



HAL
open science

Élaboration d'une mission de santé publique sur le repérage de la fragilité de la personne âgée au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle de Charleval

Lucie Hostache, Maryline Goettling

► To cite this version:

Lucie Hostache, Maryline Goettling. Élaboration d'une mission de santé publique sur le repérage de la fragilité de la personne âgée au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle de Charleval. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03380743

HAL Id: dumas-03380743

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03380743>

Submitted on 15 Oct 2021

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

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

UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

Année: 2020-2021

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

GOETTLING Maryline

Née le 9 Mars 1991 à Metz (57)

HOSTACHE Lucie

Née le 21 Mai 1992 à Bois Guillaume (76)

Présentée et soutenue publiquement le 30 Septembre 2021

**Elaboration d'une mission de santé publique sur le repérage de
la fragilité de la personne âgée au sein de la maison de santé
pluriprofessionnelle de Charleval**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Co-Directrice de thèse : Madame le Docteur Blandine BILLET

Co-Directrice de thèse : Madame le Docteur Elise Ridard

Membres du jury : Madame le Docteur Elsa FAGOT GRIFFIN

Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	T hérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - T raumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>sumombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique

M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN** Virologie

M. Henri **GONDÉ** Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI** Informatique

Mme Clémence **MEAUSOONE** Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI** Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

à votre participation pour les différentes réunions qui suivirent et d'avoir, par le biais des sessions de sensibilisation, formé les professionnels du territoire.

A ma Co Interne Maryline,

Un grand merci pour ta patience, ta bonne humeur et ton sens de l'humour. Tu as su me redonner la motivation dans les moments difficiles. Merci de m'avoir fait confiance pour travailler sur ce projet avec toi. Tu as toute mon amitié.

A ma Co Interne Lucie,

Un grand merci pour tous ces moments de complicité, pour ta bonne humeur et ta sympathie à toute épreuve. Merci d'avoir accepté qu'on travaille ensemble sur ce projet. Tu as toute mon amitié.

A nos amis, familles.

Nous remercions tous nos proches pour leurs conseils, leur présence ainsi que leur soutien durant toutes ses années.

Tables des matières :

I. Introduction	18
1- Pourquoi s'intéresser à la fragilité ?.....	18
2- Une dynamique autour de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à Charleval .	20
3- Charleval et la Communauté de communes de Lyons Andelle : un réseau médico-social dynamique autour de la personne âgée.....	23
4- Comment repérer la fragilité ?.....	28
5- Objectifs de l'étude	34
II. Méthode	35
1-Etape 1 : Recherches bibliographiques	35
2-Etape 2 : Etude qualitative sur les attentes et besoins des professionnels médicaux et sociaux du territoire de Charleval autour du repérage de la fragilité.....	36
3-Etape 3 : Elaboration d'une mission de santé publique.....	38
4-Etape 4 : Démarches et enregistrement	39
III. Résultats	40
1- Etude qualitative : Etude qualitative sur les attentes et besoins des professionnels médicaux et sociaux du territoire de Charleval autour du repérage de la fragilité	40
2- Rédaction de la mission de santé publique : sensibilisation et repérage de la fragilité de la personne âgée au sein de la MSP de Charleval	51
IV. Discussion	59
1- Le repérage et la prise en charge de la fragilité doivent être précoces pour retarder l'apparition de la dépendance	59
2- Une dynamique médico-sociale est indispensable pour repérer précocement la fragilité	62
3- Ce modèle de repérage et de prise en charge de la fragilité peut-il être adapté à toutes les MSP ?.....	65
V. Conclusion	70
VI. Liste des abréviations	71
VII. Bibliographies	73
VIII. Annexes	80
ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi dirigé.....	80
ANNEXE 2 : Fiche de consentement	82
ANNEXE 3 : Grille GFST	84
Annexe 4 : Echelle "ABCDEF"	85

ANNEXE 5 : Questionnaire de fragilité sociale japonaise de Minoru Yamada (traduit).....	86
ANNEXE 6 : Document de mission de santé publique présenté en mars 2020 :	87
ANNEXE 7 : Protocole de soin de la prise en charge de la fragilité au sein de la MSP de Charleval	101
Annexe 8 : Grille FAOS	102
ANNEXE 9 : Document de repérage de la fragilité de la MSP de Charleval	104
ANNEXE 10 : Circuit de repérage de la fragilité.....	106

I. Introduction

1- Pourquoi s'intéresser à la fragilité ?

En 2015, en France, 15 à 20 % de la population de plus de 65 ans à domicile est considérée comme fragile selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) [1]. La prévalence de la fragilité augmente avec le vieillissement de la population [2;3]. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en janvier 2018, la population est vieillissante, les plus de 65 ans représentent 19,6 % de la population [4]. A l'échelle mondiale, il est prévu un doublement de la population des plus de 60 ans entre 2015 et 2050 selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [5], et donc un nombre accru de patients fragiles.

Le vieillissement se définit par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques modifiant la structure et les fonctions de l'organisme. Il s'agit d'un processus lent, progressif, dégénératif, irréversible et universel résultant des facteurs génétiques, environnementaux et dépendant des événements de vie individuels [6]. Le vieillissement est hétérogène d'un individu à l'autre et un âge fixe ne peut à lui seul résumer la notion de personne âgée [6]. La Haute autorité de santé (HAS) définit la personne âgée à 75 ans et le grand âge à 85 ans [7]. La vieillesse se caractérise par l'apparition d'états de santé complexes survenant souvent tard dans la vie et ne constituant pas des catégories de maladies distinctes. C'est ce qu'on appelle couramment les syndromes gériatriques, parmi lesquels figure la fragilité [5].

Le concept de fragilité ne fait pas l'objet d'un consensus et peut être considéré comme un syndrome ou un risque. La fragilité est définie comme un "état dynamique précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la dépendance" [6]. L'autonomie est la faculté d'être responsable de soi, qui présuppose la capacité de jugement, de prévoir et de choisir selon son libre arbitre [8]. La dépendance est caractérisée par un état de limitations physiques fonctionnelles, souvent irréversible rendant impossible une ou plusieurs activités de vie quotidienne sans l'aide d'autrui [6]. La fragilité est donc une situation intermédiaire précoce et progressive, qui peut être réversible si elle est prise en charge [2;3]. Elle augmente le risque de pathologies et peut entraîner une vulnérabilité sociale, une perte d'autonomie pouvant

aller jusqu'à l'institutionnalisation et le décès [2;3;6;9]. Différents facteurs de fragilité ont été identifiés [2;6;10] :

- Les facteurs physiques : toute comorbidité pouvant entraîner une perte d'autonomie (pathologies cardiovasculaires, cancers, arthrose, chutes...)
- Les facteurs sociaux : isolement social, fragilisation du lien social, précarité, cadre de vie inadapté, inactivité, perte de l'aidant (famille, voisin...), hospitalisation etc.
- Les facteurs psychologiques : dépression, démence, deuil...

Il existe également des facteurs protecteurs de la fragilité tels que l'activité physique, l'activité sociale et intellectuelle, ou une nutrition équilibrée [6].

Selon la HAS, c'est à 75 ans que les personnes commencent à être à risque de fragilité. Le début du repérage de la fragilité est préconisé à partir de l'âge de 70 ans afin d'anticiper la prise en charge [3]. Le repérage précoce de la fragilité permet un accompagnement durable du patient et des aidants. Un aidant est une personne non professionnelle venant en aide à une personne dépendante de son entourage. Cette aide concerne les soins, les besoins de la vie quotidienne et sociale, les démarches administratives ou le soutien psychologique, permettant le maintien de l'autonomie. Elle est variée et parfois très lourde [11;12;13]. En France, entre 3,9 [12] et 4,3 [14] millions de personnes aident un proche de plus de 60 ans à domicile. Il a été constaté chez les aidants un impact psychologique, physique et financier résultant de la prise en charge de leur proche [12;13]. Ils ont une place prépondérante dans le repérage et la prévention de cette fragilité. Il est important de les accompagner afin de mettre en place l'aide dont les patients ont besoin (aménagement du logement, pratique d'une activité physique, etc.). Chaque professionnel médical-paramédical et social a également son importance dans le repérage de la fragilité et dans sa prise en charge [6]. Le travail pluridisciplinaire et en coordination est un moyen d'améliorer la prise en charge de ces patients en instaurant un dépistage précoce, notamment en maison de santé pluriprofessionnelle [3;6].

2- Une dynamique autour de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à Charleval

a) Maison de santé pluriprofessionnelle : définitions

Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est un lieu physique d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels de santé libéraux, comme des médecins généralistes ou autres médecins, des infirmières, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des pédicures-podologues..., et même d'autres professionnels tels que des diététiciens ou des psychologues. Les professionnels assurent des soins de premier recours et sont unis par un projet de santé dans lequel ils participent à des missions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, et à des actions sociales pour la population. Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès qu'il existe des financements publics, la MSP doit répondre à un cahier des charges dressé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Elle doit comprendre au moins deux médecins et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute...), réunis autour du même projet de santé [15]. Le statut de MSP est obtenu pour 5 ans après acceptation par l'ARS et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

b) De l'association Mazille à la MSP de Charleval

En 2020, l'Eure fait partie des 10 départements où la densité médicale est la plus faible en France pour les médecins généralistes, avec 61,5 médecins pour 100 000 habitants. Elle est le dernier département en termes de démographie médicale pour les médecins toutes spécialités confondues avec 94,5 praticiens pour 100 000 habitants contre 171 pour 100 000 habitants de moyenne nationale [16]. Charleval est un village situé dans le département de l'Eure en Normandie (27380). Il est constitué de 1 826 habitants en 2015 sur une superficie de 14,1 km² et fait partie de la Communauté de communes de Lyons Andelle qui regroupe 30 communes et 20 778 habitants en 2018 [17; 18]. La population du territoire Lyons Andelle est vieillissante ; les plus de 75 ans représentaient 8,5 % de la population [18]. A Charleval, 22,5 %

de la population est âgée entre 60 et 74 ans et les 75 ans et plus représentent 11,3 % de la population en 2018, soit un tiers de la population qui est âgée de plus de 60 ans [19]. En 2019, Charleval a été classée en zone d'action complémentaire par l'ARS [20]. Ces territoires sont ainsi classés si l'offre de soins est insuffisante et où l'accès aux soins est difficile. Ce classement ouvre droit à des aides spécifiques pour les médecins à l'installation, au maintien de l'activité, au remplacement, à la cessation d'activité et à l'embauche mais aussi aux étudiants lors de leurs études [20]. Afin de faire face à une disparité des soins et à une offre locale de plus en plus déficitaire sur le territoire de l'Andelle, l'idée d'un projet de santé avec construction d'une MSP a été émise en 2012. Dès 2013, le projet a été accepté par les élus. Le 13 mars 2014, l'association Mazille, regroupant des professionnels de santé du territoire, des associatifs et élus charlevalais fut créée, afin de conforter la légitimité de ses membres, dans les échanges avec les différents partenaires institutionnels et politiques. L'objectif de la création de l'association Mazille était de renforcer le parcours de soins dans la commune de Charleval. Le 8 décembre 2016, le projet de santé fut remis par les professionnels de santé aux élus de la Communauté de communes de l'Andelle. La MSP, avec un fonctionnement d'abord hors les murs avec l'association Mazille, s'est construite à Charleval et s'est ouverte le 3 mai 2021. L'association Mazille est composée de médecins généralistes, d'un médecin expert, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, d'un orthophoniste, d'un podologue, d'un diététicien, d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute, d'un pharmacien, d'une sage-femme, de deux psychologues, et de deux coordinateurs de santé (un médecin généraliste et la directrice du centre social Espace Libre) [21; 22].

