	0.5
	Ne va pas aux wc, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	0
Locomotion	Autonome	1
	Besoin d'aide	0.5
	Grabataire	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	0.5
	Incontinence permanente	0
Repas	Autonome	1
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0.5
	Aide complète ou alimentation artificielle	0
Total		 / 6

- Avez-vous des doutes sur la validité des réponses données ?

☐ Oui

☐ Non

☐ NSP

Test de L'Horloge

Consignes de passation :

Présenter au patient la feuille sur laquelle est dessiné un cercle de 10 à 20 cm de diamètre. Donner un crayon au patient et lui dire :

« Ceci représente le cadran d'une horloge, disposez les chiffres des heures et dessinez les aiguilles pour indiquer 11h20 »

Il est possible de rappeler la consigne en cours d'épreuve. Aucune autre aide n'est admise et le patient ne doit pas regarder sa montre ou une pendule comme modèle.

Cotation :

- Compter 1 point pour chacun des items réussis :

Les chiffres de 1 à 12 sont présents : /1

Les chiffres sont placés dans le bon ordre : /1

Les chiffres sont bien positionnés sur le cadran : /1

Les deux aiguilles sont dessinées : /1

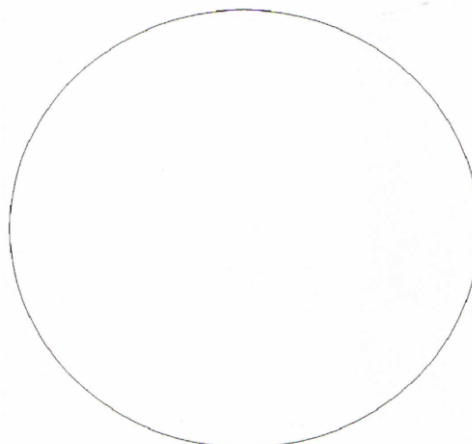
Emplacement correct de l'aiguille cible de l'heure : /1

Emplacement correct de l'aiguille cible des minutes : /1

Proportion correcte des aiguilles : /1

SCORE TOTAL : / 7 points

Le score doit être normalement de 7/7 ; un score ≤ 6 est considéré comme pathologique en rapport avec une altération des capacités cognitives comme : les fonctions visuo-constructives, visuo-spatiales, les fonctions exécutives ou encore les fonctions sémantiques. Ce test est intéressant en dépistage car très sensible aux altérations cognitives, mais il n'est pas spécifique d'une fonction particulière.



Test des 5 mots de Dubois

1. Première partie "Apprentissage"

Montrer la liste de 5 mots au patient et lui dire :

« Voici une liste de mots, je vais vous demander de lire ces 5 mots à voix haute et d'essayer de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure »

MIMOSA
ABRICOT
ELEPHANT
CHEMISETTE
ACCORDEON

Une fois la liste lue, dire au patient :

« Pouvez-vous, tout en regardant la feuille, me dire quel est le nom : de la fleur (Attendre la réponse), du fruit (idem), de l'animal (idem), du vêtement (idem) et de l'instrument de musique (idem)? »

Retourner alors la feuille et demander au patient :

« Pouvez-vous me dire les mots que vous venez de lire sur la feuille ? », précisez éventuellement « dans n'importe quel ordre »

Ceci constitue le rappel libre. Compter 1 point par mot bien rappelé (max 5 points)

Pour les mots non-rappelés, et seulement pour ceux-ci, demander (score de rappel libre <5) :

« Quel était le nom de ... : fleur ou fruit ou l'animal ou vêtement ou l'instrument de musique ? »

Ceci constitue le rappel indicé. Compter 1 point par mot bien rappelé (max 5 points)

Additionner le nombre de points obtenus au rappel libre avec celui obtenu au rappel indicé, vous obtenez un score total de rappel immédiat de 5 points maximum.

- Si score = 5, l'encodage est effectif, passer à la suite de l'épreuve.

