

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Victor MILON

Le 19 décembre 2017

État des lieux des programmes de prise en charge de la
fragilité en Maisons de Santé Pluri-professionnelles de
Midi Pyrénées

Directeurs de thèse : Dr Bruno Chicoulaa et Dr Emile Escourrou

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric

Président

Monsieur le Professeur André Stillmunkes

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa

Assesseur

Monsieur le Docteur Emile Escourrou

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. FOURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVALD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAIAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
 Dr CHICOULAA Bruno
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
 Dr ANE Serge
 Dr BIREBENT Jordan

Octobre 2016

Remerciements

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Merci pour votre investissement dans notre discipline et dans la recherche sur la fragilité.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

Monsieur le Professeur André Stillmunkes

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Merci pour votre engagement dans l'enseignement et la recherche en médecine générale.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, au hasard d'une rencontre pour un échange de places de théâtre !

Merci pour ta disponibilité, tes conseils, et ton expérience précieuse dans le domaine de la fragilité.

Je tiens à te présenter ma reconnaissance et mon respect.

Monsieur le Docteur Emile Escourrou

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Ta bienveillance, ta disponibilité, les conseils et la rigueur de tes relectures m'ont été d'une aide précieuse.

Sois assuré de ma gratitude et de mon respect.

Merci aux médecins généralistes qui m'ont formé et inspiré :

Au Dr Monique Chapelle, pour le partage et la découverte de la médecine de campagne. Cet hiver à parcourir la campagne et les fermes du Quercy reste pour moi mémorable. Je te dois aussi la découverte du travail en MSP à l'origine de ce travail de thèse.

Au Dr Christophe Saint-Pastou, pour la médecine de bonne humeur, et les visites en combi VW mémorables et inspirantes...

Au Dr Brigitte Escourrou, pour l'exemple de ta médecine passionnée et généreuse ! Pour l'aventure qui se poursuit cette année au cabinet du Fossat. Super expérience d'une médecine humaine, de terrain, aidée par une équipe formidable !!

Au Dr About, pour l'apprentissage de la posture et l'ouverture du médecin traitant

Au Dr Maufroy pour l'exemple depuis 29 ans.

Au Dr Pierre Reynaud pour ta confiance et ton accompagnement à la sortie de l'internat, sur nos terres Normandes.

Merci à mes proches :

A mes parents, à Juliette et Adrien pour votre amour, votre soutien.

Aux amis parisiens et toulousains, à JC, pour votre présence bienveillante à nos côtés.

A Lola, pour le chemin formidable parcouru ensemble ! Et ce n'était qu'un début... avant la vie à trois !

Table des matières :

Liste des tableaux.....	9
Liste des abréviations utilisées.....	9
INTRODUCTION.....	10
METHODE.....	14
I. Type d'étude.....	14
II. Population cible.....	14
III. Recueil des données	14
A) Elaboration d'un questionnaire pour le recueil de données.....	14
B) Recueil de données.....	15
IV. Réception des donnés.....	15
V. Analyse des données.....	15
VI. Ethique et anonymisation.....	16
RESULTATS.....	17
I. Echantillon.....	17
II. Première partie : le fonctionnement du programme dans les MSP.....	17
A) Le contexte.....	17
B) Le repérage de la fragilité en MSP.....	18
C) La convocation du patient pour l'évaluation de fragilité.....	20
D) L'évaluation gériatrique du patient.....	20
E) La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire à l'issue de l'évaluation.....	22
F) Le suivi.....	23
G) Nombre de patients évalués.....	23
III. Deuxième partie : étude des retours d'expériences sur le protocole :.....	25
A) Trois profils types de MSP.....	25
B) Cas particulier de fonctionnement dans trois MSP.....	27
C) Retours d'expériences communs à trois catégories de MSP.....	27
DISCUSSION.....	29
I. Résultats principaux	29
II. Non utilisation du test de repérage GFST	30
III. Le manque de coopération entre professionnels de santé en MSP	31
IV. Des IDE en difficultés dans un rôle nouveau d'évaluation	34
V. Forces et faiblesses de l'étude :.....	35
VI. Ouverture et proposition :.....	36
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38
ANNEXES.....	41

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Durée de mise en place du programme de prise en charge de la fragilité dans les MSP étudiées.....	18
Tableau 2 : représentation des personnes impliquées dans le repérage de patients fragiles dans les MSP.....	20
Tableau 3 : étude du nombre de MSP réalisant entre 1 à 4 évaluations par mois selon le nombre d'IDE évaluatrice.....	24
Tableau 4 : tableau récapitulatif des résultats.....	24

Liste des abréviations utilisées :

ARS : Agence Régionale de Santé
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool (score d'évaluation)
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MG : Médecin Généraliste
MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
MMS : Mini Mental Test (score d'évaluation)
MSP : Maisons de Santé Pluri-professionnelles
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

INTRODUCTION

- **La fragilité**

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité : *« La fragilité est un syndrome clinique. Il 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 ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »* (Rolland 2011) (1)

La prise en charge de la fragilité représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique face au constat du vieillissement de la population. L'INSEE dans son dernier rapport annuel 2017(2) décrit au premier janvier 2017 une part d'habitants âgés d'au moins 65 ans représentant 19,2 % de la population. Pour cette population de 65 ans et plus cela correspond à une progression de 3,9 points en vingt ans et les projections pour 2040 estiment à un habitant français sur quatre les plus de 65 ans.

Cette prise en charge s'articule autour de quatre temps : repérer, évaluer le patient, mettre en place un plan de prévention (Plan Personnalisé de Soins et de Prévention : PPSP) et enfin prévoir le suivi du patient. Le but de cette prise en charge est de retarder l'entrée dans la dépendance, à un stade dit de « fragilité » encore réversible pour le patient.

- **Une évaluation initialement hospitalière**

L'évaluation et la prise en charge de la fragilité débute dès 2011 au sein de structures hospitalières, avec en premier lieu la création du Gérontopôle du CHU de Toulouse. Il s'agissait de la première structure entièrement dédiée à la fragilité sous la forme d'un Hôpital de Jour d'Evaluation des Fragilités et de Prévention de la Dépendance (HDJEFPD). L'équipe pluridisciplinaire évaluatrice est composée de gériatres, médecins généralistes, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, travaillant en collaboration avec les médecins traitants. Son action permet de préciser le diagnostic de « fragilité » et d'en rechercher les causes. Ce bilan sert à l'élaboration d'un PPSP. L'étude descriptive des 2255 premiers patients orientés pour évaluation à l'HDJEFPD sur 4 ans (3), retrouve que 91.5% des patients évalués sont fragiles ou pré-fragiles et bénéficient ainsi d'une prise en charge personnalisée.

- **Les recommandations de prise en charge de la fragilité HAS 2013**

Ces recommandations émises par la HAS en 2013, visent à amener vers les soins primaires la prise en charge de la fragilité réalisée jusqu'à lors au sein de structures hospitalières. Ces dernières devenant alors un lieu d'évaluation pour du second recours.

Un premier référentiel dédié au repérage et intitulé « comment repérer la fragilité en soins ambulatoire » (4) est publié en juin 2013. Il invite les professionnels de santé en soins primaires à repérer les patients fragiles. Ce document présente et propose aux professionnels de santé l'utilisation d'un outil de repérage de la fragilité : il s'agit du questionnaire de repérage développé par le Gérotopôle de Toulouse, le *Gerontopôle Frailty Screening Tool* (GFST) (Annexe 1) (5), validé par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de gériatrie (CNPG).

Le second référentiel intitulé « comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? » (6) publié en décembre 2013 détaille l'évaluation et la prise en charge du patient repéré comme à risque de fragilité. Ce document présente les tests de référence à utiliser pour l'évaluation de la fragilité, à destination du MG ou d'une plateforme hospitalière. Cette évaluation doit conduire à l'établissement d'un PPSP. Un suivi avec révision du PPSP est préconisé dans les 6 mois suivants, réalisé par un professionnel de santé médical ou paramédical.

Ce référentiel propose de revoir la coordination des professionnels centrés autour du patient. Il s'agit de promouvoir une évaluation unique coordonnée et pluri-professionnelle, un travail d'équipe, et la possibilité pour le médecin de déléguer une partie de ce travail à un(e) IDE spécialement formé.

- **Un contexte de prise en charge de la fragilité favorable au sein des MSP**

Le regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux au sein de Maisons de Santé Pluri-Professionnelles (MSP) (7) est aujourd'hui en plein essor. On compte dans la région Occitanie en mai 2017 (8): 86 MSP ouvertes, et 44 en projet. Cet essor répond à l'incitation des ARS à s'engager dans cette forme nouvelle d'exercice. Il correspond également à une demande actuelle des professionnels de santé d'améliorer leur qualité d'exercice et diversifier leurs pratiques sous forme pluri-professionnelles (9).

Lors de leur création ces MSP doivent répondre à deux missions de santé publique sur huit proposées (10) dont la prise en charge de la fragilité fait partie.

Ces missions pluri-professionnelles engagées par les MSP donnent droit à un financement dédié et global annualisé dit Nouveaux Modes de Rémunération (11) (NMR), assurant la pérennité de tels programmes.

Ainsi, les MSP au sein de notre région Occitanie anciennement Midi-Pyrénées représentent aujourd'hui le lieu d'application privilégié des plans de prise en charge de la fragilité (12). Elles présentent l'avantage d'insérer une équipe pluri-professionnelle au sein d'un bassin de santé avec une rémunération dédiée. Elles sont donc proches des patients, et avec une bonne connaissance des réseaux locaux (13).

- **Un protocole d'évaluation de la fragilité sous forme de délégation de tâche adapté aux soins primaires**

Suite aux recommandations de prise en charge, la HAS propose en 2013 un protocole de prise en charge applicable en soins primaires. Ce dernier fonctionne sous forme de délégation de tâche médecin – IDE. Il s'intitule : « Intervention d'une infirmière libérale à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » (14). Ce protocole a été créé à l'initiative de l'ARS de la région Midi-Pyrénées en collaboration avec deux MSP de la région. Ce protocole s'applique à un binôme composé d'un MG évaluateur (déléguant) et d'un(e) IDE formé (délégué).