La MSP de Charleval est un projet public financé sur fonds publics : Etat, Région, Département, Communauté de Communes de l'Andelle. Les professionnels de santé sont locataires et règlent le montant du loyer à la Communauté de communes [21].

c) Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et Mission de santé publique

Les MSP doivent se constituer au sein d'une structure juridique appelée Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), dans le but de recevoir des subventions forfaitaires, dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'ACI permet aux professionnels de santé ayant un projet de santé commun, de bénéficier de rémunérations communes. Les subventions sont essentiellement payées par l'ARS [23;24]. La rémunération suivant l'ACI se fait sous forme de points. A chaque item correspond un nombre de points proratisés en fonction d'une patientèle de 4000 personnes pour la structure. Les items sont répartis en deux catégories : les items socles (ex : horaires d'ouverture, logiciel métier commun...) et les items optionnels, eux-mêmes divisés en trois axes : accès aux soins, travail en équipe et système d'information (dossiers de patients informatisés et partagés entre les professionnels) [23; 25]. La rémunération est calculée chaque année en fonction de l'atteinte de ces engagements. Les missions de santé publique et protocoles pluriprofessionnels font partie des indicateurs du contrat conventionnel des MSP et sont valorisés par l'ACI. Un protocole a pour but d'harmoniser les pratiques des professionnels et d'améliorer les problèmes de prise en charge après un accord local et documenté [26]. Un protocole doit être simple et facilement consultable lors des soins. Il doit préciser le rôle de chacun des acteurs ainsi que le moment d'intervention [27]. Les protocoles sont des indicateurs obligatoires. Les missions de santé publique font partie des items optionnels. Une mission de santé publique est définie par "toute action visant à améliorer l'état de santé d'une population dans le but d'intervenir pour satisfaire un besoin ou améliorer l'état de santé" [28]. La population concernée peut être plus large que la patientèle d'une MSP. L'objectif est de comprendre la situation en faisant un état des lieux avant d'agir et de mettre en place une stratégie adaptée pour résoudre un problème précis [24;28]. Une mission de santé publique doit porter sur un thème défini dans l'ACI ou doit s'inscrire en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé. La prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) est un des huit thèmes figurant dans les ACI [24].

L'élaboration d'une mission de santé publique se décompose en quatre grandes étapes [24;28] :

1. L'analyse de la situation et l'identification des problèmes de santé de la population afin d'évaluer les besoins et les ressources disponibles et manquantes du territoire.
2. L'élaboration d'un programme de santé publique avec formulation du problème, identification de la population cible et élaboration des objectifs et des stratégies d'action suivant la méthode QQQCP (Quoi : qui fait quoi ? Qui : pour qui ? Où : où se déroule l'action ? Quand : à quel moment se déroule l'action ? et sur quelle durée ? Comment : avec quels moyens ? Partenaires : avec quels partenaires ?).
3. La mise en œuvre du projet avec une bonne coordination et communication entre les différents acteurs, permettant l'adaptation constante du projet selon les retours et expériences de chaque professionnel.
4. L'évaluation du projet via des indicateurs d'échec ou de réussite comme un indicateur de processus, d'activité, de résultat ou d'impact, de qualité, ou encore d'efficience. (ex : une date à ne pas dépasser, un nombre de participants à atteindre, une activité à réaliser...) [24]. Les résultats sont ensuite communiqués aux différents organismes, acteurs et à la population.

La mission de santé publique s'intéresse à la prévention et à la prise en charge des personnes âgées, et peut compter sur un territoire médico-social dynamique.

3- Charleval et la Communauté de communes de Lyons Andelle : un réseau médico-social dynamique autour de la personne âgée

La ville de Charleval dispose d'un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mais les différents centres de gériatrie restent éloignés de la commune. L'Hôpital de jour du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen se trouve à 26 km de Charleval, celui d'Elbeuf à 29 km, celui de Gisors à 34 km, celui de Vernon à 38 km, et celui d'Evreux à 58 km. Malgré cette difficulté d'accès à l'hôpital, Charleval est un territoire dynamique sur le plan santé-social déjà pourvu de structures médico-sociales, détaillées ici :

a) Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) et l'Équipe mobile d'évaluation à domicile (EMED)

Les Équipes mobiles de gériatrie (EMG), et plus récemment l'Équipe mobile d'évaluation à domicile (EMED) essaient de remédier au manque de structure. L'EMG intervient au domicile des personnes âgées en collaboration avec les équipes hospitalières. Elle a pour but d'apporter une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique. Comme l'EMED elle assure la continuité des soins entre la ville et l'hôpital et effectue la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe [29]. L'EMED est constituée d'infirmières, d'aides-soignants, d'une psychologue, d'une assistante sociale, et/ou d'un médecin hospitalier. Elle est née en 2011 de la coopération de la filière gériatrique et du Centre local d'information et de coordination (CLIC). L'activité de l'EMED est de repérer précocement la fragilité, d'organiser des hospitalisations programmées plutôt que dans l'urgence et de favoriser la communication entre l'hôpital et les soins primaires. Elle ne fait par contre pas de soins. Elle peut être envoyée à domicile à la demande du médecin traitant, de la famille, de l'Unité mobile de gériatrie (UMG) ou du Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) [30].

b) Le Centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)

Le CLIC est un centre d'accueil physique et téléphonique, d'écoute et d'information local, permettant d'informer et d'orienter les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap et leur entourage, mais aussi les professionnels de santé pour leurs patients [13;31;32]. Ils sont gérés par les départements et animés par les associations, les Centres communaux d'action sociale (CCAS), les hôpitaux, le Conseil départemental... La moitié des CLIC sont associatifs [32]. Leurs services sont gratuits, personnalisés et surtout confidentiels [31]. Les missions des CLIC sont différentes en fonction de leur niveau de label : 1, 2 ou 3. Les CLIC de niveau 1 ont pour rôle d'informer, d'orienter, de faciliter les démarches et de fédérer les acteurs locaux. Les CLIC de niveau 2 ont en plus le rôle d'évaluer les besoins et d'élaborer un plan d'accompagnement ou d'intervention. Enfin, les CLIC de niveau 3 se doivent d'assurer

le suivi et la coordination du plan d'aide avec les différents intervenants [13]. Près de 80 % sont labellisés de niveau 3 en 2017. Le Territoire de Lyons Andelle dépend du CLIC Est de Vernon-Louviers qui est un CLIC de niveau 3. Malgré des missions communes, ils ont des moyens humains, des financements et des partenariats (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soin dans le Champ l'Autonomie (MAIA), Plateforme territoriale d'appuis (PTA)...) très différents [32].

c) La Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) de Vexin Seine Normandie

L'objectif des MAIA est d'accompagner les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et leurs aidants afin d'assurer un maintien à domicile, en permettant la continuité et la coordination des soins [33]. Les MAIA prennent en compte toutes les prestations et tous les services existant sur le territoire afin de répondre au mieux aux besoins du patient. Elles ont un rôle d'accueil, d'information, d'orientation, de mise en place de soins, de services ou de prestations. Elles organisent un accompagnement plus fréquent et individualisé par un « gestionnaire de cas » pour les situations les plus complexes [13]. La MAIA de Vexin Seine Normandie organise plusieurs journées de sensibilisation à la fragilité par an en insistant sur l'intérêt majeur d'une bonne connaissance de son territoire. Ces sessions de sensibilisation sont ouvertes à tous les professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux et ont pour but de leur présenter le territoire et les différents acteurs.

d) La Plateforme territoriale d'appui (PTA) Vexin Seine Normandie

La Plateforme territoriale d'appui (PTA) est un outil gratuit de coordination au service du médecin traitant accessible par téléphone, pour le soulager et l'aider dans la prise en charge d'une situation ressentie complexe par celui-ci. L'objectif principal de la PTA est de favoriser le maintien à domicile et d'éviter les ruptures de parcours. Il peut s'agir d'une complexité médicale (pluri-pathologie, hospitalisation évitable, maladie chronique évolutive...) et/ou d'une complexité psycho-sociale (isolement social, précarité, addiction...). Cette coordination

permet de trouver rapidement des solutions concrètes en mobilisant des acteurs socio-médicaux ou des dispositifs adaptés à chaque patient. Elle organise le parcours de santé et ce quels que soient l'âge et la pathologie du patient. Chaque PTA regroupe des structures déjà existantes sur le territoire comme les réseaux : MAIA, CLIC... mais la plateforme dispose également d'une équipe dédiée qui apporte aux professionnels une réponse quel que soit le cas auquel ils sont confrontés. Elle permet par exemple de mobiliser des soignants et des intervenants à domicile, d'articuler les interventions en respectant les choix du patient et de sa famille. Elle peut également évaluer les besoins du patient à domicile et organiser l'accès à des consultations spécialisées [34;35].

e) Le Centre communal d'action sociale (CCAS) et le centre social Espace libre

La ville de Charleval dispose d'un Centre communal d'action sociale (CCAS) [36]. Le CCAS est un établissement public communal qui propose un accompagnement social aux personnes qui doivent faire face à des difficultés temporaires, sociales, financières, familiales... Le CCAS a pour missions l'accueil, l'orientation des usagers, l'attribution d'aides sociales et de logements sociaux, la mise en place d'actions de prévention, de services de proximité et animations pour les personnes âgées [36].

Il existe également un centre social appelé Espace Libre, qui est une association régie par la loi 1901, constituée de près de 700 bénévoles. La mission principale du centre est de consolider le lien social. Il y est proposé différentes activités inter-générationnelles, des visites de courtoisie aux personnes âgées, un service de transport (translibre) géré par des bénévoles pour emmener les patients ne pouvant s'y rendre par leurs propres moyens à leurs examens ou rendez-vous médicaux [37]. Se réfléchit un nouveau projet autour de "voisins bienveillants" qui seraient des voisins référents et formés dans leur quartier pour apporter une aide aux personnes âgées.

f) Les Services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Le SAAD désigne des organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires. Ils ont des actions liées aux actes essentiels de la vie, d'aide à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage tout en assurant la coordination avec les autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Un des SAAD est le SSIAD, qui nécessite une prescription médicale et qui est prise en charge entièrement par l'Assurance maladie. Ce sont des aides-soignantes qui interviennent chez les personnes âgées de plus de 60 ans malades, en perte d'autonomie ou les personnes de moins de 60 ans handicapées ou porteur de maladies chroniques dans un contexte le plus souvent d'urgence, pour assurer les soins d'hygiène. Leurs interventions sont possibles sept jours sur sept [38]. Le service d'aide à domicile de la Communauté de communes de Lyons Andelle, regroupe des auxiliaires de vie qui viennent à domicile, lorsque les soins sont moins lourds, pour assurer les soins d'hygiène mais également les courses, le ménage et les repas ainsi qu'un accompagnement psychologique. Ces services sont principalement financés par l'APA et non par l'assurance maladie [21;39]. On peut citer comme autre SAAD la Croix rouge française, qui est une association d'aide humanitaire. Leur objectif est de maintenir les personnes âgées à domicile en luttant contre l'isolement social et en améliorant la qualité de vie. L'association organise également des visites de courtoisie à domicile, des promenades, des animations dans les EHPAD, des séjours vacances [40].