- Si le score était inférieur à 5, recommencer l'apprentissage jusqu'à ce que les 5 mots soient appris. Mais attention, le score total de rappel immédiat qu'on considérera à la fin du test reste le 1er qui a été obtenu.

2. Deuxième partie : Epreuve interférente :

Il s'agit d'occuper le patient quelques minutes avant de demander le rappel différé.

En profiter pour faire passer le test n° 2 : Test de l'horloge voir ci-après

3. Troisième partie : Rappel différé :

« Pouvez-vous me répéter maintenant les 5 mots que vous avez appris tout à l'heure, peu importe l'ordre ? »

Ceci constitue le rappel différé libre. Compter 1 point par mot bien rappelé (Max : 5 points)

Pour les mots non-rappelés, et seulement pour ceux-ci, demander (si score <5) :

« Quel était le nom de ... : fleur ou fruit ou l'animal ou vêtement ou l'instrument de musique ? »

Ceci constitue le rappel différé indicé. Compter 1 point par mot bien rappelé (Max : 5 points)

Additionner le nombre de points obtenus au rappel différé libre avec celui obtenu au rappel différé indicé, vous obtenez un score total de rappel différé de 5 maximum.

Pour finir, additionner le score total de rappel immédiat et le score total de rappel différé. Vous obtenez un score total de rappel de 10 maximum.

1. Score total de rappel immédiat :/5

2. Score total de rappel différé :/5

3. Score total de rappel :/10

Interprétations des résultats :

Le score total de rappel doit être normalement égal à 10. S'il ne l'est pas, le test peut révéler une pathologie démentielle de type Alzheimer.

Remarque :

si le rappel libre est diminué mais que le rappel total est normal, il ne s'agit probablement pas d'une démence de type Alzheimer mais plutôt d'un trouble de l'attention tel un état dépressif, une atteinte frontale...

TEST DES CINQ MOTS :

MIMOSA

ABRICOT

ELEPHANT

CHEMISETTE

ACCORDEON

Test du mini GDS (Geriatric Depression Scale) :

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ? | ☐ <u>Oui</u> | ☐ Non |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | ☐ <u>Oui</u> | ☐ Non |
| 3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? | ☐ Oui | ☐ <u>Non</u> |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | ☐ <u>Oui</u> | ☐ Non |

Si réponse soulignée est cochée=1 point

Interprétation :

- Si score supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression
- Si score total égal à 0 : forte probabilité de dépression

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

Explication du début : Bonjour nous allons réaliser un entretien à deux. Les questions concernent les 2 dépistages (fragilité et obésité). Nous allons poser les questions à tour de rôle. Penser à bien signaler lorsque l'interviewé parle de l'obésité ou la fragilité.

Bien penser à dire que les propos recueillis seront anonymisés même si on demande le nom et prénom.

1^{ère} partie entretien

- Questions pour la présentation :

1-Nom, prénom ?

2-Âge ?

3-Profession ?

4-Situation maritale ?

5-Ville dans laquelle il vit ?

6-Etes-vous maître de stage et avez-vous une activité universitaire ?

7-Depuis combien de temps exercez-vous ?

8-Avez-vous un investissement associatif ou dans la ville des Mureaux ?

9-Votre patientèle est-elle composée en majorité d'enfant, d'adulte ou de sujets âgés de plus de 70ans ?

10-Avez-vous déjà participé à la mise en place d'autres protocoles (de dépistage ou autre ?). Si oui quel en a été votre ressenti global (avez-vous trouvé ça utile ? Chronophage ? etc...).

11-Sur une semaine, combien de temps consacrez-vous à la mise en place de la maison de santé pluridisciplinaire ? Comptez tous ce qui concerne la MSP.

1- Connaissances générales :

- a. 12-Objectifs du dépistage ?
- b. 13-Cadre juridique (que savez-vous des NMR ? des objectifs des MSP ?)
- c. 14-Modalités exactes du dépistage ? Comment celui-ci se déroule-t-il concrètement ?