Cette organisation dite de « délégation de tâche » permet à l'IDE de réaliser au domicile du patient l'évaluation du syndrome de fragilité (étape 2), et d'initier sa prise en charge au travers d'un plan personnalisé de soins validé en RCP (étape 3).

Lors de l'étape du diagnostic du syndrome de fragilité, l'infirmier(e) réalise un bilan global en utilisant des outils validés et standardisés selon le référentiel HAS.

Lors de l'initiation de la prise en charge du syndrome de fragilité, l'IDE peut être amené à prescrire des examens biologiques, ou des demandes de prise en charge (kiné, diététicienne). Dans ce cas, et toujours dans le cadre de la délégation de tâches (14) le médecin établit au préalable des modèles d'ordonnances non nominatives utilisables par l'IDE. Ainsi l'IDE initie la prise en charge du patient selon le protocole suivant (14) :

- Si déclin cognitif ou trouble de l'humeur : suivre l'avis du MG évaluateur
- Si risque nutritionnel : vérifier la mise en place des recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS), proposer une augmentation des apports, prescriptions de compléments nutritionnels, demande d'avis diététique.
- Si altération des capacités physiques : vérifier la mise en place des recommandations PNNS, proposer un programme d'activité physique progressive et adaptée, prescription de prise en charge par kinésithérapeute.
- Si doute sur la compliance ou l'observance : travailler éducation aux soins, ou ré-adresser au médecin traitant.
- Si besoin d'aides extérieures : débiter les démarches (par exemple APA).

Lors de la RCP, l'IDE évaluatrice présente son évaluation et les premières actions mises en place au MG et autres professionnels de santé concernés par le patient présenté. Ce temps aboutit à la rédaction d'un PPSP pour le patient évalué, validé par l'ensemble des professionnels présents.

- **Protocole validé dans notre région en 2014**

Ce protocole de coopération de prise en charge de la fragilité, a reçu son autorisation de mise en application par l'ARS Midi-Pyrénées en février 2014 (15). Sa réalisation est rémunérée pour l'IDE 42,50€ par l'ARS.

Ce programme de prise en charge de la fragilité en MSP, récent et novateur en soins primaires n'a encore jamais été évalué. Cela constitue le but de notre travail.

- **Objectif principal de l'étude**

Notre objectif principal était d'évaluer le fonctionnement des programmes de prise en charge de la fragilité dans les MSP de notre région anciennement Midi- Pyrénées, aujourd'hui intégrée à Occitanie. Nous nous sommes intéressés au détail des différents temps du dépistage : repérage, évaluation, Plan de Soins Personnalisé et Suivi.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient de recueillir les retours des intervenants MG et IDE impliqués dans ces programmes de dépistage. Nous avons évalué leur degré de satisfaction et étudié leurs retours sur leur difficulté d'application des programmes.

METHODE

I. Type étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale.

II. Population cible :

La population étudiée était l'ensemble des MSP d' Occitanie situées dans l'ancienne région Midi-Pyrénées impliquées dans un programme de prise en charge de la fragilité.

Nous avons obtenu la liste de ces MSP avec l'aide de la personne responsable (Mme Pascon) de la mise en œuvre du programme de prise en charge de la fragilité de l'ARS. Nous l'avons contactée par mail dès février 2016, puis rencontrée à l'ARS à Toulouse en avril 2016. Enfin au cours du recueil de données en décembre 2016 nous l'avons de nouveau sollicitée par mail pour la mise à jour de la population d'étude.

III. Recueil des données :

A) Elaboration d'un questionnaire pour le recueil de données :

Nous avons réalisé avec les Dr Chicoulaa et Dr Escourrou un questionnaire pour le recueil des données (annexe 2) au cours du mois de mars 2016. Ce questionnaire a été réalisé à partir des référentiels HAS codifiant la prise en charge en soins primaires. Il a été composé en deux parties pour répondre aux objectifs de notre étude.

Une première partie répondait à notre objectif principal : étude du fonctionnement des programmes de prise en charge de la fragilité en MSP.

Cette première partie a été conçue en suivant la trame proposée par le référentiel HAS 2013 : « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire » (6).

Nous avons repris dans notre questionnaire ces quatre étapes du référentiel HAS, pour détailler les modalités retenues par chaque MSP aux cinq temps suivants :

- 1/ le repérage
- 2/ la convocation
- 3/ l'évaluation
- 4/ synthèse et RCP
- 5/ le suivi

Nous avons également exploré l'historique des MSP vis-à-vis de leur programme de prise en charge de la fragilité, et le nombre de patients évalués.

La seconde partie du questionnaire répondait à nos objectifs secondaires, portant sur les retours d'expérience des professionnels de santé. Nous avons utilisé des questions ouvertes portant sur leurs satisfactions et difficultés à travailler sur ce programme.

B) Recueil des données

Le questionnaire a été proposé à un des membres de la MSP responsable et acteur du programme de prise en charge de la fragilité. Il pouvait s'agir d'un médecin, d'une infirmière ou autre professionnel paramédical.

Ce questionnaire a été validé suite à une première rencontre au sein d'une MSP lors d'une évaluation de fragilité puis proposé au cours d'entretiens téléphoniques.

Le recueil de données s'est effectué en deux temps.

Au premier temps nous nous sommes entretenus avec un des professionnels du binôme MG / IDE disponible, auprès de chaque MSP étudiée, pour répondre à notre questionnaire dans son ensemble.

Secondairement nous avons contacté par téléphone le second professionnel du binôme MG /IDE pour compléter le recueil de données sur les retours d'utilisation du programme. L'objectif était d'obtenir les retours de l'ensemble des professionnels impliqués directement dans la prise en charge de la fragilité utilisant le protocole de coopération HAS.

IV. Réception des données

Les données ont été retranscrites directement par annotation manuscrite au cours des entretiens. Elles ont ensuite été reprises et rédigées intégralement selon la trame du questionnaire sur un fichier Word® pour chacune des MSP.

V. Analyse des données

Pour analyser les données relatives au fonctionnement de chaque MSP, nous avons classé les résultats selon plusieurs catégories intégrées à un tableur Excel®. Celui-ci nous a permis de comparer les données de l'ensemble des MSP.

Concernant la seconde partie des résultats nous avons extrait les idées directrices du discours de chaque professionnel interrogé. La récurrence de mêmes idées directrices pour différentes MSP nous a permis ensuite de les apparier, et ainsi constituer des profils types de MSP.

VI. Ethique et anonymisation

L'ensemble des professionnels interrogés a été informé du caractère anonyme des données recueillies et du but de l'enquête dans le cadre de la publication d'une thèse d'exercice en médecine. L'information leur a été transmise oralement au préalable de l'entretien téléphonique, ou par information écrite envoyée par mail aux médecins qui n'ont pu être joints.

L'ensemble des professionnels interrogés ont donné leur accord pour l'exploitation et la publication des données.

RESULTATS

I. Echantillon

Au total 16 MSP ont été identifiées par l'ARS Midi-Pyrénées en décembre 2016, comme engagées dans un protocole de dépistage de la fragilité. Les 16 MSP ont été interrogées, sur leur pratique de prise en charge de la fragilité, selon notre questionnaire d'étude.

Le recueil de données a été réalisé entre octobre 2016 et février 2017. Nous avons assisté à une évaluation pour la première MSP interrogée. Les 15 autres MSP ont été interrogées au cours d'un entretien téléphonique.

Pour répondre à notre objectif principal, le questionnaire a été soumis dans un premier temps aux 16 MSP, auprès de 8 infirmières et 8 médecins.

Pour répondre à notre objectif secondaire, nous avons interrogé le second membre du binôme MG/IDE dans 10 MSP sur les 16.

Deux infirmières n'ont pas répondu : une a été exclue car ne participant pas directement au programme, et une n'a pas souhaité répondre.

Quatre médecins n'ont pu être joints malgré plusieurs sollicitations : téléphoniques auprès de leur secrétariat puis par mail.

II. Première partie : Le fonctionnement du programme dans les MSP :

A) Le contexte :

Etude de l'initiation du programme au sein des MSP :

Sur les 16 MSP étudiées, 3 se sont engagées dans le programme sur initiative du médecin sensibilisé à la gériatrie et au concept de fragilité, à une date antérieure au développement de programmes en MSP. Les 13 autres s'y sont engagées au moment de la mise en place de la MSP dans le cadre des projets de santé publique, sur proposition du protocole ARS.

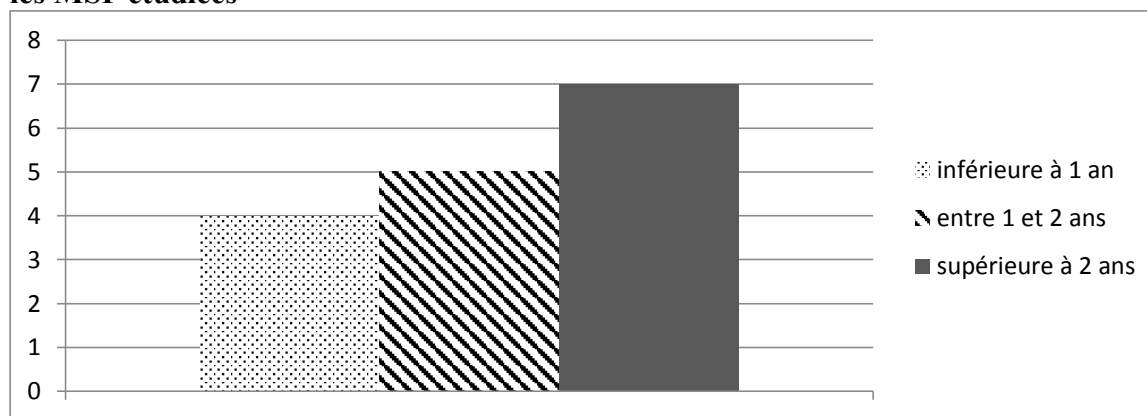
Répartition des 16 MSP sur le territoire Midi-Pyrénées :

On a retrouvé 15 MSP en milieu rural et une MSP en milieu urbain à Toulouse. En revanche aucune ne se trouvait dans les départements du Lot et Hautes-Pyrénées. Concernant les 6 autres départements, la répartition était homogène avec 2 à 3 MSP par département.