Malgré le dynamisme du territoire, la fragilité des personnes âgées reste à ce jour insuffisamment dépistée. Une coordination des différents acteurs ainsi qu'un outil commun est nécessaire pour repérer cette fragilité.

4- Comment repérer la fragilité ?

a) Les outils de repérage

Deux modèles de fragilité sont validés, les critères de FRIED et ceux de Rockwood.

L'étude de cohorte de FRIED en 2001 a été considérée comme une des premières à définir la fragilité, en définissant un phénotype de fragilité chez les personnes âgées.

Les critères de FRIED permettent d'évaluer la fragilité à partir de cinq indicateurs exclusivement physiques, reconnus comme le gold standard :

- la perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg en 1 an ;
- la force de préhension diminuée avec diminution de la force de contraction isométrique sur la main dominante nécessitant l'utilisation d'un dynamomètre hydraulique en prenant en compte le sexe et l'IMC (reflet de la sarcopénie et des réserves fonctionnelles) ;
- la vitesse de marche inférieure à 0,6 m/seconde ;
- la fatigabilité (l'endurance) ;
- l'activité physique altérée selon MLTA (Minnesota Leisure Time Activity) ;

Les patients sont dits fragiles en présence de 3 critères ou plus. Ils sont dits « pré-fragiles » si au moins un des critères est présent. Si aucun des critères n'est présent, ils sont considérés comme robustes. Il n'y a pas d'évaluation du plan mnésique et social. Sa réalisation nécessite des outils (dynamomètre hydraulique). La spécificité est bonne (91,7 %) mais la sensibilité reste faible (43,7 %). Ces critères de fragilité sont une référence mais ont été décrits comme peu utilisables en ambulatoire [3;9].

Le modèle de Rockwood de 2005 intègre des facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de « fragilité multi-domaine » intégrant cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités [3]. Il comprend 70 items, prenant le patient dans sa globalité. Il est difficile d'utilisation courante et long à réaliser, donc peu utilisé [41].

La référence pour diagnostiquer et évaluer la fragilité est la réalisation d'une évaluation gériatrique globale fondée sur le modèle multidimensionnel de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) [3]. L'EGS est une évaluation multidimensionnelle, internationale et interdisciplinaire. Elle associe une évaluation fonctionnelle (évaluation de la marche et du risque de chutes), nutritionnelle (avec le questionnaire Mini Nutritional Assessment : échelle MNA et bilan biologique), cognitive (grille Mini Mental State Examination : MMSE, test de l'horloge), de la thymie (Geriatric depression scale : Score GDS) et sensorielle. Elle prend également en compte la polymédication, l'environnement et l'autonomie du patient (grille ALD-IADL, grille AGGIR), les ressources socio-économiques et l'épuisement de l'aidant (échelle de Zarit) [42;43]. Cette évaluation est inappropriée en ambulatoire car elle est longue et nécessite une connaissance gériatrique ainsi qu'une formation préalable [3;42;43]. Sa durée est estimée entre 20 à 86 min [42] et est donc plutôt réalisée en Hôpital de Jour (HDJ), en hospitalisation ou lors de consultation spécialisée si le soignant suspecte une fragilité et non en ambulatoire [3].

Cela pose la question d'un outil de repérage simple à utiliser en soins primaires et qui, sans remplacer l'EGS, permettrait de sélectionner les personnes susceptibles d'en bénéficier. Ce repérage nécessite l'utilisation d'outils qui doivent répondre à 3 exigences (accord d'experts) [3] :

- simplicité d'utilisation par tous les membres de l'équipe de soins de premier recours, et accessibilité aux aides ménagères et travailleurs sociaux ;
- sensibilité élevée pour identifier la fragilité par rapport aux résultats de l'EGS et bonne valeur prédictive négative vis-à-vis des événements défavorables tels que les incapacités vis-à-vis des activités de la vie quotidienne (AVQ), chutes et hospitalisations ;
- validation en soins de premier recours

Se sont donc développés de nombreux outils de dépistage de la fragilité différents. Même si la plupart de ses outils ont été validés pour le dépistage de la fragilité, la littérature ne permet pas de choisir un modèle de référence [2].

La fragilité et son repérage sont un questionnement mondial, c'est pourquoi plusieurs échelles se sont développées à l'international. Une revue de littérature des outils de repérage de la fragilité mentionne le score FRAIL est un questionnaire international composé de 5 questions exclusivement physiques avec une sensibilité de 88 %, une spécificité de 85,71 % approprié pour le repérage en ambulatoire, mais ne prenant en compte ni l'aspect social ni cognitif du patient [44]. Elle cite également le Easycare-TOS est un outil de dépistage de la fragilité de 40 items, utilisé en ambulatoire aux Pays-Bas, réalisé d'abord par un médecin généraliste puis complété par une infirmière. Il n'a pas été défini de score de fragilité avec cet outil et la décision de considérer un patient comme fragile revient donc au professionnel entraînant une variation inter-observateur. Malgré un temps long de réalisation, la collaboration interprofessionnelle permettait sa faisabilité et son acceptabilité par les professionnels [2]. L'Electronic Frailty Index (EFI), utilisé au Royaume-Uni, est composé de 36 items prenant en compte la fragilité dans sa globalité, collectés dans un logiciel qui calcule un score de fragilité. Il est rapide (moins de 10 minutes) et réalisable en médecine générale, mais sa facilité d'utilisation ne semble pas unanime [2]. Une étude japonaise de Minoru Yamada en 2011 s'est attachée spécifiquement à la fragilité sociale, en déterminant la prévalence de la fragilité sociale et sa relation avec l'invalidité et la mortalité chez les personnes âgées. Un questionnaire de dépistage inclut 4 items (Annexe 5). Cette cohorte réalisée sur six ans a mis en évidence un lien entre la fragilité sociale et psychologique et le risque de décès ou d'invalidité chez les personnes âgées [45].

En France, divers outils ont également été proposés pour repérer cette fragilité :

- L'échelle triage risk screening tool (TRST)

L'échelle TRST est une échelle validée seulement pour les urgences, prédisant le risque de ré-hospitalisation Elle est destinée à être appliquée dans les établissements de santé. Il a été soulevé l'ajout d'une charge de travail supplémentaire pour les équipes hospitalières et elle n'est pas réalisable en ambulatoire [46].

- Grille SEGA et SEGA-A

La grille sommaire évaluation du profil à l'admission (SEGA) permet également de repérer la fragilité des personnes âgées aux urgences. Elle prend en compte l'âge, la situation à domicile, les médicaments, l'humeur, la perception de sa santé, des chutes dans les 6 mois, la nutrition,

les comorbidités, la mobilité, la continence, la prise des repas régulière, l'Instrumental Activities of Daily Living (IADL) ainsi que les fonctions cognitives (troubles de la mémoire, désorientation temporo spatiale). La région Champagne-Ardenne a modifié la version originale de la grille SEGA pour l'adapter à domicile en 2014. C'est cette version SEGA-A qui a été utilisée pour la mise en place d'un axe régional qui s'appelle "bien vieillir" ayant pour objectif de participer au soutien à domicile de la personne âgée, d'harmoniser des politiques en faveur du bien vieillir et de favoriser le lien entre les secteurs sanitaires et sociaux [42]. Cela a permis d'identifier trois catégories : patient peu fragile (score inférieur ou égal à 8), personne fragile (score strictement supérieur à 8 et inférieur ou égal à 11), personne très fragile (score strictement supérieur à 11) [2;47,48,49]. Cet outil est rapide (5 minutes +/- 3,5 minutes) et est réalisable en ambulatoire [2].

- Grille ABCDEF

L'outil de dépistage de la fragilité « ABCDEF » est un outil rouennais, rapide, ne nécessitant aucune formation préalable et qui a déjà été validé en consultation gériatrique [50].

Il se base sur 6 critères tel que l'Autonomie (**A**utonomie), la perte de poids (**B**ody), les comorbidités (**C**omorbidity), les médicaments (**D**rugs), l'équilibre postural (**E**quilibre), la fonction cognitive (**F**onction cognitives) [9]. Sa sensibilité est de 43,7 % [9;50] et sa spécificité entre 64 [9] et 91,7 % [50]. Sa valeur prédictive négative est intéressante puisqu'elle permet d'éliminer l'hypothèse d'une fragilité dans plus de 86 % des cas [50]. Le seuil de repérage est de \geq à 3/16 critères impliquant une évaluation gériatrique standardisée et l'élaboration d'un projet de soin personnalisé [9]. L'échelle est réalisable en ambulatoire pour une durée moyenne de 15 minutes, mais nécessite en cas de positivité l'avis d'un gériatre [9]. Comme la spécificité n'est que de 64 %, le recours à un gériatre est fréquent et souvent peu utile, ajoutant du délai pour ces consultations spécialisées gériatriques [9]. Le test ABCDEF ne prend pas en compte le tissu social pourtant identifié comme un facteur de risque de fragilité [9]. Une étude menée à Rouen en 2017 a comparé l'échelle ABCDEF avec les critères de FRIED. Il a alors été retrouvé que l'échelle ABCDEF était un test rapide (15 minutes), ne nécessitant pas de matériel ni de formation préalable et qu'il permettait de dépister la fragilité avec une sensibilité et une spécificité comparables aux critères de Fried [50] (annexe 4).

- Grille du gérontopôle de Toulouse GFST

L'échelle de Toulouse, aussi appelée GFST, est depuis 2013 recommandée par la HAS comme étant l'outil national pour le repérage de la fragilité pour les sujets de plus de 65 ans en médecine ambulatoire [3;43 ;51]. Elle est également recommandée par la Société française de gériatrie et gérontologie et le Conseil national professionnel de gériatrie pour le repérage en soins primaires de la fragilité [3;43]. Elle reprend les critères du gold standard en impliquant une dimension sociale et cognitive. Cette échelle est simple, rapide et accessible à tous les professionnels prenant en charge la personne âgée en ambulatoire [3;43 ;51]. Elle ne nécessite pas de formation préalable [43;51]. Elle doit être réalisée à distance de tout événement pathologique aigu chez des patients autonomes (ADL supérieur ou égal à 5.6) [43]. Elle dure moins de 5 minutes [51]. Elle est composée de 6 questions fermées (oui/ non/ ne sait pas) [35] (Annexe 3). C'est un outil qui confirme la fragilité quand il existe 1 ou plusieurs des 6 critères précédents. La dernière question (votre patient vous paraît-il fragile ?) laissant une large place au jugement clinique du professionnel. Le patient est considéré comme fragile si une des 6 questions est positive et / ou le professionnel trouve le sujet fragile. Dans ce cas, un bilan complémentaire doit être proposé. L'échelle ne prend pas en compte les antécédents ni n'évalue le plan social [51].