2- Intérêt porté au projet :

- a. 15-Pensez-vous que ce projet peut avoir un impact, un intérêt ? Pourquoi ?
Précisez si différence de réponse entre les 2
- b. 16-Quelles sont vos motivations ?
- c. 17-Apport sur un plan personnel (valorisant ?)

- d. 18-Appoint sur un plan sociétal (Problème de santé publique (obésité, fragilités ... retour d'expériences personnelles)
- e. 19-Appoint pour la MSP

3- Travail de dépistage déjà effectué ou non ?

20-Avez-vous commencé à inclure des patients dans le dépistage ?

Si non	Si oui
21-Qu'elles en sont les raisons selon vous ? 22-Manque de Temps ? 23-Absence d'élément pratique pour faciliter le dépistage ?	21-Depuis quand ?
24-A quoi sert ce travail selon vous ? (Vous avez le droit de dire qu'il ne sert à rien dans ces cas-là il faut expliquer pourquoi).	22-Avez-vous rempli les données dans votre dossier ?
26-Quels seraient les moyens pour rendre plus pratique le dépistage ?	23-Dans le dossier informatisé ? dans le drive ?
	24-Les sujets fragiles ont-ils été - présentés à l'IDE - discutés en RCP ?
27-Que faudrait-il faire pour commencer ?	25-Il y a-t-il eu une prise en charge adaptée ensuite ?
	26-Si peu d'inclusion pourquoi ? (Temps, patients non interceptés)
	27-Où sont rangés les supports pour le dépistage ?

28-Que savez-vous du Google ® drive mis en place ? Trouvez-vous ce système utile ? Que proposeriez-vous comme outil pour ordonner les informations sur les patients dépistés ?

29-A votre avis, le dépistage représentera combien de temps sur une consultation ? Trouvez-vous cela trop important ? Quel serait la durée idéale ? Que peut-on faire pour que cela soit possible ?

30-Seriez-vous plus motivé si vous bénéficiiez d'aide ? Si oui en quoi voulez-vous être aidé ?

31-Trouvez-vous ce dépistage réalisable en pratique ? Pourquoi ? Que peut-on faire pour que cela soit possible ?

4-Boîtes à idée

32-Comment peut-on résoudre les problèmes abordés précédemment ?

5- Apport de notre entretien

33-Quel est l'intérêt de notre entretien à votre avis ?

34-Qu'attendez-vous de notre coopération pour la mise en place concrète du dépistage ?

2^{ème} partie : aide à la mise en place du dépistage.

1. Proposer aux médecins de mettre les patients inclus sur une fiche papier, leur demander où sera la liste, sera-t-elle à portée de main ?
2. Demander aux médecins de faire une recherche a posteriori des patients fragiles et commencer à faire l'inclusion.
3. Leur proposer de repérer les patients fragiles grâce au tableau contenant les questions proposée par l'HAS.
4. Leur proposer de rentrer les initiales des patients fragiles dans un fichier Excel présent sur le Google drive créé par la coordinatrice de ESPAGE.
5. Proposer aux médecins de voir et de former les infirmières pour la réalisation des tests de diagnostic de la fragilité.
6. Convenir d'un autre entretien :
 - a. Pour poser les mêmes questions et voir s'il y a une différence de point de vue, si il y a lancement du dépistage, survenue d'autres difficultés.
 - b. Inclure d'autres patients

NB : Sur le questionnaire il est marqué « plus de 75 ans » mais les médecins qui ont élaborés le protocole ont préféré cibler les plus de 70 ans.