Date d'initiation du programme :

Sur les 16 MSP de Midi Pyrénées la date de signature d'engagement dans le programme de prise en charge de la fragilité se répartissait entre janvier 2015 et février 2016.

Tableau 1 : Durée de mise en place du programme de prise en charge de la fragilité dans les MSP étudiées



Le financement :

L'ensemble des MSP avait prévu un financement dédié à ce programme. Les IDE utilisant le protocole de délégation de tâche bénéficiaient de sa tarification dédiée. Les temps de réunion ou temps médicaux consacrés au programme étaient financés par les « nouveaux modes de rémunération » NMR, accordés aux MSP pour leur engagement dans cette mission. Ce mode de financement était en place dans les MSP les plus anciennes, en revanche pour les MSP les plus récentes il n'avait pas été encore expérimenté.

B) Le Repérage de la fragilité en MSP

Quels professionnels de santé repéraient ?

Pour 9 MSP sur 16 le repérage était fait par le binôme MG évaluateur et IDE. Sur ces 9 binômes, seul le MG évaluateur repérait pour 5 MSP, et MG évaluateur et IDE repéraient pour 4 MSP.

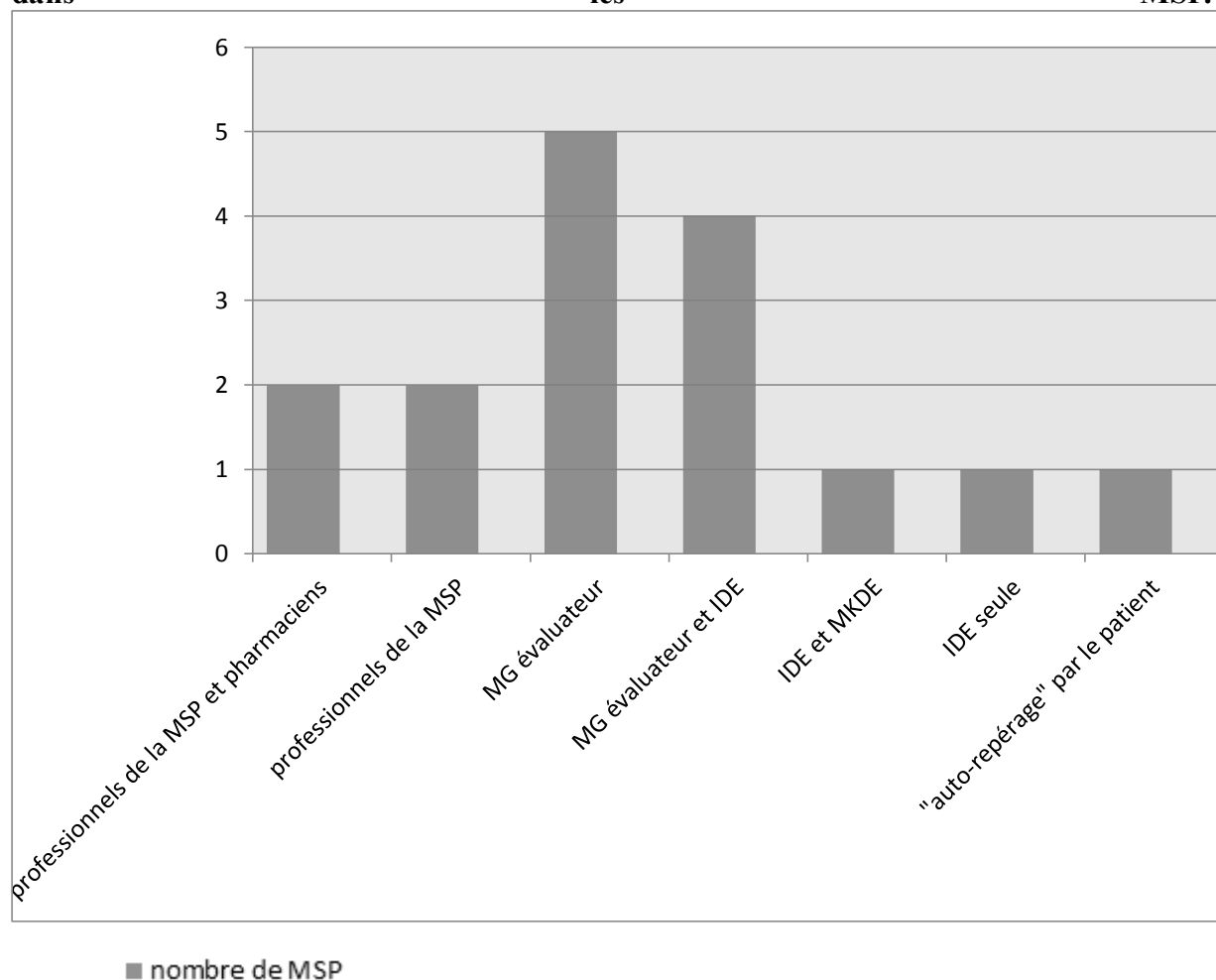
Avec ce mode de repérage le MG évaluateur ne repérait que ses propres patients.

Pour 4 des 16 MSP le repérage était proposé à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux de la MSP. Il était élargi jusqu'aux pharmaciens de secteur pour 2 de ces 4 MSP.

Enfin, 3 des 16 MSP ont retenu leur propre modalité de repérage. Pour une, seule l'infirmière repérait. Pour une autre le repérage était partagé entre infirmière et kinésithérapeute. Enfin pour la dernière, le patient lui-même informé du programme par un affichage en salle d'attente se proposait volontairement pour le dépistage auprès de son médecin traitant.

Parmi les 16 MSP, 4 MSP avaient également proposé le repérage de patient auprès des aides ménagères de leur secteur, celles-ci avaient alors reçu une formation à la MSP sur la fragilité et sur l'utilisation de la grille de repérage GFST. Pour ces 4 MSP, aucun repérage n'avait encore été réalisé par les aides ménagères au moment de notre recueil de données.

Tableau 2 : représentation des personnes impliquées dans le repérage de patients fragiles dans les MSP.



Comment était réalisé le repérage de la fragilité ?

Cinq des 16 MSP utilisaient un test de repérage : il s'agissait de l'outil de repérage des personnes âgées fragiles du GFST (5) annexe (1)

Pour 11 des MSP sur 16, le repérage se faisait sans l'utilisation d'outil, mais sur la libre appréciation du professionnel qui effectuait le repérage. Son appréciation était alors subjective et possible la plupart du temps par la connaissance de son patient.

Cas particulier d'une MSP

A l'issue de ce temps de repérage, premier temps de la prise en charge de la fragilité, une MSP n'avait pas encore établi de programme d'évaluation. Pour cette MSP ce premier temps de repérage était alors utilisé comme outil de réflexion commune autour de la prise en charge globale du patient. Ce temps de réflexion était proposé au cours des réunions bimensuelles entre membres de la MSP.

Ainsi, pour la suite de notre étude relative aux temps ultérieurs de prise en charge de la fragilité, nous avons exclu cette MSP de notre population d'étude.

Par conséquent les résultats suivants, ont été exprimés sur un total de 15 MSP étudiées.

C) La convocation du patient pour l'évaluation de fragilité :

Pour l'ensemble des 15 MSP la convocation était faite par l'IDE évaluatrice par téléphone. Le délai proposé pour une évaluation était inférieur à 1 mois pour l'ensemble des MSP. Ce délai était inférieur à 14 jours pour au moins 8 des 15 MSP.

D) L'évaluation gériatrique du patient :

Les outils d'évaluation utilisés :

Pour 14 des 15 MSP le protocole de délégation de tâche validé par l'ARS en 2014 était utilisé. Une infirmière ayant signé le protocole de coopération avec un MG évaluateur, se rend au domicile du patient pour la réalisation de l'évaluation selon le protocole.

Quatre MSP y avaient ajouté d'autres critères d'évaluation non inclus dans le protocole :

- le test de l'horloge en complément du MMS dans 3 MSP
- une évaluation d'ergothérapie sommaire comprenant la visite du domicile avec étude de son adaptation aux personnes âgées, et l'évaluation du chaussage pour 2 MSP

- en complément de l'évaluation nutritionnelle et de l'autonomie une MSP avait retenu l'étude du réfrigérateur par l'IDE : remplissage, habitudes alimentaires, dates de péremption
- évaluation bucco-dentaire dans une MSP
- évaluation de l'observance médicamenteuse pour une MSP

Une seule MSP sur les 15 réalisant l'évaluation, n'avait pas retenu le protocole de coopération HAS pour sa pratique. Elle utilisait le programme d'évaluation gériatologique standardisée (EGS), suivant le modèle utilisé à l'HDJEFPD.

Déroulé de l'évaluation :

Pour les 14 MSP utilisant le protocole de coopération celui-ci était formalisé à l'aide d'un document de référence à remplir par l'infirmière au domicile.

L'infirmière remplissait ce document de référence pré-établi reprenant les différents temps de l'évaluation : une fiche de recueil du consentement du patient, la grille de repérage GFST, l'évaluation comprenant l'ensemble des outils d'évaluation standardisés, une fiche de synthèse.

Ce document comprenait en dernière partie avec la fiche de synthèse une démarche type de PPSP, proposé en fonction des résultats à chaque item d'évaluation. Cette initiation de PPSP était ensuite proposée en RCP avec le MG évaluateur.

Pour la MSP réalisant une évaluation Gériatrique Standardisé (EGS), le protocole d'évaluation était celui de l'HDJEFPD du Gériatopôle de Toulouse. Cette évaluation était réalisée dans les locaux de la MSP par un binôme MG évaluateur et professionnel paramédical : IDE ou psychologue réalisant une évaluation sur deux. Les évaluations étaient réalisées sur 2 heures par un binôme médecin et professionnel paramédical.

Durée d'une évaluation :

L'évaluation à domicile par l'IDE selon le protocole de coopération durait en moyenne entre 1h30 et 2h.

Dans la MSP utilisant l'EGS l'évaluation en binôme durait au total 2 heures. Une heure était dédiée à l'évaluation par le MG évaluateur et une heure avec le professionnel paramédical.