Une étude de 2020 a comparé 5 tests de repérage de la fragilité dont la grille du gérontopôle de Toulouse en utilisant les critères de Fried en référence. Le Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) et le questionnaire Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness, Loss of Weight (FRAIL) ont été les plus sensibles [44].

b) Expérimentation Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

Le programme PAERPA est une expérimentation fondée sur l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, et s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé et de prévention de la perte d'autonomie. Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) a montré en juin 2011 qu'une bonne coordination entre les acteurs du système de soins, du secteur médico-social et du secteur social améliorerait

l'accompagnement des personnes âgées fragiles et serait source d'économie pour l'Assurance maladie [52]. Il a été constaté auparavant un manque de coordination entre les différents professionnels au sein d'un même territoire ce qui a poussé la création du projet de santé PAERPA, dans le but d'améliorer la coordination des professionnels dans ce domaine [52]. Le PAERPA a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et d'identifier la fragilité des personnes âgées de plus de 75 ans en coordonnant les secteurs médicaux et sociaux, afin d'améliorer la pertinence et la qualité des soins et des aides dont bénéficient les personnes âgées et d'améliorer leur qualité de vie et celle de leurs aidants dont le rôle est majeur auprès des personnes âgées [52;53]. Dans le cadre du PAERPA, le repérage se fait à partir de la grille GFST, qui est simple, rapide et accessible à tous, utilisables par des professionnels formés. A la suite de ce repérage, les médecins traitants doivent orienter les personnes âgées qu'ils auront identifiées comme étant fragiles vers les hôpitaux de jour gériatriques pour une évaluation gériatrique standardisée [52]. L'évaluation gériatrique amène à la construction d'un plan personnalisé de santé (PPS). Le PPS est un outil clé pour la prise en charge globale du patient qui a été mis en place dans le cadre du projet du PAERPA et réutilisé par plusieurs MSP. L'élaboration de ce PPS permet la mise en place de soins coordonnés et d'aides à domicile, pour éviter les hospitalisations inutiles ainsi que la polymédication [53]. Il renforce le lien médico-social, le maintien à domicile et améliore la coordination entre les intervenants. En 2018, l'expérimentation PAERPA couvrait 11 % de la population des 75 ans et plus, soit 698 638 personnes âgées de 75 ans et plus [54]. Les résultats de 2015-2016 ne permettaient pas de conclure à un impact du PAERPA sur les 9 territoires pilotes, car le délai et le nombre de territoires n'étaient pas assez importants. C'est pourquoi le projet s'est étendu en 2016 sur de nouveaux territoires [55].

5- Objectifs de l'étude

La population française est vieillissante, entraînant une augmentation des personnes en situation de fragilité et de dépendance, à risque d'institutionnalisation. La fragilité est réversible avec une prise en charge adaptée et précoce [6]. C'est pourquoi un repérage de la fragilité doit s'effectuer de façon précoce chez les personnes âgées vivant à domicile. Le territoire Lyons Andelle est un territoire vieillissant avec une offre de soins déficitaire, difficile d'accès pour les personnes âgées. Il existe cependant une dynamique sur le territoire avec des structures médico-sociales déjà actives. Le territoire de Lyons Andelle ne fait pas partie des territoires sélectionnés par le dispositif PAERPA et ne bénéficie donc pas de projet de repérage et de maintien à domicile des personnes fragiles. Il a donc été réfléchi au sein de la MSP de Charleval un projet de repérage et de prise en charge de la fragilité de la personne âgée, inspiré du programme PAERPA. Le projet s'est appuyé sur une vraie coordination entre la MSP, les acteurs sociaux du territoire et les structures de gériatrie de proximité (EMED, hôpital de jour de gériatrie, accueil de jour ou EHPAD avec possibilité d'hébergement temporaire). Cette étude ne porte que sur le repérage de la fragilité, la prise en charge qui s'ensuivra est l'objet d'une seconde thèse réalisée par deux autres internes. Il a été décidé pour organiser ce repérage de construire une mission de santé publique, dont l'avantage est de permettre un repérage au-delà de la patientèle de la MSP.

L'objectif principal de cette étude est la rédaction d'une mission de santé publique sur le repérage de la fragilité des personnes de plus de 70 ans au sein de la maison de santé pluri professionnelle de Charleval.

Les objectifs secondaires sont la sensibilisation des professionnels du territoire au repérage de la fragilité en partenariat avec les acteurs sociaux du territoire et le développement de la coordination pluri professionnelle.

II. Méthode

Différentes étapes ont permis la construction d'une mission de santé publique à partir de septembre 2019. La première étape avait pour but d'identifier les problèmes de santé de la population de Charleval, d'analyser la situation sur le territoire, et de faire des recherches bibliographiques sur le problème identifié. La deuxième étape consistait en une étude de territoire sur les besoins et attentes concernant ce problème de santé par le biais d'une étude qualitative. La mission de santé publique était ensuite construite en coordination pluriprofessionnelle, à travers des réunions pluriprofessionnelles, en se basant sur un guide de création d'action de santé publique [24].

1-Etape 1 : Recherches bibliographiques

Un recueil de données épidémiologiques sur le territoire de la commune de Lyons Andelle et Charleval a été réalisé. Des recherches bibliographiques autour de la fragilité de la personne âgée ont été effectuées à partir d'octobre 2019. Différents moteurs de recherche ont été utilisés tel que : CAIRN, Pubmed, HAL, SUDOC ou encore le site AMELI, le site de la HAS, CisMef ou l'INSEE avec l'aide de différents mots-clefs en français : fragilité, personne âgée, médecine générale, GFST, gériatrie, évaluation, mission de santé publique, repérage, dépistage... ou en anglais.

Les thématiques recherchées ont été :

- la définition de la fragilité et les modalités de repérage existantes,
- la connaissance de la fragilité par les professionnels de santé,
- les différentes échelles existantes,
- l'impact du repérage de la fragilité sur la prise en charge,
- le fonctionnement d'une MSP, notamment sur le travail pluriprofessionnel
- la création d'une mission de santé publique au sein d'une MSP.

Pour la création d'une mission de santé publique adaptée au territoire et aux professionnels, il a été ensuite nécessaire de faire un état des lieux des attentes et des besoins des professionnels concernant le dépistage de la fragilité sur le territoire.

2-Etape 2 : Etude qualitative sur les attentes et besoins des professionnels médicaux et sociaux du territoire de Charleval autour du repérage de la fragilité

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée du 23 avril 2020 au 9 juillet 2020, en partenariat avec les deux autres internes travaillant sur la suite du projet sur la prise en charge de la fragilité. L'objectif était de récolter les attentes et besoins des professionnels sociaux et médicaux du territoire sur le repérage de la fragilité. Le choix des entretiens individuels semi-dirigés paraissait le plus adapté pour permettre à chaque professionnel de s'exprimer librement tout en orientant la discussion sur les thèmes de notre recherche.

a) Population de l'étude

L'échantillonnage s'est fait de façon raisonnée parmi les professionnels sociaux du territoire de Charleval, travaillant au contact des personnes âgées et les professionnels de l'association Mazille.

b) Élaboration du guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés ont été élaborés à l'aide d'un guide d'entretien évolutif réfléchi en amont en collaboration avec les deux autres internes (ANNEXE 1). Ce guide d'entretien comportait sept questions dont la première pour recueillir les données épidémiologiques (nom, prénom, activité professionnelle, âge) suivi d'une question "brise-glace". Des questions de substitution et de repli étaient prévues afin de faciliter la discussion et de pouvoir préciser les questions si besoin. Le guide d'entretien cherchait à recueillir :

- la définition de la fragilité selon le professionnel interrogé ;
- le mode de repérage de la fragilité par chacun des professionnels (s'ils pratiquaient le repérage, quels étaient les outils utilisés) ;
- les freins rencontrés lors du repérage et de la mise en place du suivi par chaque professionnel;
- la connaissance des réseaux et des aides possibles ;

- la prise en charge de la fragilité (à qui le professionnel adressait le patient qu'il estimait fragile, qu'elle était sa prise en charge et ses difficultés concernant la prise en charge) ;
- leurs attentes concernant le repérage ;
- leurs idées pour améliorer le travail pluridisciplinaire.

Ce guide a été testé avant le premier entretien afin de s'assurer de sa fluidité et de sa faisabilité.

c) Recueil des données

Nous avons interrogé les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Les deux autres internes se sont entretenues avec les acteurs sociaux du territoire. Les professionnels ont été contactés par mail pour leur proposer de participer à un entretien téléphonique ou une visioconférence à l'aide du logiciel Zoom®, au vu des circonstances sanitaires (pandémie de Covid 19). Un seul entretien a pu se faire en présentiel. Une relance a été envoyée par mail un mois après en l'absence de réponse. Le consentement écrit a été récupéré par mail pour chaque professionnel participant à l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils étaient ensuite retranscrits mot à mot sur Word® et anonymisés par la personne ayant mené l'entretien. Tous les entretiens étaient ensuite partagés entre les quatre internes pour effectuer l'analyse.

d) Analyse des données

Les entretiens ont été codés sur Excel®. Notre analyse était axée sur les besoins et attentes des professionnels autour du repérage de la fragilité. L'analyse des deux autres internes était axée sur la prise en charge de la fragilité. De ce codage, nous avons extrait des catégories et grands axes correspondants aux grandes idées retrouvées lors des entretiens. Une triangulation des données a été faite par les quatre internes. Chaque binôme a codé ses propres entretiens puis une deuxième relecture a été effectuée par l'autre binôme permettant ainsi de regrouper les entretiens des acteurs sociaux, médicaux et paramédicaux.

e) Ethique

Tous les entretiens ont été anonymisés. Le consentement pour l'enregistrement et l'utilisation des données a été récupéré par mail pour chacun des professionnels participant. Une fois les entretiens retranscrits, les enregistrements audio ont été immédiatement supprimés sans sauvegarde. Les retranscriptions ont été pseudonymisés afin de garantir l'anonymat des professionnels.

3-Etape 3 : Elaboration d'une mission de santé publique

L'élaboration de la mission de santé publique a ensuite nécessité plusieurs réunions pluriprofessionnelles pour réfléchir aux objectifs, aux critères d'inclusion et d'exclusion, au déroulement de l'intervention, ainsi qu'aux critères d'évaluation.

a) Objectifs

L'objectif principal de la mission de santé publique est le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 70 ans, autonomes, sur le territoire de la communauté de communes de Lyons Andelle. Les objectifs secondaires sont la sensibilisation des professionnels du territoire au contact des personnes âgées au repérage de la fragilité et l'amélioration de la coordination pluriprofessionnelle.

b) Population étudiée

Lors de la création d'une mission de santé publique, une population cible doit être déterminée avec des critères définis.

La population cible de cette mission de santé publique est :

- personnes âgées de plus de 70 ans
- autonome avec ADL 5 ou 6
- vivant à domicile ou en résidence pour Personnes Agées (RPA)

- sur la communauté de communes de Lyons Andelle.