GUIDE D'ENTRETIEN COLLECTIF

1^{ère} partie : présentation des premiers résultats des entretiens individuels et quantitatifs

2^{ème} partie : entretien collectif :

1. Concept de fragilité un peu flou
 - Revenir sur le concept de fragilité et demander aux médecins de confronter leurs visions
 - Plan Personnalisé de Soins (PPS) : concept flou pour les médecins, leur demander de confronter leurs visions, préciser les choses et voir comment ils peuvent le mettre en place ? Faut-il faire des réunions pour mettre en place les PPS ?
2. Les infirmières pour la fragilité :
 - Qui doit faire l'évaluation ? uniquement l'IDE ASALE ? ou avec les IDE libérales ? Avec la Démarche de Soins Infirmière ?
 - IDE ASALE : connaissez-vous ses missions pour le repérage de la fragilité ? Revoir la notion de PPS ?
 - Quelles sont leurs difficultés ?
 - Revoir le bilan gériatrique qu'elles doivent réaliser ?
3. Nouveau Mode de Rémunération
 - Parler de l'argent (rémunération déjà perçue et à percevoir pour 2018) et demander ce que le groupe compte en faire ?
 - Pensez-vous qu'il faille rémunérer les médecins de la MSP ? Si oui à quelle hauteur ? Quels sont vos arguments ?
 - Allez-vous financer des paramédicaux non remboursé par la sécu ? Quels seraient les projets réalisables avec cette rémunération ?
 - Quelle part allez-vous allouer au repérage de la fragilité ?
4. Modalité du repérage de la fragilité
 - Rappeler les modalités pour la fragilité (âge d'inclusion, questionnaire HAS, ...)
 - Ressenti : est-ce facile d'y penser ? Si oui pourquoi ? Si non pourquoi ? Y a-t-il une influence du changement d'organisation (passage dans la MSP) ?
 - Est-ce rentré dans les habitudes ? Utilisez-vous toujours le questionnaire que je vous ai donné pour la fragilité ?
 - Avec la nouvelle structure et la nouvelle organisation, avez-vous réussi à dégager du temps pour le repérage ? Comment serait-ce possible ?
5. Consultations

- Comment organisez-vous le repérage dans les consultations ? Au fil des consultations ? Consultations dédiées ?
 - Peut-on imaginer, comme pour les consultations d'urgence organisées pour la permanence des soins dans la MSP, des consultations dédiées aux différents types de repérage au sein de la MSP ?
 - Les consultations sont denses mais organisée en Rendez-Vous ; comment intégrer le repérage de la fragilité à l'intérieur ?
6. Prise en charge après le repérage de la fragilité
- Pour la fragilité comment s'organise-t-elle concrètement ?
 - Qui s'occupera de manager cette organisation ?
 - Qui s'occupera de la bonne réalisation ?
 - Qui s'occupera des liens entre ville et hôpital (service de gériatrie) ?
7. Travail pluriprofessionnel pour le repérage de la fragilité
- Comment comptez-vous le mettre en place concrètement ? Faire des réunions type staff (pas très efficace), des réunions informelles (le midi ?), des réunions juste avec les infirmières et autres paramédicaux ?
 - Ou organiser les réunions au lit du patient âgé, en salle de réunion de la MSP ? Pourquoi ?
 - Fragilité : faut-il faire des réunions PPS ?
 - Plusieurs points de vue concernant les RCP certains aimeraient la venue d'un spécialiste type gériatre alors que d'autre pensent que 90% des problèmes peuvent être résolus à plusieurs médecins généralistes, qu'en pensez-vous ?
 - Comment concrètement initier le travail avec les IDE ? et chacun des protagonistes ? Qui sera le chef d'orchestre ? Qui va rendre le rapport du travail effectué ?
8. Outils informatiques pour la fragilité
- Sont-ils adaptés ?
 - Questions à poser sur la formation (nécessaire ? Va-t-elle être organisée ?)
 - HELLODOC : Avez-vous la version MSP ?
 - Quelqu'un voudrait s'occuper de savoir s'il est possible d'intégrer un module repérage de la fragilité et de l'obésité et négocier les prix ?
 - Comment se présente l'intégration du repérage ? Est-ce modulable ?
9. Question sur l'impact des internes dans leur pratique/Rôle d'animateur
- Nos interventions vous ont-elles permises de prendre conscience de la nécessité de réaliser le repérage ? Si oui de quelle manière, si non pourquoi ? Besoin d'aide ?
 - Nos interventions ont-elles été trop peu nombreuses ? Pourquoi ?
 - Quel impact notre intervention a-t-elle eu sur votre pratique ?