Synthèse :

Concernant les MSP utilisant le protocole de coopération : la fin du formulaire d'évaluation comprenait une page de synthèse des résultats aux évaluations qui ont été passées. Ces fiches de synthèse proposaient des modèles de prise en charge en rapport avec chaque domaine d'évaluation. Cette fiche remplie constituait un plan de PPSP standardisé à proposer et adapter au cours des RCP avec le MG évaluateur.

Les infirmières remplissaient cette synthèse directement à la suite de l'évaluation au domicile sauf pour 4 MSP sur 14. Pour les autres IDE ce temps de synthèse était réalisé sur une partie de leur temps personnel.

Concernant la MSP réalisant l'EGS, la synthèse de l'évaluation était réalisée directement à la suite du temps d'évaluation par le binôme MG et professionnels de santé évaluateur. La synthèse et la RCP avec mise en place du PPSP avaient lieu au cours de ce même temps. Le patient n'y participait pas. Le patient était informé du résultat de l'évaluation et du PPSP proposé, dans le cadre de son suivi habituel par son MG traitant, aussi MG évaluateur.

E) La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) à l'issue de l'évaluation.

Déroulé de la RCP :

Dans l'ensemble des MSP des RCP étaient prévues à l'issue des évaluations pour la mise en place d'un PPSP.

Cette RCP avait lieu entre MG évaluateur et IDE seuls dans 11 MSP. Ces réunions étaient présentes à la MSP (9 MSP) ou par entretien téléphonique (2 MSP).

Le délai entre l'évaluation et la RCP était pour ces 11 MSP d'une semaine environ.

Au sein de ces 11 MSP, 3 avaient retenu la possibilité de RCP pluri-professionnelle avec l'ensemble des membres de la MSP en second recours en cas de situation complexe.

Ces réunions formelles pouvaient permettre pour ces MSP de convier des intervenants extérieurs adaptés à la problématique du patient, par exemple assistante sociale ou réseaux locaux (CLIC).

Pour les 4 autres MSP ces RCP étaient organisées systématiquement au cours des réunions mensuelles réunissant tous les professionnels de la MSP.

Cette réunion régulière était le lieu de discussion des évaluations de fragilité réalisées au cours du mois précédent. Le lieu d'instauration du PPSP en accord avec tous les professionnels de santé impliqués. Pour une de ces quatre MSP, la réunion mensuelle se faisait en présence d'un gériatre de l'hôpital local

Place du MG évaluateur et du MG traitant :

Dans 12 MSP sur les 15 étudiées, le MG évaluateur était le MG traitant, c'est-à-dire qu'il proposait puis réalisait l'évaluation de fragilité de ses propres patients.

Dans les 3 autres MSP, le MG évaluateur pouvait réaliser les évaluations pour ses confrères de la MSP. En pratique au sein de ces 3 MSP les MG évaluateurs déploraient le manque d'adressage de patient de la part de leurs confrères. Cet adressage n'était réalisé que sur sollicitations répétées du MG évaluateur auprès de ses confrères.

Information du patient et des correspondants suite à l'évaluation de fragilité :

Pour l'ensemble des MSP un compte-rendu de la réunion avec le PPSP était réalisé. Ce compte-rendu était conservé dans le dossier médical informatisé partagé du patient de la MSP.

Dans l'ensemble des MSP aucun document de synthèse n'était remis ni au patient, ni aux médecins intervenants dans le parcours de santé qu'ils soient ou non dans la MSP.

F) Le suivi :

Sept MSP sur les 15 étudiées avaient protocolisé un suivi dans la poursuite de la logique de collaboration IDE-médecin.

Le suivi était alors effectué par l'IDE, selon des modalités propres à chaque MSP :

- Une MSP proposait la re-discussion des dossiers à 2 mois au cours des réunions de RCP de MSP.
- quatre MSP proposaient une réévaluation téléphonique auprès du patient à 3 et/ou 6 mois.
- Deux MSP, proposaient des visites de suivi respectivement à 6 mois pour l'une et un an pour l'autre, sans que ces visites n'aient pu être déjà réalisées, la mise en place du protocole étant trop précoce.

Pour les autres MSP, où le médecin a pu être interrogé, soit 4 MSP il était convenu que le MG traitant (majoritairement aussi MG évaluateur) prenait en charge le suivi de fragilité de son patient au cours de son suivi habituel. Ainsi lors des consultations habituelles après évaluation, le médecin traitant s'intéressait de façon informelle à la mise en place du PPSP, les retours et éventuels progrès de son patient en lien avec cette prise en charge de la fragilité.

G) Nombre de patients évalués

Le nombre de patients évalués au sein des MSP était hétérogène. Il était compris sur la dernière année, à la date où nous avons soumis le questionnaire, entre 1 et 50 évaluations. La moyenne annuelle pour les 12 MSP interrogées retrouvait un nombre de 20 évaluations par an par MSP.

Tableau 3 : étude du nombre de MSP réalisant entre 1 à 4 évaluations par mois selon le nombre d'IDE évaluatrice.

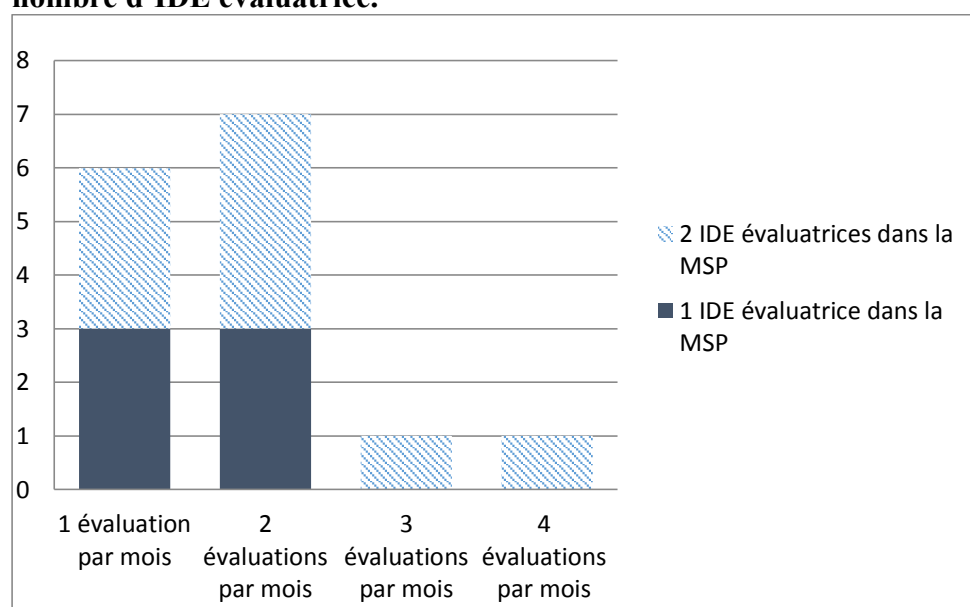


Tableau 4 : tableau récapitulatif des résultats.

MSP	durée de mise en place du programme (années)			utilisation GFST	adressage de patients au sein de la MSP	protocole coopération HAS	Suivi protocolisé	MSP avec 2 évaluateurs ou plus	nombre patients évalués par mois			moyen
	< 1 an	Entre 1 et 2 ans	> 2 ans						≤ 1	Entre 1 et 2	> 2	
1			X					X		X		
2			X			X				X		
3	X					X			X			
4	X			X		X				X		
5		X		X		X		X		X		
6			X			X		X	X			
7			X			X			X			
8			X	X		X				X		
9	X					X	X	X		X		
10		X		X	X	X	X	X				X
11			X	X	X	Evaluation non protocolisée						
12		X			X	X	X	X				X
13	X				X	X	X	X	X			
14			X			X	X	X	X			
15		X				X	X		X			
16		X				X	X	X		X		
total	4	5	7	5	4	14	7	9	6	7	2	

III. Deuxième partie : Etude des retours d'expérience sur le protocole :

L'étude des témoignages libres concernant le vécu, les retours positifs et négatifs a permis de distinguer **trois grands profils de MSP, trois MSP au fonctionnement unique et des retours d'expérience communs entre MSP.**

A) Trois profils types de MSP :

1/ Programmes en perte de vitesse :

Il s'agissait de 5 MSP, elles s'étaient engagées dans l'évaluation de la fragilité dès la mise en place de la MSP, pour certaines avant la création du protocole de coopération.

Les professionnels de santé étaient engagés et investis dans le programme de prise en charge de la fragilité, le travail d'équipe était efficace et valorisé.

Cependant les professionnels de santé de MSP, engagés depuis deux à trois ans dans ce programme, évoquaient un essoufflement du programme. En effet pour eux le PPSP était difficile à mettre en place, limitant en amont l'intérêt d'une évaluation et d'un dépistage. De même devant des échecs de prise en charge, les équipes pouvaient se décourager, menant à un temps dédié à ces prises en charges réduit d'année en année.

Les équipes regrettaient le manque de coordination entre MSP ou avec les hôpitaux à l'échelle locale ou régionale.

De l'avis des professionnels de ces quelques MSP ce programme représentait « une belle idée », mais de mise en œuvre non aboutie et non réalisable à l'heure actuelle.

Ainsi, les professionnels de santé interrogés appréciaient :

- Une action pluri-professionnelle de santé publique axée sur une action de prévention partagée de façon volontaire et engagée par l'ensemble des professionnels de la MSP.
- Une nouvelle façon d'organiser le travail en soins primaires, basé sur un travail d'équipe décrit comme fonctionnel et efficace
- Une satisfaction des équipes suite à certains retours positifs de prise en charge
- Un investissement dans le protocole de prise en charge équilibré entre MG évaluateur et IDE .

En revanche, les professionnels de santé interrogés déploraient :

- La complexité à la mise en place du PPSP, jusqu'à l'impossibilité de sa mise en place pour certaines MSP. Les raisons invoquées étaient :
 - o L'indisponibilité de professionnels paramédicaux : kinés
 - o Le coût de paramédicaux non remboursés : psychologue, diététicienne
 - o Un défaut d'accessibilité aux soins en milieu rural : transports publics inexistantes ou insuffisants, transports personnels à la charge du patient
 - o Le défaut d'implication des patients dans les programmes de prévention qui leur étaient proposés.
- Une baisse d'investissement des confrères ou collègues au sein de la MSP qui entraînait un défaut de repérage et d'adressage.