Les critères d'exclusion sont :

- patient de moins de 70 ans strictement
- non autonome avec ADL compris entre 1 et 4 inclus
- vie en institution
- existence d'un suivi gériatrique
- refus de la personne.

c) Déroulement du repérage de la fragilité

Plusieurs réunions pluriprofessionnelles ont eu lieu, les premières avec les coordinateurs de la MSP. Les suivantes ont été organisées avec les différents acteurs médicaux et paramédicaux pour faire part de l'avancée de la mission de santé publique, recueillir leurs avis, et s'assurer de la faisabilité du projet dans le respect des champs de compétence de chacun. Un avis spécialisé auprès du service de gériatrie du CHU de Rouen a également été recueilli. Ces réunions ont permis la validation du projet sous forme de mission de santé publique pour le repérage de la fragilité.

d) Critères d'évaluation

Des critères d'évaluation du repérage de la fragilité ont ensuite été recherchés pour évaluer la mission de santé publique, en s'appuyant sur la littérature. Cette étape d'évaluation fait partie intégrante de l'élaboration d'une mission de santé publique.

4-Etape 4 : Démarches et enregistrement

Une inscription au registre des activités de traitement de l'université de Rouen a été réalisée auprès de la Déléguée à la protection des données (DPO).

III. Résultats

1- Etude qualitative : Etude qualitative sur les attentes et besoins des professionnels médicaux et sociaux du territoire de Charleval autour du repérage de la fragilité

a) Données épidémiologiques

Dix-huit entretiens ont été réalisés avec des professionnels médicaux et paramédicaux. Parmi les acteurs médicaux et paramédicaux on retrouve : des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes, un podologue, un diététicien, un pharmacien. Parmi les acteurs sociaux étaient représentés : le SSIAD, la PTA, l'EMG, l'EMED, l'association Espace Libre de Charleval, la MAIA, la communauté de communes et le CLIC.

Les professionnels étaient âgés de 28 à 62 ans, pour une moyenne d'âge de 41 ans.

b) La fragilité : un processus multifactoriel sans définition unique

Chaque professionnel avait sa propre définition de la fragilité, selon son domaine : *“Parce qu'on voit la fragilité en fonction de son profil professionnel (E18) “ “selon les professionnels, on n'a pas tous les mêmes définitions de la fragilité et je pense que voilà il faut qu'on ait le même vocabulaire tout le monde, tous les intervenants (E10)”.*

Les professionnels avaient conscience qu'une personne âgée n'est pas toujours une personne fragile, et inversement : *“Il faut se dire aussi que voilà l'âge c'est pas forcément le critère de fragilité, on peut très bien avoir 95 ans et être on va dire en bonne santé et puis finalement avoir quelqu'un de 65-66 ans et qui finalement sera plus fragile que quelqu'un de plus âgé. Je pense que dans la tête de beaucoup de personnes, plus on vieillit plus on devient fragile mais en fait, on peut être fragile jeune (E10)”.*

La fragilité était perçue comme un état global et complexe : *“Il faut remettre la personne dans un contexte global (E5)”, “Les critères [de fragilité] c’est sur le plan de la santé, de l’entourage familial, sur le plan de la vie quotidienne, de l’observance des traitements. La fragilité, elle est multifactorielle (E11)”, “l’âge de début du repérage dépend des conditions de vie et selon les pathologies aussi (E4)”.*

Plusieurs facteurs de fragilité étaient décrits :

- **La fragilité physique était repérée par :**

- **Une atteinte de la mobilité avec possibles chutes :** *“le déficit de ses capacités fonctionnelles [...] est un critère d’évaluation de la fragilité (E3)”, “les troubles à la marche, une chute c’est pas anodin ça peut faire partie de la fragilité (E18)”,*
- **Une diminution de la force musculaire et de la capacité physique :** *“on évalue la perte de force musculaire, d’équilibre de manque de coordination (E3)”, “Après un certain âge les déplacements sont plus difficiles et la dépense énergétique n’est pas la même (E7)”.*
- **Une perte de poids et d’appétit voire la dénutrition :** *“Mes critères pour évaluer une personne fragile sont [...] les personnes qui perdent du poids (E1)”, “la fragilité engendre une perte d’appétit (E5)”, “la situation de dénutrition on a du mal à la repérer (E7)” avec des troubles nutritionnels : “Il faut faire aussi attention à l’alimentation des personnes âgées (E6)”, “je fais un petit relevé, un petit bilan diététique, et puis j’ai une albuminémie qui vient compléter ça (E7)”,*
- **Une obésité :** *“La situation d’obésité est à l’origine de sa fragilité du fait de déplacements limités (E7)”*

- **La fragilité psychique était repérée par :**

- **Une anxiété :** *“On sent d’ailleurs une fragilité qui s’installe chez toutes les personnes âgées, il y a une angoisse (E5)”*
- **Un fléchissement thymique :** *“il y a aussi les personnes qui se sentent épuisées physiquement et psychologiquement, et elles n’arrivent plus à avancer ni à se projeter dans l’avenir (E1)”,*
- **Une atteinte cognitive :** *“il faut prendre en compte le côté cognitif (E1)” “la fragilité c’est je pense [...] des déficits intellectuels ou de la compréhension. (E3)”,*

- **Une désorientation temporo-spatiale** : *“on a senti une certaine désorientation s’installer qui était déjà présente (...) et dans ce cas on sent une fragilité (E5)”*,
 - **Une inobservance thérapeutique** : *“Faire remplir le pilulier par les infirmières pour éviter les erreurs de prise de médicaments (E6)”*.
- **La fragilité sociale était repérée par :**
 - **Un isolement social** : *“la vulnérabilité de la personne âgée... c’est l’isolement, hein c’est l’isolement que ce soit familial (ou autre) (E16)”, “quand la personne est isolée, c’est une première alerte (E14)”, “Est-ce que la personne a des liens avec ses enfants ? A-t-elle des liens avec ses voisins ? Combien de contacts humains a-t-elle par jour ? Ça, ça dit déjà l’état psychique d’une personne qui ne va rencontrer personne dans sa journée à part l’infirmière quelques fois et là... (E15)”. **Cet isolement était décrit comme plus précoce dans les milieux sociaux précaires** “les milieux sociaux on va dire un petit peu moins favorisés il y a des isolements un peu plus précoces (E7)”*
 - **Des difficultés financières** : *“La vulnérabilité, précarité (...) on a des gens qui sont dans une situation financière déplorable (E16)”,*
 - **Une dépendance à une tierce personne** : *“La patiente est dépendante à un voisin qui peut l’emmener faire des courses (E8)”,*
 - **Une fatigue de l’aidant** : *“Monsieur était aidant plus plus plus au point de s’en épuiser (E11)”, “vous voyez les aidants s’épuiser (E17)”*.

c) Un repérage trop tardif, des professionnels en demande de formation

Les professionnels se fiaient à leur ressenti pour évaluer la fragilité : *“on ne l’a pas diagnostiqué avec des critères francs mais on le pressent (E8)”, “On sent le moment propice pour discuter avec la personne, quand elle est réceptive (E5)”*. **Ils se référaient au changement d’attitude et de comportement du patient pour repérer la fragilité** : *“on voit que parfois ils [les patients] sont perdus et qu’il y a un flou qui s’installe dans le comportement. (E6)”, “on connaît nos patients on voit quand quelque chose change (E5)”*.

Les professionnels rapportaient un retard de repérage de la fragilité du fait de son caractère insidieux : *“dès fois tu t’habitues aux gens et puis au bout de trois ans, tu dis oh bah mince il a perdu 5 kg et tu t’en n’es pas aperçu parce que tu les vois régulièrement (E13)”, “La fragilité elle s’installe insidieusement sans que les personnes la voient et aient envie de la voir (E17)”.*

La prise en charge était souvent curative et trop tardive : *“Quand il y a déjà quelque chose d’engagé, globalement c’est trop tard (E13)”, “Nous souvent déjà le service d’aides à domicile, on est interpellé au moment où il s’est déjà passé quelque chose donc la fragilité c’était avant (E14)”, “on a une mentalité beaucoup plus curative que préventive. (E3)”*

Les professionnels évoquaient leur envie et besoin d’être sensibilisés au dépistage de la fragilité : *“besoin de reposer un peu le contexte de fragilité, les tenants, les aboutissants, les critères diagnostiques, les complications... (E11)”, “manque de formation sur le repérage, on ne les maîtrise pas (E3)”, “Déjà je pense qu’il faudrait pour nous, (silence), j’imagine, (silence) peut être une journée particulière avec l’ensemble des aides à domicile de notre service, une journée peut-être avec d’autres intervenants (E14)”*

Le circuit de repérage de la fragilité devait être amélioré : *“il faudrait nous former aussi sur ce qui existe (E2)”, “[...] elle [secrétaire de mairie] complète l’outil de repérage, qu’elle le transmette au CLIC et que le CLIC puisse aller faire une évaluation plus approfondie. Avant la session [session de sensibilisation à la fragilité] [...] la secrétaire de mairie, elle aurait répondu trois ou quatre fois à la personne âgée, elle n’aurait pas fait le lien avec le CLIC. Le CLIC aurait peut-être récupéré la situation des années plus tard de façon beaucoup plus dégradée (E11).”*

Prendre en charge la fragilité permettait parfois de retarder la dépendance : *“On [professionnel paramédical] leur donne de petits conseils de base. C’est pour améliorer leur quotidien ou du moins retarder la dépendance. (E6)”*

Les dépenses médicales pouvaient diminuer en améliorant la prévention : *“si on agit plus dans la prévention on est plus efficace et à long terme ce sera aussi moins cher pour le système de santé (E3)”.*

Des conditions de travail difficiles expliquaient le repérage trop tardif lié notamment à :

- **Un manque de temps :** *“en fait la problématique c’est le temps. Si je mets des rendez-vous toute la journée, le temps de concertation de communication et de coordination il va se faire le soir, or le soir toutes les structures : CLIC et tout ça sont fermées (E13)”, “les infirmières [...] souvent elles n’ont pas le temps de remplir des documents (E12)”, “ça demande beaucoup de temps et on est tous tout le temps en train de courir (E16)”.*
- **Une absence de reconnaissance professionnelle et de valorisation de ce temps accordé :** *“c’est un investissement de temps [pour le repérage] de soignants et c’est un investissement qui n’est pas assez valorisé en médecine libérale (E9)”.*
- **Un manque de personnel :** *“on a des difficultés de recrutement depuis au moins 2016, des vraies difficultés de recrutement, on a du mal à avoir des personnes (E14)”, “nous ne trouvons pas d’aide à domicile disponible (E4)”, entraînant un recrutement de personnel moins qualifié : “Quand je suis arrivée moi en 2012, on recrutait des personnes diplômées ou expérimentées et au fur et à mesure c’est devenu des personnes motivées. On va prendre des personnes qui aiment bien les personnes âgées, [...] on va les tester en tant qu’aide à domicile parce qu’on n’a pas le choix, c’est soit ça soit on n’a pas assez d’intervenants (E14) “.*
- **Un isolement professionnel :** *“A ce moment-là, moi je n’avais plus de responsable, plus de collègue, c’était un peu compliqué (E14)”, “c’est compliqué pour nous dans le sens où à domicile on est toujours un peu plus seule (E4)”.*
- **Des délais parfois trop longs entre la demande et la mise en place des aides :** *“on peut avoir des difficultés de délais de prises en charge surtout pour les auxiliaires de vie (E4)”, “il faut attendre 2 à 3 mois pour obtenir de l’aide à la toilette ou aux repas (E4)”, “des fois la situation aussi ça traîne pour arriver à mettre en place un dossier, le temps que le dossier APA soit fait, le temps qu’il soit traité, pourtant apparemment on n’est pas le pire des départements mais c’est je pense encore trop long quand il y a une personne qui se dégrade (E12)”, avec des conditions de mise en place des aides parfois strictes : “manque de souplesse de la part des organismes d’aides à domicile (E9)”, “les structures qui interviennent à domicile interviennent avec un cahier des charges avec notamment l’obligation d’un lit médicalisé, l’obligation de porter des gants... (E9)”.*
- **Un manque de place dans les structures :** *« c’est les places en hébergement temporaire où il n’y a pas toujours de place et quand il y en a ça a un coût (E12)”.*

d) Un repérage simple, rapide, commun, proposé par les professionnels, avec un outil déjà utilisé par les professionnels sociaux

Les professionnels médicaux et paramédicaux rapportaient le manque d'outils de repérage :

“il y a peu de choses de mises en place voire rien finalement pour repérer les difficultés d'une personne âgée (E2)”, “on n'a pas de critères, pas de questionnaire (E5)”, “on n'a pas de grille (E4)”.