- En tant que thésard nous vous avons relancé 1 fois, trouvez-vous que c'est assez ? Il nous reste encore 3 mois en tant qu'animateur, voulez-vous être relancé ? Si oui à quelle fréquence ?
- Récupérer le nombre de patients inclus au début et à la date de la réunion.
- Pensez-vous que le fait d'être relancé est nécessaire, fréquence ? Qui va être l'animateur ? Comment cela s'organise-t-il ?

10. Comment envisager la suite du repérage de la fragilité ?

- Comment le repérage s'organise-t-il ?
- Comment comptez-vous rassembler les données ? Formation sur le logiciel ?
- Pensez-vous qu'il faudra évaluer l'impact de votre repérage sur l'obésité et la fragilité ? Si oui comment et quand ?

CONCLUSION GENERALE

La fragilité du sujet âgé reste un concept controversé. En France, il existe un consensus des professionnels de santé et des instances (HAS, ARS, ...) autour de la notion d'incapacité d'adaptation à un stress. Son caractère réversible est également communément admis. La compréhension de la fragilité reste incomplète car il s'agit d'un continuum entre un état « robuste » et la dépendance. Dans ce contexte le diagnostic et la prise en charge d'un patient fragile peuvent difficilement être clairement défini. Ce qui explique aussi l'absence de suivi standardisé. Néanmoins l'HAS propose des outils consensuels pour repérer la fragilité reposant sur une association de critères cliniques (FRIED) et cognitivo-sociaux (fragilité multi-domaine). L'objectif étant de repérer les patients avant qu'ils ne basculent dans la dépendance, évitant ainsi les conséquences de celle-ci (augmentation des dépenses de santé, décès, institutionnalisation, ...).

Le système de santé Français se réorganise actuellement autour des soins primaires et les missions de santé publiques se renforcent en médecine générale. Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont des structures de soins primaires dont les objectifs incluent l'accessibilité aux soins et la justice sociale. L'ARS propose aux MSP des missions de santé publique, en particulier, le repérage de la fragilité chez les sujets âgés. Il s'agit d'un sujet majeur, du fait du vieillissement de la population et du surcoût en santé engendré par la dépendance.

Cette étude s'intéresse en réalité au processus de changement de condition d'exercice de la médecine générale. À la vision de soins s'ajoute une vision de santé publique (prévention, coordination des soins, etc...). C'est un processus en cours qui mérite d'être analysé. Cette étude se situe au début de la mise en place d'un projet de prévention de la dépendance.

L'analyse du processus a mis en évidence plusieurs éléments clés permettant d'aborder les enjeux complexes de la mise en place d'un projet de santé publique.

Avant de mettre en œuvre un projet, les responsables d'un groupe doivent faire participer tous ses membres à la rédaction du protocole. Une activité de santé publique ne peut être « imposée » à une équipe de soins primaires.

Les obstacles aux repérages, pointés du doigt par les médecins, n'étaient pas ceux qui ont posé le plus de problèmes. La mise en place de la MSP a été un facteur parasite, mais non déterminant dans le choix des praticiens de dépister ou pas. Le manque de temps, était un faux argument : il s'agissait plutôt d'un problème d'organisation du temps.

L'animation du groupe est essentielle. Celle-ci devra être assurée par une ou plusieurs personnes motivées, organisées et proche de l'équipe de soins primaires. Le suivi du repérage sera régulier sans être trop présent, caractérisé par une relance régulière, des contacts individualisés, la motivation et la pédagogie.

L'outil informatique permet la facilitation de la collecte et du traitement des données. Il est indispensable dans l'objectif de la réalisation de travaux de santé publique. Les modules de santé publiques doivent être intégrés au logiciel métier.

Le choix de rémunération entre collectif (la MSP) et individuel doit être clairement partagé et être discuté en amont de la réalisation du projet.