- L'attente d'une aide ou d'une coordination renforcée pour la mise en œuvre du programme qui pouvait avoir lieu entre MSP ou avec les Hôpitaux locaux ou régionaux (CHU).
- Des suivis inefficaces par manque de temps pour les professionnels de santé, mais aussi manque de protocoles dédiés, et défaut de rémunération.

Dans ces MSP l'ensemble du projet de dépistage de la fragilité était rémunéré avec les NMR. De l'avis des IDE de ces MSP, leur rémunération comprenant le forfait délivré par l'ARS pour le protocole en complément du revenu NMR de la MSP était adapté.

Au cours de notre étude les médecins et IDE de ces MSP étaient disponibles pour répondre à notre enquête.

2/ Programmes portés par l'IDE.

Il s'agissait de quatre MSP, où les infirmières interrogées décrivaient porter à elles seules l'ensemble du programme. Ces infirmières avaient été à l'initiative de la mise en place du programme dans leur MSP. Par la suite, l'organisation du travail en équipe pluri-professionnelle autour de la fragilité ne s'était pas mis en place. La coopération avec le MG évaluateur était insatisfaisante.

Ainsi les IDE rapportaient être en difficulté à tous les temps de l'évaluation. Elles-mêmes étaient en charge du repérage ou sur sollicitation directe et répétée du MG évaluateur. De même les PPSP étaient difficiles à concevoir et à mettre en place sans le soutien du MG évaluateur.

Pour ces 4 MSP, trois étaient engagés dans ce projet depuis plus d'un an, et une depuis moins de 3 mois.

Trois des quatre infirmières de ces MSP déploraient la rémunération insuffisante qui leur était dédiée pour ce programme en regard du temps passé.

Sur ces quatre MSP, les quatre IDE ont pu être interrogés. Concernant les médecins, trois MG évaluateur sur ces quatre MSP n'ont pu être joint. Un MG évaluateur de ces quatre MSP a été interrogé, il rapportait souffrir du manque de disponibilité en tant que médecin rural isolé pour s'impliquer dans le programme.

3/ MSP en période de « rodage » :

Il s'agissait de trois MSP pour lesquelles la mise en œuvre du programme était récente, moins de 6 mois, les équipes pluri-professionnelles nouvellement créées avaient beaucoup d'attente dans ce programme de prévention.

Les évaluations étaient à l'heure du recueil de données peu nombreuses, avec peu de retours et pas de difficultés majeures décrites.

Deux de ces MSP avaient rapporté des premiers retours positifs de patients ayant bénéficié de l'évaluation du protocole ARS. Pour ces deux témoignages il s'agissait de dépistage de syndromes dépressifs avérés au GDS, ces patients avaient été rapidement améliorés suite à la mise en place d'un traitement antidépresseur.

Pour ces MSP les médecins et IDE impliqués étaient disponibles pour répondre à notre questionnaire par téléphone.

B) Cas particuliers de fonctionnement dans trois MSP :

Trois MSP interrogées avaient un fonctionnement unique, qui ne permettait pas de les regrouper dans un profil de MSP.

Pour une, la seule MSP en milieu urbain, l'IDE portait seule l'ensemble des étapes du repérage jusqu'au suivi. Son action dépassait le champ du protocole de coopération car comprenait une évaluation d'ergothérapie du domicile, un soutien psychologique des patients isolés, et un suivi rapproché, régulier et individualisé (de mensuel à hebdomadaire). Elle ne décrivait pas de difficultés à la mise en place du PPSP.

Le MG évaluateur intervenait en donnant son accord pour la mise en œuvre du PPSP, ou en orientant le patient en cas de signes d'alerte.

L'infirmière et le MG évaluateur étaient entièrement satisfaits de ce protocole, qui a permis la création d'un travail en équipe, appliqué au-delà du champ spécifique de la fragilité.

L'infirmière était satisfaite du programme de délégation de tâche lui permettant d'élargir ses champs de compétence et de modifier son activité.

Pour la deuxième, MSP en milieu rural, engagée depuis le début du protocole en 2013, le programme fonctionnait bien. Les retours du MG évaluateur et de l'IDE étaient positifs, ce programme fonctionnait à l'échelle locale, entre un MG et IDE, pour leurs patients communs. Ces retours positifs semblaient liés à un investissement partagé entre MG et IDE.

Le MG évaluateur était actif dans les différentes étapes du programme : du repérage jusqu'à la mise en place du PPSP. De plus, pour favoriser l'adhésion du patient au PPSP il organisait une visite longue et approfondie au domicile de son patient en présence de sa famille pour expliquer les enjeux du projet de soins à suivre.

Enfin pour une troisième MSP, le protocole d'évaluation était en cours de mise en place. Au jour de notre recueil de données, le repérage de patients fragiles réalisé par l'ensemble des professionnels de la MSP permettait une réflexion pluri-professionnelle au cours des réunions de MSP sur ces patients.

C) Retours d'expériences communs à toutes les catégories de MSP

Les retours que nous avons choisi de décrire dans ce paragraphe nous ont interpellés par leur nature et leur fréquence. Ces retours étaient non déterminés par le profil de MSP, et ainsi ne pouvaient être classés au sein des profils de MSP décrits ci-dessus.

1/ Une problématique de repérage et d'adressage :

Parmi les difficultés récurrentes rapportées au premier temps de l'évaluation, le repérage, on retient :

- des erreurs de repérage : les patients proposés à l'évaluation étaient au-delà de la fragilité. Les raisons évoquées pour expliquer ces erreurs de ciblage étaient un âge d'inclusion dans le protocole trop élevé (75 ans), un manque de formation des professionnels repérant, ou encore l'utilisation de ce protocole « par défaut » dans des situations complexes où les professionnels sont démunis.
Le protocole de coopération HAS 2013 majoritairement utilisé dans les MSP n'adressait son repérage qu'aux patients de plus de 75 ans, contre 65 ans à l'Hôpital de Jour des fragilités de Toulouse. Cet âge d'inclusion supérieur pouvait entraîner des erreurs de repérage en ciblant des patients déjà dépendants.
En revanche les témoignages semblaient confirmer l'utilisation du protocole comme recours « par défaut » dans des situations de prises en charge complexes au-delà de la fragilité. En effet, il pouvait s'agir dans certaines MSP, de profiter d'un temps dédié d'évaluation et prise en charge pluri-professionnelle rodée. Ce temps était mis à profit pour travailler sur des situations complexes au-delà de la prévention pour lesquelles il n'existait pas encore de méthode de prise en charge.
- un Repérage à la demande du patient inefficace : une MSP avait retenu un repérage uniquement à la demande du patient préalablement informé par un affichage en salle d'attente. De l'avis de l'IDE évaluatrice ce mode de repérage s'avère inefficace, révélant exclusivement des patients évalués comme robustes.
- un adressage de patients insuffisant : les MG évaluateurs et IDE interrogés déploraient le manque d'adressage de patients de la part de confrères pour des évaluations de patient.

2/ Les Infirmières pouvaient être en difficulté pour mener la séquence d'évaluation :

Cinq infirmières interrogées sur les quatorze MSP utilisant le protocole de coopération ont rapporté avoir été en difficultés au cours de la séquence d'évaluation du protocole. Ces difficultés pouvaient être en lien avec :

- Un rôle nouveau dans la relation soignant-patient, celui d'évaluatrice :
Ces infirmières rapportaient la difficulté de la posture d'évaluatrice dans la relation au patient. Aucun temps de la séance d'évaluation n'était prévu pour donner et expliquer les résultats au patient. Certains patients avaient pu exprimer leur inquiétude, la peur d'être jugés, ou de décevoir le soignant par échec aux tests. Les infirmières avaient rapporté être souvent démunies face aux craintes des patients, ou à assumer cette posture d'évaluatrice.
- Rôle du médecin dans le soutien du Plan de soins proposé au patient : Certaines IDE ont rapporté un sentiment de « manque de légitimité » face au patient pour porter le programme d'évaluation, et demander l'adhésion du patient à son PPSP. Cette adhésion au plan de soins était largement favorisée par l'implication du MG évaluateur à ce temps de la prise en charge, et l'information de son patient sur la prise en charge.

DISCUSSION

I. Résultats principaux :

Nous avons interrogé les 16 MSP du territoire Midi Pyrénées, impliquées dans un programme de dépistage et prise en charge de la fragilité entre octobre 2016 et février 2017.

Concernant **le repérage** : seules 4 MSP avaient une action de repérage effective par tous les membres de la MSP, médicaux et paramédicaux. Pour les autres, le repérage était effectué par le binôme MG évaluateur et/ou IDE. Le test de repérage GFST recommandé à cette étape n'était utilisé en pratique courante que par 5 MSP sur 16. Pour les autres le repérage était basé sur l'impression subjective de l'évaluateur.

L'évaluation de fragilité était effective dans 15 MSP. Le protocole de coopération HAS 2013 était largement utilisé pour 14 MSP sur 15. La dernière MSP utilisait un modèle d'évaluation calquée sur l'HDJFEPD réalisé à la MSP par un binôme médecin et professionnel paramédical.

Une réunion pluri-professionnelle dite RCP à la suite de l'évaluation était prévue dans les 15 MSP, dans le but d'élaborer un PPSP. Ces réunions étaient majoritairement informelles entre MG et IDE ou pouvaient avoir lieu au cours des réunions de MSP mensuelles.

Le suivi était peu protocolisé. Sept MSP avaient prévu une réévaluation du PPSP par l'IDE selon des modalités propres à chaque MSP. Dans l'ensemble des MSP le MG traitant étant majoritairement MG évaluateur, réalisait le suivi de fragilité son patient.

Trois profils de MSP se démarquent par les retours des professionnels interrogés.

Des MSP avec une évaluation en équipe depuis plus d'un an, en perte de vitesse devant les difficultés concrètes à la mise en place d'action dans le plan de soins, toutes en milieu rural. Ces difficultés de mise en place de PPSP par insuffisance d'offre de soins, difficultés d'accès en milieu rural avaient une répercussion sur toute la chaîne de prise en charge jusqu'à freiner le repérage.