Les professionnels sociaux utilisaient déjà un outil de repérage récent et peu connu des professionnels médicaux : le Formulaire d'analyse et d'orientation des situations (FAOS) :

“Le FAOS là c'est vraiment, enfin moi je trouve ça parfait car ça permet de mettre le doigt sur des patients qui sont en difficultés fragiles et de ne pas les laisser dans la nature (E17)”.

Le FAOS était décrit comme :

- **complet** : *“Depuis qu'on a le FAOS je trouve ça très bien, moi dessus j'ai tous les renseignements qu'il me faut pour aller faire mes visites à domicile et si je vois qu'il me manque un petit quelque chose, j'ai toujours un numéro de téléphone soit j'appelle le CLIC, soit la famille, soit le service d'aides à domicile, soit le médecin traitant. Moi cette fiche-là elle me suffit et je trouve qu'elle est bien complète (E10)”*,
- **simple d'utilisation** : *“on a le FAOS qui va être connu de tous les professionnels, je trouve que cette feuille est pas mal, tout tient sur un recto verso, on a l'identité de la personne, la personne ressource à appeler en cas de besoin, on sait le médecin traitant, on sait s'il y a des aides qui sont en place et puis derrière on a toutes les alertes. Je vais dire c'est clair, c'est pas un vocabulaire trop compliqué (E10)”, “Après on écrit des informations à la main ou à l'ordinateur, mais c'est un bon outil une feuille toute simple avec des cases à cocher on complète avec des éléments à donner. Moi je trouve que c'est un bon outil qui est assez bien fait (E18)”*
- **utilisable par tous** : *“On a mis en place un outil qui s'appelle le FAOS qui peut être utilisé par tout professionnel qui intervient dans le parcours (E11)”.*

Les professionnels de santé exprimaient le besoin d'un outil de repérage simple, unique, standardisé et ouvert à tous : *“utiliser des outils communs, travaillés et reconnus par tous. (E17)”, “faire un questionnaire un peu comme le MNA [Mini Nutritional Assessment], avec des questions clefs justement en faisant quelque chose d'assez global pas forcément porté que par la nutrition mais avec d'autres catégories (E7)”, “Je suis pas sûre qu'aujourd'hui si on créait un nouvel outil, les gens soient pas perdus à savoir quel outil il faut utiliser quel secteur. Je trouve que le FAOS est un outil régional, ça me paraîtrait plus simple d'utiliser un même outil (E18)”, “une grille avec des critères et pouvoir échanger avec les professionnels de santé sur la même grille (E1).*

Les professionnels souhaitaient que le repérage soit une mission commune. Ils demandaient que le repérage soit réalisé par tous : *“L'objectif c'est que ça repose pas sur un seul acteur mais sur tous les professionnels pour que les uns et les autres soient en mesure d'intervenir et d'anticiper (E11)”, “pour moi il n'y a pas une personne en particulier (qui doit repérer] toute personne qui travaille autour de la personne âgée doit en être capable, ça va de l'auxiliaire de vie qui est là 1 à 2 fois par semaine voire tous les jours, le médecin généraliste qui est vraiment la personne que la personne âgée voit tous les mois ou 2 mois, ça peut être l'infirmière libérale, le maire qui aurait été alerté suite à un petit souci, ça peut être les pharmaciens enfin voilà, vous voyez ça peut être tout le monde (E10)”.*

Les professionnels proposaient de sensibiliser le public à la fragilité et à son repérage : *“Mettre des affiches dans l'entrée de notre cabinet (E8)”, “on peut fournir des magazines qui présentent toutes les aides dont ils peuvent bénéficier (E6)”, “mettre en place des ateliers pour repérer (E5)”, “Je pense qu'un réseau autour de ça mais qui allie la proximité, un voisin par exemple. On va mettre en place la notion de voisin bienveillant dans les quartiers. Et le voisin bienveillant avec par exemple dans ce qui est prévu, il est censé accueillir un nouveau voisin, organiser apéro de quartier pour l'accueillir [...] mais il aura aussi dans ses missions d'être vigilant par rapport aux personnes âgées qui sont dans son quartier, si les volets s'ouvrent pas si tout ça. Si on crée plus de proximité en impliquant des non-soignants, en impliquant tu vois ça je pense que ça peut fonctionner (E15)”.*

Les professionnels demandaient que ce repérage puisse se faire n'importe où : “ [on pourrait] mettre en place des ateliers pour repérer (centre social, communal) (E5)”, “est-ce qu'il ne faudrait pas quelque chose qui soit extérieur à nos cabinets, qui ne recrute pas parmi notre patientèle (E8)”, **et soit régulièrement réalisé :** “Une fois par an ce serait pas mal (E2)”, “peut-être tous les ans ou tous les 2 ans (E7)”, “il faut évaluer régulièrement (E5)”.

Le repérage devait être débuté entre 60 et 75 ans selon les professionnels : “à partir de 65 ans car c'est l'âge dans lequel on définit la personne âgée et ça permet déjà d'intervenir dans une phase plus préventive. (E3)”, “l'âge de début du repérage dépend des conditions de vie et selon les pathologies aussi (E4)”, “75 ans c'est une moyenne d'âge où il commence à y avoir quelques soucis. (E6)”, “Oui vers 80 ans, là on voit bien que là il faut être plus vigilant (E15)”, “(commencer le repérage à 60 ans) parce que 60 ans c'est l'âge auquel débute l'APA. Après c'est à la fois jeune et pas trop jeune (E18).”

Certains professionnels souhaitaient que le repérage s'effectue :

- **Lors de consultations dédiées :** “ (le professionnel pourrait) diriger le patient vers une consultation infirmière quand il décèle un souci (E5)”,
- **Lors d'actions ciblées :** “C'est l'action du moment du coup on l'a toujours en tête (E8)”, “Ça peut être [...] la consultation du moment [thème ciblé sur plusieurs mois comme le mois sans tabac par exemple] mais on ne fait pas ça au moment de la consultation, on la propose au patient (E8)”,
- **De façon systématique :** “ [faire la] démarche de contacter les gens pour cette consultation-là (E8)” **qui peut paraître inadapté pour le patient :** “ [le repérage systématique lors d'une consultation] ça peut paraître complètement inadapté car les patients consultent pour quelque chose qui leur paraît eux très urgent et on va leur parler d'autre chose (E8)”.

e) Une communication et un travail pluriprofessionnel essentiels au bon repérage de la fragilité

Le travail pluriprofessionnel semblait essentiel pour un bon repérage du fait de l'apport de chaque spécialité : *“En fait on se rend compte en réunion de coordination, que quand on échange sur des situations chacun a des éléments différents et que quand on les met en commun, on a une vision beaucoup plus précise de la situation [...] on repère des choses en fonction de notre profil, de notre situation professionnelle et que le fait d'être tous autour d'une table et de pouvoir échanger sur une situation ça nous aide bien (E18)”, “en fait on n'est jamais réellement en difficulté parce qu'on a une approche pluridisciplinaire donc on travaille en équipe et ça, ça aide face à la fragilité à ne pas prendre des décisions seule à avoir une approche médicale et sociale en même temps. Ce qui fait qu'on arrive à dépasser la difficulté. On a vraiment besoin de ces deux piliers-là en même temps (E15).”*

Le lien et la coordination entre les acteurs sociaux, médicaux et paramédicaux étaient indispensables : *“Et là on se rend bien compte qu'autour de la personne fragilisée la coordination est indispensable (E15)”, “On essaie d'avoir cette vision globale mais en réalité la meilleure solution c'est de se coordonner, de travailler ensemble sur les situations (E18)” “je pense que c'est indispensable que le CLIC soit en lien avec les médecins (E18)”, “moi j'apprécie d'avoir les médecins au téléphone ne serait-ce que pour avoir les antécédents médicaux, quelques informations sur des patients que je connais pas du tout [...] La communication avec le médecin c'est important (E10)”, “j'avais contacté la pharmacie pour savoir s'ils avaient ce qu'il fallait au niveau de l'aide technique (E3)”.*

Les professionnels connaissaient peu les acteurs de leur territoire : *“c'est vrai que même moi encore maintenant il y a des gens que je vois en journée de sensibilisation je me dis ah zut je le connaissais pas (E10)”, “je ne connaissais aucune structure (E1)”, et demandaient de bien connaître ces différents acteurs :* *“c'est super important, il faut vraiment que tout le monde sache ce qui existe sur le territoire” (E1), “on est vraiment une chaîne et chacun est un petit maillon de la chaîne pour prendre en charge de façon globale la personne âgée (E10)”, “ce qui est important aussi c'est aussi connaître ses collègues même si on ne travaille pas tout à fait*

sur la même chose. [...] connaître les personnes avec qui on va travailler, savoir qui solliciter et à quel moment (E17)”, “différentes clés : c’est bien se connaître, s’identifier les uns les autres, bien identifier les modes de fonctionnement, lever certaines représentations qu’on peut avoir des uns des autres (E11)”.

La communication semblait essentielle et déjà bien établie entre les acteurs sociaux : “on a un comité d’orientation avec le CLIC, la MAIA, la PTA, le SSIAD pour voilà discuter des situations on va dire complexes au domicile (E10)”. **Elle paraissait moins présente entre les professionnels de santé :** “je n’ai plus aucun retour de comment va la personne (E2)”, “Elles [auxiliaires de vie] n’ont peut-être pas assez de contact avec les médecins (E5)” **et entre les professionnels de santé et les structures :** “la personne est hospitalisée, en maison de retraite ou décédée et je ne suis pas au courant (E1)”, “(il y a un) manque de lien entre les structures qui interviennent au domicile et le médecin traitant (E9)”, “L’autre difficulté c’est dans la communication entre les différentes instances (E9)”.

Cette absence de circuit de communication était à l’origine d’une perte d’information : “Les auxiliaires de vie elles ont tellement de choses à nous dire, elles le disent à leur responsable mais des fois elles auraient eu envie de nous le dire tout de suite. Il y a des éléments qui sont perdus en route (E18)”.