La finalité du dépistage est de déboucher clairement sur un parcours de soin passant par une concertation pluridisciplinaire pour les cas complexes afin de déterminer la prise en charge et le suivi. Ces concertations ne devront pas constituer des « pseudo-staffs hospitaliers », mais être organisées en tenant compte des spécificités de l'exercice ambulatoire.

Les changements de mentalités prennent du temps d'autant que les modalités de fonctionnement et les rémunérations restent majoritairement tournées vers le soin tant pour les médecins que pour les infirmières. Une réflexion sera menée conjointement avec les instances (Haute autorité de la santé, Agence régionale de la santé, Ministère de la santé, ...) afin de continuer d'adapter le système de soin à ces nouvelles missions.

Cette étude ne représente qu'une première étape, elle devra être suivie d'autres études qualitatives et quantitatives sur l'évaluation de l'efficacité du repérage en termes de prévention de la dépendance chez le sujet âgé au Mureaux.

Vu et Permis d'imprimer

Le Vice-Doyen

Le Président du jury

Le Président de l'Université

Pr Olivier DUBOURG

Pr Alain BUI

1. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Starfield B. Is Primary Care essential? Lancet [Internet]. [cité 16 mai 2018]; Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
3. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
4. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Maintenant plus que jamais: les soins de santé primaires. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008. 125 p. (Rapport sur la santé dans la monde).
5. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
6. TERRITORIALISATION SANITAIRE ET DÉCENTRALISATION : ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX À PARTIR DU CAS FRANÇAIS.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2017]. Disponible sur: https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2017/06/Eliot_Lucas_Mangeney_rfst_2017.pdf
7. Coldefy M, Lucas-Gabrielli V. Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011. 2012;8.
8. Cartier T, Mercier A, Ruelle Y, Zerbib Y, Bourgueil Y, Renard V. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. 23:7.
9. Dumontet M, Buchmueller T, Dourgnon P, Jusot F, Wittwer J. Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the Médecin traitant reform. Health Policy. 1 juin 2017;121(6):675-82.
10. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. Health Serv Res. juin 2003;38(3):831-65.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. sept 2005;83(3):457-502.
12. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980–1995. J Am Board Fam Pract. 9 janv 2003;16(5):412-22.
13. Vedsted P, Olesen F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. Br J Gen Pract. août 2011;61(589):e508-12.

14. Cartier T, Mercier A, Huas C, Boulet P, Calafiore M, Leruste S, et al. Propositions pour l'organisation des soins primaires en France. Vo U M E. :8.
15. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
16. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 1 déc 2008;20(5):489-500.
17. Definition 3rd ed 2011 with revised wonca tree.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%2011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
18. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
19. Levasseur G. Loi de santé publique et médecine générale. Santé Publique. 2004;16(4):721-3.
20. 196-le-rapprochement-de-donnees-de-medecine-generale-et-de-remboursement-de-l-assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 2 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/196-le-rapprochement-de-donnees-de-medecine-generale-et-de-remboursement-de-l-assurance-maladie.pdf>
21. Parcours de soins ARS [Internet]. [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
22. Luquis RR, Paz HL. Attitudes About and Practices of Health Promotion and Prevention Among Primary Care Providers. Health Promot Pract. sept 2015;16(5):745-55.
23. Promoting Prevention through the Affordable Care Act NEJM.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1008560>
24. L'ARS Île-de-France publie son cahier des charges régional des maisons de santé pluri-professionnelles [Internet]. [cité 3 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/L-ARS-Ile-de-France-publie-son.180743.0.html>
25. Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé. NMR [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-exercez-en-msp/nouveaux-modes-de-remuneration>
26. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44. 2007-1786 déc 19, 2007.
27. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 - 559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>

28. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2011-940 août 10, 2011.
29. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 - Article 45. 2012-1404 déc 17, 2012.
30. Arrêté du 23 février 2015 portant l'approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.
31. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.
32. Dossier complet – France métropolitaine | Insee [Internet]. [cité 23 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=METRO-1>
33. Population par âge–Tableaux de l'Économie Française - Édition 2012 | Insee [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372600?sommaire=1372680>
34. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* juin 2009;64(6):675-81.
35. Dossier complet–Région d'Île-de-France (11) | Insee [Internet]. [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-11>
36. Dossier complet–Commune des Mureaux (78440) | Insee [Internet]. 2017 [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-78440>
37. Woodhouse KW, Wynne H, Baillie S, James OF, Rawlins MD. Who are the frail elderly? *Q J Med.* juill 1988;68(255):505-6.
38. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 15 févr 1994;150(4):489-95.
39. 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 Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 déc 2011;9(4):387-90.
40. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? [Internet]. [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
41. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing.* juill 1997;26(4):315-8.
42. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med.* févr 1992;8(1):1-17.
43. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 3 janv 2001;56(3):M146-57.

44. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 30 août 2005;173(5):489-95.
45. van Kan GA, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The Assessment of Frailty in Older Adults. Clin Geriatr Med. mai 2010;26(2):275-86.
46. Vieillissement, fragilité et dépenses de santé - 216-vieillissement-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/216-vieillissement-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf>
47. Comparateur de territoire – Région d’Île-de-France (11) | Insee [Internet]. [cité 19 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=REG-11>
48. RIR-IDF_Diagnostic-Les-Mureaux.pdf.
49. Les communes d’Île-de-France au 01 janvier 2016 (GEOFLA IGN) [Internet]. [cité 19 mai 2018]. Disponible sur: <https://data.iledefrance.fr/explore/dataset/les-communes-dile-de-france-au-01-janvier-2016-geofla-ign/>
50. Dossier complet – Département des Yvelines (78) | Insee [Internet]. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-78>
51. Dossier complet – Département de la Seine-Saint-Denis (93) | Insee [Internet]. [cité 19 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-93#chiffre-cle-3>
52. Dossier complet – Département de Seine-et-Marne (77) | Insee [Internet]. [cité 19 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-77#chiffre-cle-3>
53. Dossier complet – Département du Val-de-Marne (94) | Insee [Internet]. [cité 19 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-94#chiffre-cle-3>
54. Département des Yvelines (78) – COG | Insee [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cog/departement/DEP78-yvelines>
55. Définition - Étranger | Insee [Internet]. [cité 14 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198>
56. Définition - Taux de pauvreté | Insee [Internet]. [cité 23 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1320>
57. Décès de 2004 à 2016 | Insee [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893253>
58. Court séjour gériatrique - Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.chimm.fr/-court-sejour-geriatrique->
59. Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan Les Mureaux [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.chimm.fr/>

60. Résidence Anne de Bretagne | Arpavie [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.arpavie.fr/residence/residence-anne-de-bretagne>
61. Médecins libéraux en Île-de-France [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: http://carte.soignereniledefrance.org/carto.php?&lang=fr&typind=C&nivgeos=com&curlDdom=0&curCodeDom=DM&curCodeTheme=demomed&curCodeInd=dens10000_2017
62. Beyond 20/20 WDS - Rapports [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
63. Masseur-kinésithérapeute Les Mureaux - Professionnels de santé [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/masseur-kinesitherapeute/78-yvelines-les-mureaux>
64. Pédicure-podologue Les Mureaux - Professionnels de santé [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/pedicure-podologue/78-yvelines-les-mureaux>
65. Projet maison de santé 6 septembre V3_0910.rtf.docx.
66. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2010.
67. Kivits J. Les recherches qualitatives en santé. 2016.
68. BoiteAMoustaches.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <http://perso.fundp.ac.be/~jmlamber/xl/bam/BoiteAMoustaches.pdf>
69. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 21 mai 2018]. Disponible sur: <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests/fisher>
70. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 mars 2004;59(3):M255-63.
71. NAT1 - Population par sexe, âge et nationalité en 2014 – Commune des Mureaux (78440) – Étrangers - Immigrés en 2014 | Insee [Internet]. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2874048?sommaire=2874056&geo=COM-78440>
72. N°12 - Aout 2016 Données statistiques allocataires relatives à la pauvreté et la précarité en IDF en 2015.pdf.
73. SIG Politique de la Ville [Internet]. [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <https://sig.ville.gouv.fr/tableaux/donneesLocales/codezone/78440/tableCode/ind322>
74. Infirmier Les Mureaux - Professionnels de santé [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/infirmier/78-yvelines-les-mureaux>