Des MSP où le travail d'équipe et de collaboration ne se faisait pas. L'IDE portait seule le projet, et s'en plaignait.

Des MSP récentes en cours de mise en place du protocole, avec beaucoup d'attente et de motivations dans le projet.

Deux MSP fonctionnaient par l'investissement de ses acteurs de santé impliqués. Dans les deux MSP, le fonctionnement se fait en binôme soudé du début à la fin de la prise en charge. Pour l'une l'investissement de l'IDE va au-delà du programme tel qu'il est protocolisé, pour l'autre le médecin porte activement l'application du PPSP et l'investissement de son patient.

Un retour d'expérience commun : des IDE en difficultés dans la posture d'évaluatrice liée à l'utilisation du protocole de coopération HAS 2013. Il s'agissait de retours de 5 IDE utilisant le protocole de coopération.

II. Non Utilisation du test de repérage de la fragilité GFST :

Nous avons observé une sous-utilisation du test GFST proposé dans le protocole de coopération. Sa non-utilisation n'était pas remplacée par d'autres outils disponibles proposés dans les recommandations HAS (4). Nous nous sommes interrogées sur ce défaut d'utilisation du GFST : pourrait-il être lié à l'outil en lui-même ou au cadre général de mission de santé publique au sein de la MSP ?

Une étude relative à l'utilisation du GFST en pratique courante par le MG (16) met en évidence que 90.9% des MG interrogés jugent le questionnaire faisable en médecine générale. Le temps de réalisation du GFST est inférieur à 3 minutes pour 54% des MG interrogés. Sur une durée moyenne de consultation en médecine générale de 16 minutes (17), cet outil rapide semblerait adapté à son action dédiée de repérage.

Ce test GFST réalisable en pratique courante n'était pas réalisé dans notre étude. Le plus souvent le MG se fiait à l'impression clinique de son patient.

Ce critère de subjectivité de l'appréciation clinique est reconnu dans l'évaluation du statut de fragilité du patient. Ainsi le GFST comprend dans sa grille (annexe 1) cet item. On peut supposer que pour le MG cet item subjectif positif suffirait à lui seul à repérer et à se dispenser du test GFST dans son ensemble. On sait que le mésusage des outils diagnostiques à disposition du MG comprend le mélange d'outils et l'utilisation de ses item extraits pour être utilisés seuls en dehors du cadre de la grille (18).

L'étude des critères subjectifs perçus par le MG prédictifs de la fragilité (19) retrouve que la fatigue subjective du patient est le critère le mieux corrélé avec la fragilité objective selon Fried. On peut supposer que cette sensation de fatigue, symptôme très général, facile à exprimer pour le patient et perceptible du MG pourrait correspondre et suffire au repérage subjectif décrit dans notre étude.

Une étude est en cours sur le statut de fragilité des patients évalués par ces programmes en MSP, celle-ci nous donnera une réponse sur l'efficacité de ce modèle de repérage. Les personnes repérées puis évaluées en MSP sont-elles fragiles ?

A défaut d'utilisation du test de repérage, proposer l'évaluation du statut de fragilité à toute la population cible pourrait-il se justifier ? Il s'agit du choix du protocole GOLD menée aux Pays Bas en 2013 (20) selon un programme de prise en charge de la fragilité comparable au binôme MG - IDE de notre protocole de coopération. Au sein de ce protocole GOLD aucun test de repérage de patient n'est retenu, les seuls critères d'inclusion sont l'âge supérieur à 75ans et l'absence de comorbidités lourdes. Les résultats montrent que ces critères d'inclusion étaient trop larges (21). Des patients au-delà du stade de fragilité ont été inclus. Leur prise en charge plus lourde et spécifique par les professionnels de santé s'est faite au détriment de certaines prises en charge de patients fragiles voulues par le protocole d'étude (21).

D'après certains MG interrogés dans notre étude la contrainte d'un nombre de patients minimum annuel à évaluer pourrait conduire à l'inclusion par excès de patients sur le seul critère de l'âge supérieur à 75 ans.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de retours sur des difficultés communes pour les missions de santé publique dans l'utilisation d'outils de repérage ou diagnostiques.

En revanche nous nous sommes interrogés sur l'utilisation par les MG des outils diagnostiques à sa disposition. Qu'en est-il par exemple de l'utilisation de test de dépistages comparables tels que le GDS ?

Les MG connaissent et utilisent de manière générale les outils diagnostiques mis à leur disposition. Ainsi une étude portant sur l'utilisation de certains tests (MMS, Fagerstrom, DETA, McIsaac, Hamilton) par les MG (22) retrouve que 75% d'entre eux les utilisent en pratique courante.

L'étude de Morvan (18) portant sur les barrières à l'utilisation des outils diagnostiques dans le cadre de la dépression identifie plusieurs facteurs à l'origine du défaut d'utilisation des outils recommandés. Les facteurs retrouvés sont la méconnaissance, l'inutilité ou l'inadaptation.

Parmi le détail des facteurs décrits dans cette dernière étude (18) appliqués à notre outil GFST on pourrait le supposer :

- inutile par rapport à une évaluation subjective du MG, tel que nous l'avons décrit au paragraphe précédent.
- inadapté pour le patient ou le médecin.
Selon le médecin l'utilisation d'un outil à la vue du patient pourrait être perçue par le patient comme une faille dans ses connaissances médicales
Pour le médecin, le support disponible (papier ou informatique) pourrait ne pas s'adapter à ses pratiques habituelles, ou perçu comme trop long ou trop scolaire.
- source de mésusage basé sur le mélange d'outils à la disposition du MG pour faire sa propre évaluation.

III. Le manque de coopération entre professionnels de santé en MSP :

Notre étude a mis en évidence au sein des MSP que le médecin évaluateur de fragilité était majoritairement le médecin traitant du patient. Cet élément nous a interrogés sur la place du MG traitant. Le MG traitant peut-il être dans le rôle d'évaluateur de son propre patient ? Le rôle de l'évaluateur pourrait être d'apporter un regard plus distancié, plus objectif sur le patient et de soutenir la prise en charge du MG traitant.

Ce travail en collaboration pourrait être facilité en MSP sachant que celle-ci favorise le travail en équipe et l'acceptation d'un regard critique par ses collègues (23).

L'HDJEPFD a retenu la réalisation d'une évaluation par un médecin évaluateur dédié, différent du MG traitant. Ce dernier a un rôle d'adressage du patient

En revanche, dans les protocoles utilisés en soins primaires dans la littérature étrangère le MG traitant a une place centrale similaire à celle observée dans notre étude. Ainsi l'étude GOLD(20) aux Pays-Bas place le MG traitant au cœur du dispositif, en collaboration avec un IDE dédié à l'évaluation et au suivi. Cette action est similaire à notre protocole de délégation de tâche, mais dirigée exclusivement par le MG traitant. On retrouve au Canada l'initiation de projets de soins proposés au MG concernant la prise en charge fragilité (24).

On peut s'interroger sur ces évaluations réalisées en pratique par le MG traitant du patient. En étant basés sur une série d'outils d'explorations objectifs, faisant consensus, sont-ils suffisants pour le MG traitant de se distancier de son patient ?

Ces programmes de prise en charge de la fragilité proposés en soins primaires paraissent aux vues de nos résultats et de la littérature encore expérimentaux. Leur réalisation par les acteurs locaux se met en place progressivement. Pour répondre à cette demande de soins inédite basée sur la prévention en travail pluri-professionnel, il semblerait que pour l'heure, seul le MG traitant impliqué directement pour ses patients se charge de leur évaluation.

Ces difficultés de coopération que nous avons observées dans notre étude pour des professionnels engagés volontairement à travailler en équipe posent le problème de modifications des pratiques en soins primaires.

Nous avons observé des niveaux de coopération et travail en équipe variable selon les MSP. Certaines rapportaient un travail en coopération efficace tandis que d'autres déploraient le manque de travail en équipe. De manière globale les MG évaluateurs regrettaient un manque d'adressage, avaient des difficultés à mettre en place des PPSP basés sur la coopération pluri-professionnelle, et les programmes les plus anciens avaient tendance à s'essouffler.

Ces difficultés communes à toutes les MSP posent le problème de la difficulté à modifier les pratiques. On peut supposer pour expliquer ces résultats que ces pratiques pluri-professionnelles nouvelles sont longues à mettre en place. Elles seraient rendues complexes dans un contexte général de charge de travail importante pour les professionnels de santé, de désertification médicale. En revanche l'essor actuel des MSP et les retours de notre étude ont montré une volonté de modifier et d'améliorer les pratiques en soins primaires.

La genèse des modifications des pratiques proposées en soins primaires date du rapport annuel 2011 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Ce rapport introduit les objectifs de prévention de perte d'autonomie en soins primaires et pose les bases d'une réorganisation du système soins en « médecine de parcours ». Au niveau des soins primaires cela implique de renforcer la coordination des soins, la transversalité des prises en charge, mettre en place des systèmes d'informations de partage de données.

C'est l'ensemble de ces recommandations de pratique qui se met aujourd'hui en place dans les MSP autour des projets de prise en charge de la fragilité notamment.

Les études sur les modifications de pratique en MSP mettent en évidence leur amélioration. Celle-ci est remarquée aussi bien sur l'étude de critères objectifs de suivi médicaux du patient (25), que sur le vécu des professionnels de santé impliqués (23). La communication et le partage du jugement interprofessionnel y sont facilités (23).

Cette amélioration des pratiques est attendue dans l'application de programme de prise en charge de la fragilité. La MSP, en assurant au patient la proximité d'une équipe pluri-professionnelle bien implantée semble parfaitement adaptée à des programmes de soins préventifs tels que la prise en charge de la fragilité (12).

Guillaume (26) dans son étude sur les attentes de la personne âgée de plus de 72 ans vis-à-vis de son MG traitant montre que la prise en charge en MSP leur est particulièrement adaptée. En effet ces patients attachent le plus d'importance à la place centrale du MG traitant dans le parcours de soin, son rôle de coordination entre les professionnels et intervenants de santé. L'importance du dossier médical partagé et transmis est également fortement exprimée (26).