Les professionnels utilisaient différents moyens de communication :

- **Les Réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) :** “nous, on coordonne tout ça en RCP notamment, réunion de concertation pluripro, où là ça a tout son sens qu’on aborde les choses d’un point de vue médical mais également social (E15)”, “RCP une fois par mois approximativement mais si l’on a un problème aigu on peut fixer une réunion au pied levé (E4)”. **Les professionnels de santé étaient demandeurs de RCP régulières :** “Les RCP qui vont être programmées justement pour parler de différents patients c’est clair que ça aura un intérêt vraiment important (E7)”, “faire des réunions sur ce sujet-là (qui aborde la fragilité) (E8)”, “On pourrait imaginer des réunions ponctuelles d’une heure, organisées sur le temps du midi avec les intéressés (E6)”.
- **Les cahiers de liaison :** “On travaille avec des auxiliaires de vie en utilisant des cahiers de liaison (E5)”,

- **Le téléphone** : *“lorsqu’on a un souci on appelle directement le médecin ou on laisse des messages (E4)”, avec une difficulté de communication avec le secrétariat médical : “Par le biais du secrétariat c’est assez compliqué en fait, c’est très long et on a l’impression de les embêter (E6).”*

Certains professionnels rapportaient un problème de sécurisation des données : *“Le problème c’est la sécurisation des données (E6)” et une nécessité d’y pallier* : *“je pense que ce serait bien qu’on ait un outil sécurisé qui nous permette de mettre clairement les éléments dans les mails (E18)” “Là justement pour que ce soit le plus sécurisé possible, on est en train de travailler en lien avec l’ARS à un système d’application numérique dédiée à la coordination qui permettra vraiment des échanges sécurisés entre professionnels. Elle devrait voir le jour en 2021 (E11)”.*

La communication était également essentielle pour la relation patient/aidant et professionnel de santé, basée sur une relation de confiance : *“établir une relation de confiance avec le patient est très important pour la prise en charge (E3)”, “créer une relation plus soutenue, plus régulière pour mettre en place cette relation de confiance et lever les freins qui peuvent être émis (E11)”.* **Le patient était parfois dans le déni de sa fragilité et refusait les aides** : *“certains ne veulent pas aborder le fait de devenir fragile, parfois ils ne s’en rendent pas compte (E5)”.* *“les patients sont parfois des freins à leur propre prise en charge (E2)”, “On a des refus, certains ne veulent déjà pas aborder le fait de devenir fragile (E4)”, “Parfois la personne n’adhère pas à la prise en charge (E3)”.* **C’était souvent l’aidant qui mettait les aides en place** : *“il y a un moment donné, c’est plus vous qui avez la main c’est la personne en face de vous avec son conjoint, son fils, sa fille (E17)”.* **Ces aides étaient parfois vécues comme un échec pour les aidants** : *“Parce que par amour, par droit de devoir, parce qu’ils sont mariés pour le meilleur et pour le pire, le pire il va très loin et souvent c’est difficile pour eux d’accepter. En fait, ils vivent un peu l’intervention d’un service d’aides à domicile ou autre comme une incapacité de leur part et une défaillance, alors que pas du tout ils font déjà beaucoup de choses, ils sont épuisés (E18)”, “C’est de la culpabilité souvent, c’est de penser qu’ils vont s’en débarrasser, ils ne veulent pas de ça. Ils pensent que s’ils vont en accueil de jour, c’est les mettre de côté, une ou deux journées par semaine et ça les fait culpabiliser (E17)” avec parfois le refus*

des aides de la part de l'aidant : *“parfois la famille est dans le refus aussi (E4)”, “assez compliqué aussi, c’est la famille qui décide (E4)”*.

2- Rédaction de la mission de santé publique : sensibilisation et repérage de la fragilité de la personne âgée au sein de la MSP de Charleval

Le document complet présenté à la MSP se trouve en annexe 6.

a) Repérage de la fragilité des personnes âgées au sein de la MSP

Les référents du projet, les professionnels de la MSP et les acteurs sociaux se sont réunis plusieurs fois pour discuter et établir les conditions de mise en pratique du repérage. Après les recherches bibliographiques et l'étude qualitative sur les besoins et attentes des professionnels, le choix de la grille de repérage de la fragilité s'est porté sur la grille GFST. L'échelle du gérontopôle de Toulouse est simple, rapide et accessible à tous les professionnels entourant le patient en ambulatoire [3;43]. Elle ne nécessite pas de formation préalable. Elle est depuis 2013, recommandée par la HAS comme étant l'outil national pour le repérage de la fragilité chez les sujets de plus de 65 ans en médecine ambulatoire. Elle est également recommandée par la Société française de gériatrie et gérontologie et par le Conseil national professionnel de gériatrie pour le repérage en soins primaires de la fragilité [43]. Depuis 2014, elle est la référence dans le cadre du projet PAERPA (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), initié par la Sécurité sociale [53]. Nous avons choisi de commencer le repérage à 70 ans comme proposé par la HAS [3]. Le remplissage de la grille doit se faire à distance de tout événement pathologique aigu chez des patients autonomes selon l'échelle d'autonomie ADL, ADL du patient à 5 ou 6. Les grilles ADL (Annexe 9) et GFST (Annexe 3) seront directement intégrées sur le logiciel commun (WEDA®) sous la forme d'un formulaire, mais existeront aussi sous format papier et distribuées aux différents professionnels, car tous les membres de l'association Mazille n'ont pas de session WEDA®.

Tous les professionnels de l'association Mazille sensibilisés en amont pourront repérer la fragilité via le questionnaire GFST. Le nom, prénom, date de naissance et médecin traitant du patient devront être renseignés ainsi que le nom et la profession du professionnel ayant repéré. L'autonomie sera ensuite évaluée via l'échelle ADL. Si l'ADL du patient est strictement inférieur à 5, si l'ADL du patient est strictement inférieur à 5, alors il sera exclu du repérage systématique, et le médecin traitant sera alerté de la perte d'autonomie. Il est en effet démontré que le repérage doit intervenir précocement avant le stade de dépendance.

La grille GFST est composée de 6 questions fermées (oui/ non/ne sait pas).

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

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Image 1 : Questionnaire GFST

La dernière question (votre patient vous paraît-il fragile ?) permet de prendre en compte le ressenti du professionnel. Le patient est considéré comme fragile si :

- une des six questions est positive et / ou
- le professionnel trouve le sujet fragile.

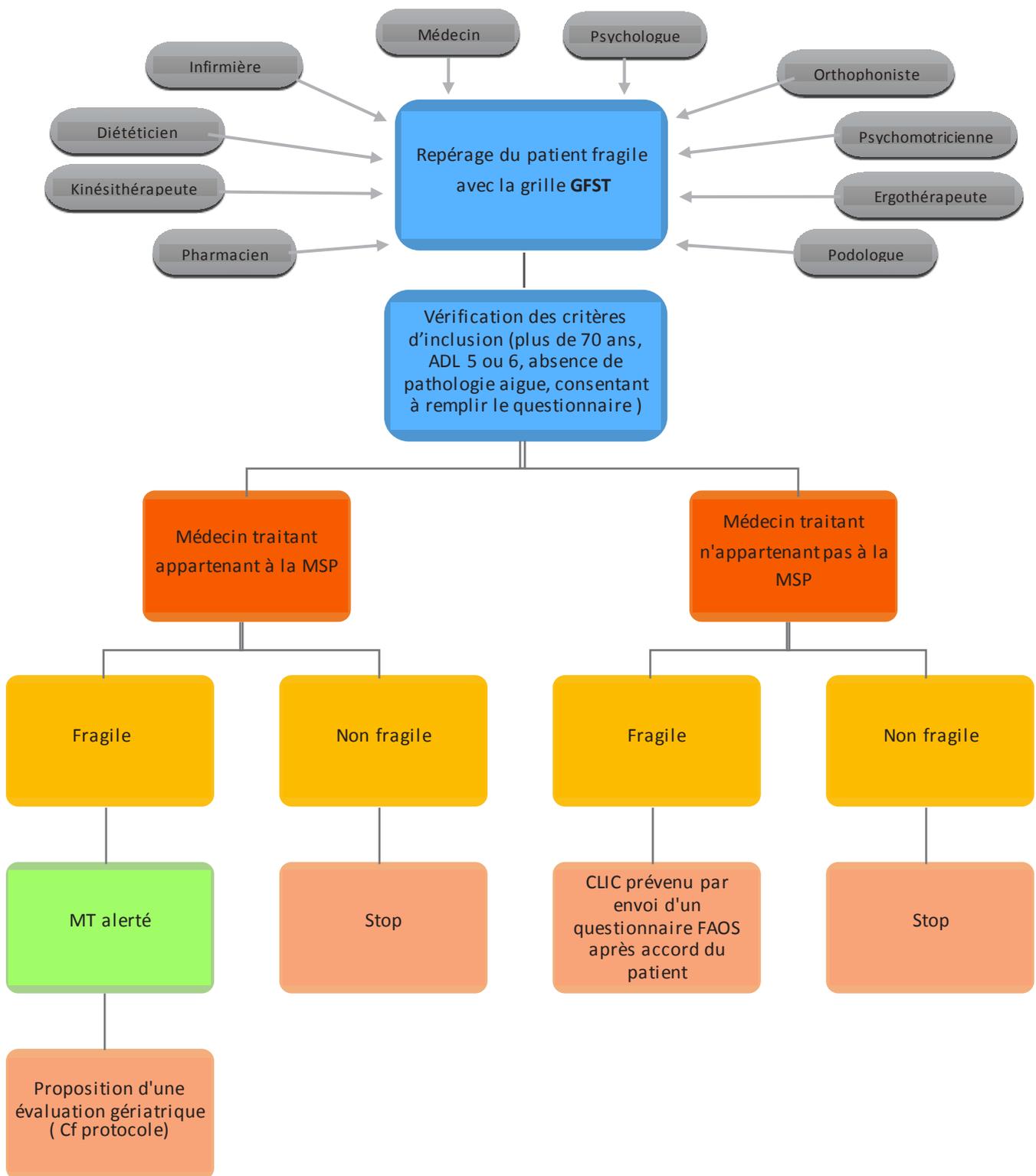


Image 2 : Repérage de la fragilité par les professionnels de l'association Mazille

CLIC : Centres locaux d'information et de coordination ; FAOS : Formulaire d'analyse et d'orientation des situations; GFST : Gérontopôle frailty screening tool ;

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle ; MT : Médecin traitant

Les démarches sont ensuite différentes selon les réponses :

Le médecin traitant n'appartient pas à la MSP :

- Le patient n'est pas fragile : le questionnaire est rangé dans le classeur de la mission de santé publique.
- Le patient est dépisté fragile : le questionnaire est rangé dans le classeur de la mission de santé publique. Un questionnaire FAOS est rempli par le professionnel ayant dépisté le patient fragile, avec l'accord du patient, et transmis au CLIC par mail. Selon leur protocole, le CLIC fera ensuite le relais vers le médecin traitant et/ou l'EMED si nécessaire.