Résumé

Introduction : Depuis une dizaine d'année le système de santé français est centré sur les soins primaires et le médecin généraliste. Dans ce contexte, les Agences Régionales de Santé leur proposent de nouvelles missions de santé publique au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Cette étude s'intéressait aux processus mis en jeu lors de la mise en place du repérage de la fragilité chez les sujets âgés. **Méthode :** Une étude qualitative (7 entretiens individuels, 1 entretien collectif) a été réalisée auprès de 7 médecins de la MSP des Mureaux (Yvelines, Ile-de-France) du 06 décembre 2016 au 17 avril 2018. Une étude quantitative observationnelle a été réalisée chez des sujets de plus de 70 ans du 19 juillet 2016 au 31 décembre 2017. Chaque patient était systématiquement repéré à l'aide d'un questionnaire proposé par la HAS. Les patients fragiles étaient orientés vers une infirmière libérale du secteur géographique de la MSP pour réaliser des tests d'évaluation et un suivi. **Résultats :** Les entretiens révèlent les obstacles au repérage : manque d'animation, outils informatiques inadaptés, rémunération des infirmières libérales inadaptée, absence de coopération pluriprofessionnelle. L'âge moyen de repérage était de 83 ans (écart-type : 6.6 ans). 84 patients ont été repérés comme fragile. Sur les sept, cinq médecins ont repéré 24 patients fragiles contre 60 après entretiens individuels. Les 2 médecins n'ont repéré aucun patient avant et après entretiens individuels. **Discussion :** La mise en place d'un projet de repérage de la fragilité nécessite une concertation de tous les acteurs afin de définir les concepts de base. Les médecins doivent être formés à la maîtrise de l'outil informatique. Le projet doit être porté par une nouvelle vision de la médecine générale, pluridisciplinaire et intégrant les missions de santé publique. L'animation, faite de relances, sera régulière au cours du projet.

Abstract

Public health's action in primary care: issues of the screening of elder's frailty in a "Maison de Santé Pluriprofessionnelle" in the town of "Les Mureaux, France"

Introduction: Since a decade the French health's system is focus on the primary care and General Practitioners (GP). In this context, the "Agence Régionale de Santé" (ARS) proposes new mission of public health within the "Maisons de Santé Pluriprofessionnelle" (MSP). The aim of this study is to analyze the process involved in the screening of elder's frailty. **Methods:** A qualitative study (7 individuals interviews, 1 collective interview) was realized with the 7 GP of the "Mureaux's" MSP (Yvelines, Ile-de-France) from December 6th, 2016 to April 17th, 2018. An observational quantitative study was realized with patients over 70 years from the July 19th, 2016 to December 31st, 2017. Every patient was systematically screening with a questionnaire proposed by the "Haute Autorité de Santé" (ARS). The frail patients were oriented to a freelance nurse which work with the MSP in aim to realize evaluation tests and survey. **Results:** The interviews revealed the barriers of screening: lack of management, inadequate information technology's tools, inadequate freelance nurse's remuneration, lack of cooperation. Average age of screening was 83 years (σ : 6.6 years). 84 patients were screening as "frail". On the 7, five GP screened 24 frail patients against 60 after the individual's interviews. The two last didn't screen any patient before and after. **Discussion:** Implementation of frailty screening project requires consultation of all the actors to define basic concepts. GP's need to be trained to master informatic technology's tools. This project must be carried by a new multidisciplinary vision of general medicine integrating public health's missions. The management must be regular.

Mots clés : Maison de santé Pluriprofessionnelle, santé publique, soins primaires, fragilité, sujet âgé

Mots clés en anglais: Public health, Frailty, Elder, Primary Care