Ces éléments montrent la place centrale de la MSP et ses professionnels dans la mise en place de programme de prévention pluri-professionnel. L'enjeu des MSP devient donc de modifier puis maintenir des nouveaux modes de travail pluri-professionnel.

L'IRDES (23) note deux déterminants pour la consolidation de modifications de pratiques. D'une part favoriser la promotion et le soutien de ces pratiques insérées dans le parcours de soin sur la durée et d'autre part assurer le financement dédié et prolongé de ces nouvelles pratiques.

Ces deux déterminants pourraient expliquer les difficultés que nous avons retrouvées pour les MSP à adopter ce travail pluri-professionnel.

Concernant le maintien sur la durée : les programmes que nous avons étudié étaient récents entre quelques mois jusqu'à 3 ans maximum, correspondant à une première phase de transformation et expérimentation des pratiques.

Les professionnels ne s'étaient pas tous saisi des opportunités de financements proposés. Ceux prévus par les NMR n'étaient pas systématiquement mis en place. Les IDE se plaignaient du manque de rémunération qui leur était dédié par le protocole de coopération. Pour de nombreux professionnels interrogés ce travail était perçu comme bénévole dans le cadre d'une expérimentation.

Le temps et l'investissement dédiés à ces programmes étaient peu investis. Ce sont ces deux leviers qui d'après la littérature permettent la consolidation de nouvelles pratiques.

L'étude dans la littérature des difficultés dans le travail pluri-professionnel en MSP (23) retrouve en accord avec nos observations des défauts de communications même informelles entre professionnels de santé, un manque de formation et d'accompagnement pour la mise en œuvre de nouvelles formes d'exercice et gestion de la MSP, et le manque de temps pour « jongler » entre activité traditionnelle et groupée (23).

Les résultats de l'étude GOLD (21) proposant aux Pays Bas un protocole de prise en charge de la fragilité comparable à notre protocole de coopération vont dans le même sens que nos observations. Seuls 38% des patients initialement inclus bénéficient du programme dans son intégralité (21), le facteurs limitant la prise en charge étant pour les professionnels de santé le manque de disponibilité pour mener à bien un programme de prise en charge long et complexe (21). Pour ces professionnels de santé, cette activité dédiée à la fragilité est insuffisamment rentable (21).

IV. Des IDE en difficulté dans un rôle nouveau d'évaluation :

Nous nous sommes interrogés sur les retours d'IDE en difficulté dans leur nouveau statut d'évaluatrice auprès du patient. Ces difficultés ressenties par les IDE par rapport à l'application du protocole HAS n'ont pas pu être liées à un profil de MSP. De même nous n'avons pas retrouvé de facteur commun qu'auraient pu être :

- L'ancienneté d'utilisation du test :
Pour 3 d'entre elles utilisé depuis plus d'un an et pour 2 depuis moins de trois mois.
- La qualité du travail d'équipe au sein de la MSP :
La qualité du travail en équipe était décrite comme satisfaisante pour 3 IDE contre 2 IDE qui déploraient l'absence de coopération.
- L'utilisation préalable de l'outil de repérage :
La grille de repérage était utilisée en amont de l'évaluation par 3 IDE contre 2 qui n'avaient pas de repérage basé sur un outil.

Nous avons comparé cette observation avec le cas de l'étude ASALEE, qui proposait un protocole comparable de délégation de tâche avec une IDE évaluatrice. L'étude de cette expérimentation (27) montre l'efficacité de ce programme sur les critères objectifs de suivi du patient diabétique. En revanche nous ne retrouvons aucun retour dans la littérature sur des difficultés pour l'IDE dans la modification de son positionnement face au patient.

L'étude IRDES sur le travail pluri-professionnels en MSP propose plusieurs observations pour expliquer les difficultés spécifiques aux IDE dans le travail de groupe au sein des MSP (23). L'IDE a traditionnellement un rôle d'exécutrice, elle arrive à un temps où le diagnostic médical est posé et le traitement lui est prescrit. A l'inverse pour les autres paramédicaux (kiné, diététicien, podologue, psychologue), le professionnel sollicité réalise un bilan puis choisit le traitement adapté. Ainsi pour les IDE cette posture d'évaluatrice est nouvelle et pourrait expliquer les difficultés retrouvées dans l'élargissement de leur champ de compétences (23).

Ces modifications de leur pratique sont cependant de plus en plus courantes avec la multiplication des protocoles de délégation de tâche qui leur sont proposés. Ces nouveaux modes de coopération MG-IDE se rapprochent des pratiques anglo-saxonnes.

Il est montré également que les attentes dans la formalisation des protocoles est différente selon les professionnels de santé (23). Au sein d'une coopération MG-IDE, ne pas formaliser permet de garder de la souplesse dans le travail clinique mais rend l'IDE plus dépendante des pratiques du MG.

A l'inverse un protocole plus formalisé tel que le protocole de coopération utilisé pour la fragilité rend l'IDE moins dépendante vis-à-vis du médecin. Le positionnement et la relation entre IDE et MG peut alors se modifier et doit alors se recréer. C'est la modification de ce rapport et positionnement novateur entre IDE et MG, inévitable dans le cadre de la mise en œuvre d'un travail pluri-professionnel en MSP, qui expliquerait en partie les difficultés exprimées.

Il pourrait être intéressant d'étudier les retours des IDE et l'ajustement des pratiques pluri-professionnelles au sein des nouvelles MSP universitaires qui s'engagent dans ce programme. Le travail de recherche qui y est réalisé par ses acteurs sur leurs pratiques quotidiennes pourrait apporter une réponse sur l'ajustement des protocoles et des pratiques à apporter pour une meilleure efficacité du programme et la satisfaction des professionnels de santé.

V. Forces et faiblesses de l'étude :

La limite de cette étude est qu'elle est basée sur un recueil de données déclaratif et rétrospectif. Nous avons essayé de limiter le biais déclaratif en interrogeant les deux professionnels évaluateurs travaillant en binôme.

Notre étude et ses résultats sont aussi à nuancer du fait de niveaux d'avancement dans la mise en place du protocole d'évaluation très variées. Ainsi pour certaines MSP la mise en œuvre du protocole était de moins de trois mois, avec seule une évaluation réalisée.

La principale force de cette étude réside dans son objectif. Il s'agit de la première étude consacrée à l'évaluation des programmes de prise en charge de la fragilité en soins primaires en MSP. Cela permet une base de réflexion pour l'amélioration et la généralisation des pratiques de programmes de prévention en soins primaires.

D'autre part la population étudiée est bien représentée dans notre étude. En effet, à la date du recueil de données, janvier 2017, l'ensemble des 16 MSP impliquées dans la prise en charge de la fragilité ont été interrogées.

VI. Ouverture et proposition :

Les résultats de cette étude montrent que ce programme de prise en charge de la fragilité est globalement apprécié et soutenu par les équipes. Le programme d'évaluation proposé dans le protocole de délégation de tâches HAS 2013, est adapté et efficace pour l'utilisation en binôme MG et IDE. Cependant les équipes déplorent les difficultés de mise en place du PPSP, et du suivi non protocolisé.

Pour certaines MSP le travail en équipe est décrit comme insuffisant.

A partir de ce travail, nous proposons d'améliorer les programmes de prise en charge de la fragilité en MSP selon plusieurs axes.

Dans le but d'améliorer le travail en équipe :

- consolider la coopération pluri professionnelle avec l'instauration d'une régularité dans les temps de travail dédiés.
- mettre en place une rémunération effective et adaptée des temps de travail pluri-professionnel possible par les NMR.
- promouvoir la sensibilisation des professionnels de santé et paramédicaux à la fragilité pour faciliter l'adressage de patients.

Dans le but d'améliorer la coordination inter-équipe :

- Proposer un suivi des évaluations et des équipes locales autour de deux axes :
 - 1/ l'amélioration des pratiques pluri-professionnelles et de l'organisation en MSP

Ces deux axes sont assurés actuellement par les sociétés privées dédiées aux MSP dites facilitatrices. Le travail sur ces axes pourrait être étendu à des groupes de « pairs » ou réunions d'échanges inter-MSP.

2/ le lien scientifique médical et le lien ville-hôpital pour du second recours.

La coopération entre MSP et hôpital local, existant dans certaines MSP, pourrait être généralisée. L'objectif est de créer un lien avec les acteurs gériatriques locaux dans le but de soutenir les MSP et permettre un recours hospitalier facilité.

Dans le but d'améliorer l'accessibilité à une évaluation ou à un PPSP en territoire rural :

- On pourrait s'interroger sur la pertinence de structures mobiles dédiées ou de services de télémédecine.

Après ce travail portant sur l'organisation de ce programme de prévention, et l'évaluation de son niveau de développement, une étude est en cours pour analyser les résultats de ces évaluations réalisées. Les patients évalués en MSP sont-ils fragiles et quels sont les résultats de leur prise en charge en soins primaires ?

CONCLUSION

L'état de fragilité de la personne âgée représente un état de vulnérabilité à risque d'évolution vers la dépendance. Sa prise en charge constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique. Cette prise en charge de la fragilité initialement hospitalière, avec le Gérotopôle de Toulouse et son Hôpital de Jour des Fragilités et de Prévention de la Dépendance, tend à se développer en soins primaires. La publication par la HAS de référentiels de prise en charge en 2013 a permis à certaines MSP de créer des programmes de prise en charge de la fragilité.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le développement, et l'organisation de ces programmes de prise en charge de la fragilité dans les MSP de l'ancienne région Midi-Pyrénées, en Occitanie.

Nous avons mené une étude transversale descriptive. L'étude portait sur les 16 MSP de la région, dont 15 avaient un programme complet comprenant une évaluation standardisée. Le protocole majoritairement retenu pour 14 MSP était celui de la délégation de tâche proposé par la HAS basé sur un travail en binôme MG et IDE. La moyenne de patients pris en charge était de 12 par an par MSP.

L'étude de ces programmes a permis de mettre en évidence une sous-utilisation du test de repérage le GFST, et des difficultés d'adressage et de coopération au sein des MSP. Le MG traitant était amené à repérer et évaluer ses propres patients.

Les retours des professionnels de santé que nous avons étudiés mettaient en évidence trois types de fonctionnement : des MSP où le protocole est récent porté par des professionnels impliqués et motivés, des MSP anciennes en perte de vitesse sur le protocole de fragilité devant des difficultés concrètes à le maintenir en place, enfin des MSP où le travail en équipe ne se fait pas avec des IDE en difficulté.

Ces résultats observés vont dans le sens des difficultés pointées par le rapport de l'IRDES sur les modifications de pratique pluri-professionnelles liées à la pratique en MSP.

La problématique est de pérenniser ces programmes, qui semblent en péril dans les MSP les plus anciennes. Un encadrement ou un échange de pratiques avec les acteurs locaux en gériatrie ou avec les MSP voisines pourrait redonner du sens à cette action locale. La standardisation de travail en équipe sur un temps régulier avec une rémunération dédiée et adaptée pour les professionnels de santé impliqués pourrait jouer un rôle clé dans la consolidation de ces programmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. 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.
2. INSEE. Tableaux de l'économie française - Tableaux de l'Économie Française [Internet]. [cité 14 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2587886>
3. Menini T. Etude descriptive et analytique des dimensions de fragilité des 2255 premiers patients de l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance du gérontopôle de Toulouse. [thèse d'exercice]. UFR Toulouse; 2017.
4. Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013. [cité le 1^{er} février 2016]
5. Vellas B. Looking for frailty in community-dwelling older persons: The Gerontopole Frailty Screening Tool (GFST) - [Internet]. [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: <http://search.proquest.com/openview/efb3b6838ba29bb700173970c06061ab/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28850>
6. Haute Autorité de Santé. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? 2013. [cité le 21 mars 2016]
7. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Brignais: Le Coudrier; 2010. (Partage d'expériences.)
8. Plan d'Accompagnement des Professionnels de Santé Occitanie : Maisons de santé pluri-professionnelles : la dynamique se poursuit en Occitanie [Internet]. [cité 16 août 2017]. Disponible sur : http://www.occitanie.paps.sante.fr/Fiche-detaillee.38902.0.html?&cHash=5b79fc6c5301097e120f050ccad3061f&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2735
9. Durand G. Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose. *PRESCRIRE*. Août 2012;32(346):614- 9.
10. Fédération Française des Maisons et Pôles de santé. Lois et MSP [Internet]. [cité 16 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/lois-et-msp>
11. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité | Legifrance [Internet]. [cité 16 août 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/2/23/AFSS1505152A/jo>
12. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Livre blanc sur la fragilité [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.fragilite.org/livre-blanc.php> [cité le 3 février 2016]
13. Agence Régionale de Santé. Communiqué de Presse. Les atouts des maisons de santé : deux inaugurations cette semaine dans le Gers. 2013.
14. Agence Régionale de Santé. Intervention d'une infirmière libérale à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé. 2013.

15. Agence Régionale de Santé. Arrêté n°2014038-0003 [Internet]. 2014. [cité le 16 août 2017]. Disponible sur:
<https://coopps.ars.sante.fr/coopps/afficherpiecejointe?idPieceJointe=235&idTypePieceJointe=2>
16. Clais E. Evaluation de la faisabilité du dépistage de la fragilité du sujet âgé en consultation de médecine générale à l'aide du Gerontopôle Frailty Screening Tool. [thèse d'exercice]. Université de Nice; 2015.
17. Jammet I. Étude sur une typologie des consultations en médecine générale: résultats d'une enquête descriptive prospective sur 3142 actes [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2004.
18. Morvan ML. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès des médecins généralistes du Nord-Finistère. [thèse d'exercice] Université de Brest; 2014.
19. Gleize F, Zmudka J, Lefresne Y, Delforge C, Van Audenhaege S, Serot J-M, et al. Évaluation de la fragilité en soins primaires: comparaison de méthodes objectives et subjectives. *Rev Gériatrie*. 2014;39(3):159- 66.
20. Stijnen MMN, Duimel-Peeters IGP, Jansen MWJ, Vrijhoef HJM. Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices--project [G]OLD: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatr*. 18 janv 2013;13:7.
21. Stijnen MMN, Jansen MWJ, Duimel-Peeters IGP, Vrijhoef HJM. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Fam Pract*. 25 oct 2014;15:173.
22. Sarazin M, Chiappe SG, Kasprzyk M, Mismetti P, Lasserre A. A survey of French general practitioners and a qualitative study on their use and assessment of predictive clinical scores. *Int J Gen Med*. 25 juin 2013;6:419- 26.
23. Mousquès J. 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. *Rapp IRDES* [Internet]. déc 2014;559. [cité le 22 juillet 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>
24. Frank C. Models of primary care for frail patients. *Can Fam Physician*. juill 2015;61:601 - 6.
25. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. juill 2015;(211). [cité le 22 juillet 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>
26. Guillaume. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. janv 2016;(214). [cité le 25 juillet 2017]. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf>

27. Bourgueil Y. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Quest Déconomie Santé. nov 2008;(136).

ANNEXES

Annexe1 : GFST

Personne à prévenir pour le RDV : Nom : Lien de parenté : Tél : Nom du médecin traitant : Tél : Email : Nom du médecin prescripteur : Tél :		<u>Informations patient</u> Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance : Tél : Adresse :
---	---	---

PROGRAMMATION HÔPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITÉS ET DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonomes (ADL $\geq$ 5/6), à distance de toute pathologie aiguë.

REPÉRAGE			
	Oui	Non	Ne sait pas
Votre patient vit-il seul ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	☐	☐	☐
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	☐	☐	☐
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	☐	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : ☐ OUI ☐ NON

PROGRAMMATION	
Dépistage réalisé le : Médecin traitant informé : ☐ OUI ☐ NON	Rendez-vous programmé le :
<u>Pour la prise de rendez-vous :</u> Contacter par e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr Faxer la fiche et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures). Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.	

Annexe 2 : questionnaire de l'étude

Guide de recueil de données : protocoles d'évaluation de la fragilité en MSP Etabli le 19/03/2016

Contexte :

Lieu : MSP , date de création, quels acteurs de santé impliqués ?
historique : Depuis quand le protocole de dépistage est en place ?

Protocole d'évaluation :

1/ Repérage :

- Par qui ? (sa profession) ; formation spécifique pour ce dépistage ?
- Quand ?
- Comment ? (outil ? Grille?)
- Traçabilité de ce repérage : une fiche remplie ? Conservée ?
- Adressage : qui fait l'annonce ? Et comment ? (guide d'entretien ? Ou formation?)

2/ Convocation :

- qui convoque ? Quels moyens : téléphone ? Courrier ? Par un parent ?
- Convocation d'un aidant en accompagnement ?
- Quels Délais ?

3/ Evaluation :

- organisation : lieu ? ; durée ?; quels intervenants ? ; traçabilité : support dossier , informatique ?place de l'aidant tout au long de l'évaluation ?
- Protocole d'évaluation : quels tests utilisés, dans quel ordre ?

4/ Synthèse :

- qui y participe ?
- Quand ?
- Comment : présentiel ? Téléphone ?
- Place du patient : y assiste-t- il ?
- Diffusion : compte rendu ? Adressé au médecin traitant ? Au patient ?

5/ Suivi :

- qui ?
- Quand ?
- Comment ?
- Protocolisé ? Traçé ?
- Reconvocation ? Si oui quelle réévaluation ?

Global :

- auto évaluation du programme ?
- Combien de patients dépistés ? évalués ? Suivis ?
- Quels retours ? soignants / patients /proches ?

- Relation avec l'ARS : financements ? Répartition des moyens ?
- Quelle motivations pour s'impliquer dans la fragilité ?
- Difficultés rencontrées ?

ABSTRACT

Care management for frail elderly in community health centers : overview in Midi Pyrénées.

Introduction. The frailty syndrome as a state of pre-disability can be reversed by a comprehensive geriatric care. General practitioners working in community health centers in France are nowadays invited to take care of this population. Our study describes these programs in Midi Pyrénées.

Method. It is a descriptive study based on interviews of health professionals working on frailty in community health centers in Midi-Pyrénées through a questionnaire from october 2016 to january 2017.

Results. All of the 16 community health centers have contributed to the study. Fifteen had lead a complete care program : from screening to care plan. Fourteen of them are based on the Haute Autorité de Santé program for frailty care. Multidisciplinary team work was not very invested yet although the structure was made for that. The general practitioner was the only one involved in the project for his own patients.

Discussion. These programs based on a multidisciplinary global care have just started. They are more or less developped. The success of these programs depends on a change in practice in primary care. This is the issue of multidisciplinary primary care on the rise in french community health centers.

Key words : frail elderly – community health center – primary care.

AUTEUR : Victor Milon

TITRE : État des lieux des programmes de prise en charge de la fragilité en maisons de santé pluri-professionnelles en région Midi-Pyrénées.

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr Bruno Chicoulas et Dr Emile Escourrou

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 19 décembre 2017

NUMERO DE THÈSE : 2017 TOU31177

RÉSUMÉ :

Introduction. La prise en charge de la fragilité chez la personne âgée initialement hospitalière se développe en soins primaires au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP). Le but de cette étude est d'étudier le fonctionnement des programmes de prise en charge de la fragilité en MSP dans l'ancienne région Midi-Pyrénées.

Matériel et Méthode. Il s'agit d'une étude transversale descriptive interrogeant au cours d'entretien téléphonique les acteurs des programmes de prise en charge de la fragilité en MSP, par le biais d'un questionnaire standardisé.

Résultats. Parmi les 16 MSP investies dans la prise en charge de la fragilité la majorité utilisaient le protocole HAS de délégation de tâche dédié. Le médecin généraliste traitant était au centre de l'ensemble des étapes de prise en charge pour ses propres patients. L'adressage de patients et la coordination interprofessionnelle étaient peu investis.

Discussion. La modification des pratiques en soins primaires représente à la fois un espoir pour les professionnels impliqués et à la fois un défi pour la réussite de ces programmes de prévention en MSP. Cette étude, la première sur le sujet, sera complétée par l'étude des résultats de ces évaluations de patients en MSP.

MOTS-CLÉS : fragilité - MSP – soins primaires

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale.

Faculté de Médecine de Toulouse – Rangueil – 133 route de Narbonne – 31000 TOULOUSE