Le médecin traitant appartient à la MSP :

- Le patient n'est pas fragile : Le questionnaire est rempli directement sur le logiciel WEDA® via un formulaire spécifique, ou rempli sur papier remis au référent fragilité. Le référent scanne et informatise le questionnaire sur le logiciel WEDA®, puis le range dans le classeur de la mission de santé publique.
- Le patient est dépisté fragile : Le questionnaire est rempli directement sur le logiciel WEDA® via un formulaire spécifique avec une alerte pour le médecin traitant (post-IT ou communication directe). Il peut également être rempli sur papier et remis au référent fragilité. Le référent scanne et informatise le questionnaire sur le logiciel WEDA®, en alertant le médecin traitant (post-IT ou communication directe). Il range le questionnaire dans le classeur de la mission de santé publique. Un protocole est en cours de construction pour la prise en charge des patients de la MSP repérés fragiles et fait l'objet d'une thèse et d'un document écrit complet. Le médecin traitant alerté de la fragilité de son patient lui proposera systématiquement une évaluation gériatrique par l'infirmière de pratique avancée (IPA) puis un plan personnalisé de santé (PPS) selon ses difficultés, avec réévaluation pluriprofessionnelle régulière [56].

Les informations nom, prénom, date de naissance, médecin traitant, résultats du questionnaire, transmission d'un FAOS seront incluses dans un tableau Excel® par le référent fragilité pour tous les patients, à visée épidémiologique et pour éviter les doublons .

Selon un bilan à 6 mois mené par la HAS dans le cadre du PAERPA [57] et selon les résultats de nos entretiens, un repérage systématique annuel est proposé pour tous les patients de plus de 70 ans.

b) Sensibilisation au repérage de la fragilité sur le territoire

La fragilité sera repérée par les professionnels de la MSP après formation lors de sessions de sensibilisation, en partenariat avec la MAIA, le CLIC et l'EMED. Des sessions de sensibilisation sont déjà organisées sur le territoire par la MAIA. Elles sont ouvertes à tous les professionnels du domaine social, paramédical ou médical sur le territoire Vexin Seine Normandie. Durant ces sessions, le CLIC et la MAIA se présentent, expliquent leurs missions et donnent également des informations sur les autres structures sociales existantes sur le territoire. Dans un second temps, ils définissent la fragilité et présentent le FAOS, grille bien connue et utilisée par les professionnels sociaux, ainsi que le circuit de prise en charge d'une personne âgée fragile. Enfin est abordée la partie éthique avec le partage d'informations. Trois professionnels de l'association Mazille (podologue, infirmière et médecin) ont participé à une première session de sensibilisation. Ces sessions sont réalisées trimestriellement. Il sera également proposé des sessions au sein de la MSP pour les professionnels de l'association Mazille sur 1 ou 2 h avec l'aide de la MAIA, du CLIC et de l'EMED, la première en juin 2021. La durée de ces sessions est de deux heures. Elles seront rémunérées pour le travail pluriprofessionnel à 35 euros de l'heure par professionnel participant dans le cadre des ACI (tarif horaire du travail pluriprofessionnel fixé par les membres de la SISA). Il est également réfléchi l'organisation de sessions de sensibilisation ponctuelles, ouvertes à la population en contact avec des personnes âgées, notamment aux bénévoles du centre social Espace libre de Charleval et des aides à domicile qui interviennent auprès des personnes âgées. Une session pourrait s'organiser avec les bénévoles s'étant proposés comme "voisins bienveillants" au centre social de Charleval. Il va être proposé au sein de l'association Mazille d'accorder un temps de coordination spécifique autour de la fragilité, par un référent attitré.

c) Plan opérationnel

L'élaboration de cette mission de santé publique a nécessité la tenue de plusieurs réunions pluri professionnelles. Le plan opérationnel est détaillé dans le document complet en annexe 6.

d) Faisabilité et acceptabilité du projet

Cette mission de santé publique a été construite et acceptée en coordination pluriprofessionnelle avec tous les professionnels de l'association Mazille et les acteurs sociaux du territoire.

Il existe plusieurs financements pour cette mission de santé publique :

- **Tarifification à l'acte T2A**

Le principal mode de financement des professionnels de santé se base sur la tarification à l'acte (T2A). Le repérage de la fragilité via la grille GFST peut se faire au cours d'une consultation médicale ou paramédicale. Mais ce seul financement n'est pas adapté pour de tels projets, plus larges, demandant une réelle implication et beaucoup de temps.

- **Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)**

Cette mission de santé publique s'intègre dans le projet de santé de la MSP et peut donc recevoir des fonds des ACI par la SISA. L'ACI permet aux professionnels de santé qui sont dans une structure sous forme juridique de SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) de pouvoir bénéficier de rémunération commune. L'équipe s'engage à répondre à un certain nombre d'objectifs. La rémunération est calculée chaque année en fonction de l'atteinte de ces engagements. Ceux-ci sont répartis en trois grands axes :

- L'accès aux soins non programmés
- Le travail en équipe et la mise en place d'une coordination interprofessionnelle
- Les systèmes d'information : dossiers de patients informatisés et partagés entre les professionnels [23;25].

Le taux horaire pour le travail pluriprofessionnel voté par la SISA au sein de la MSP est de 35 euros par heure. Les professionnels peuvent donc être rémunérés à ce taux quand ils participent aux sessions de sensibilisation à la fragilité. Le référent fragilité est également rémunéré pour la préparation des réunions et travail autour du repérage. Un financement est également prévu pour la suite du projet pour les professionnels élaborant des PPS pour les personnes âgées repérées fragiles [56].

- **Appels à projet**

Un appel à projet a été lancé début janvier 2021 par les conférences des financeurs de l'Eure, auquel les référents du projet ont répondu. La loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit la mise en place dans chaque département, d'une "Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie" (CFPPA) qui regroupe au niveau local le Conseil départemental, qui assure la présidence, l'ARS, qui assure la vice-présidence et les membres de droit (l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, l'interégime : CARSAT, MSA, La caisse primaire d'assurance maladie, les institutions de retraite complémentaire, la mutualité française, des représentants de collectivités territoriales et des établissements publics de coopération intercommunale volontaires). Le but de cette conférence est de coordonner des actions de prévention et leurs financements. Une réponse positive a été rendue le 10 février et attribuée à la SISA de la MSP de Charleval la somme de 3 200 euros pour le projet global autour de la fragilité. Cette somme permettra le financement d'ateliers pour les personnes âgées repérées fragiles dans le cadre des PPS et la coordination du projet par le référent fragilité.

e) Les critères d'évaluation du projet

Différents critères d'évaluation du repérage de la fragilité ont été discutés, réfléchis et choisis en s'aidant de la bibliographie sur l'évaluation du PAERPA, en tenant compte de leur faisabilité au sein de la MSP par le référent fragilité. L'évaluation de la mission de santé publique aura lieu un an après sa mise en place, selon les critères suivants :

- Le nombre de questionnaires de fragilité remplis [57] ;
- Le nombre de personnes âgées dépistées fragiles ;
- Le statut professionnel de la personne ayant rempli le questionnaire de fragilité ;
- Le nombre de personnes âgées repérées comme fragiles qui ont bénéficié ensuite d'une évaluation gériatrique [55] ;
- La satisfaction des professionnels, des patients et de leur entourage [52] : via un questionnaire de satisfaction
- Le nombre de passage aux urgences et le nombre de jours d'hospitalisation non programmée sur l'année suivant le repérage de la fragilité [52;55]
- Le nombre de professionnels au contact des personnes âgées sensibilisées à la fragilité, profession des personnes sensibilisées, nombre de sessions de sensibilisation sur l'année dans le cadre de la mission de santé publique
- La polyprescription continue : proportion de personnes âgées ayant eu au moins dix médicaments au moins trois fois dans les douze mois [55].

IV. Discussion

1- Le repérage et la prise en charge de la fragilité doivent être précoces pour retarder l'apparition de la dépendance

a) La fragilité : peu connue des professionnels entraînant un repérage souvent tardif

Dans l'étude qualitative, la fragilité était peu connue des professionnels médicaux et paramédicaux, entraînant un repérage souvent tardif. Ceux-ci se fiaient souvent à leur ressenti pour la repérer et ne connaissaient pas les outils existants. Selon une thèse de 2015 [41], le concept de fragilité de la personne âgée était connu par seulement 60 % des professionnels médicaux et paramédicaux interrogés, dont 73 % des médecins, 55 % des infirmiers, 72 % des kinésithérapeutes et 31,5 % des pharmaciens. L'évaluation est le plus souvent centrée sur les problèmes médicaux graves et non sur la prise en charge globale de la personne âgée, avec peu d'échanges sur ces évaluations gériatriques entre les différents professionnels de santé [7]. L'évaluation des PPS du PAERPA montrait que les PPS ciblaient aussi les personnes âgées qui ont des besoins de santé très complexes, nécessitant une prise en charge globale médico-sociale [58]. Le repérage systématique de la fragilité permet de ne pas passer à côté des personnes âgées ayant une fragilité débutante, car comme montré dans les études, les professionnels ont tendance à repérer des patients avec une fragilité déjà avancée, presque parfois au stade de dépendance. Du fait de ces difficultés d'évaluation et de coordination entre les professionnels, les besoins globaux des personnes âgées ne sont pas reconnus ou sont repérés trop tardivement, conduisant à des situations où le maintien à domicile n'est plus possible. Les médecins traitants ne voient alors parfois pas d'autre option que d'adresser leurs patients aux urgences (par exemple, pour des chutes, ou un épuisement des familles) pour avoir accès à une évaluation gériatrique par le spécialiste ou au plateau technique [7]. Selon plusieurs études, le repérage précoce de la fragilité permet un accompagnement durable du patient et des aidants [11;12;13]. La fragilité est une situation intermédiaire, précoce et progressive qui peut être réversible si elle est prise en charge rapidement [2;3]. Plusieurs études étrangères ont évalué la réversibilité de la fragilité grâce à des programmes avec

plusieurs interventions : nutritionnelles, physiques, thymiques et cognitives à domicile sur 6 mois [59;60]. L'étude internationale de Singapour était un essai contrôlé randomisé. Les résultats indiquent que les approches interventionnelles, physiques, nutritionnelles et cognitives sont efficaces pour réduire la fragilité. Cette étude montre également qu'il est possible d'identifier les personnes âgées pré fragiles et fragiles au niveau des soins primaires pour réduire efficacement la fragilité et prévenir les risques d'hospitalisations, institutionnalisations, dépendance et décès [59]. Ces programmes favorisent un vieillissement dans les meilleures conditions possibles chez les personnes âgées [60].

b) Aucun consensus sur l'outil de repérage de la fragilité

Dans l'étude qualitative, les professionnels médicaux et paramédicaux souhaitaient un outil simple, commun, rapide et accessible à tous. Les professionnels sociaux utilisaient déjà leur propre outil régional (FAOS) qui leur semblait adapté et simple d'utilisation, mais peu connu et peu utilisé par les professionnels médicaux et paramédicaux. Il existe de nombreux outils de dépistage de la fragilité différents. Même si la plupart de ces outils ont été validés pour le dépistage de la fragilité, la littérature ne permet pas de choisir un modèle de référence [2;9;41]. L'outil de dépistage de la fragilité doit être sensible et spécifique, et validé en soins de premier recours [3;9]. Il doit également être rapide, reproductible, simple d'utilisation (avec formation préalable des professionnels de santé) [9].

La grille GFST a été choisie dans cette mission de santé publique pour repérer la fragilité car elle répond aux critères de la Société française de gériatrie et gérontologie. Elle reprend les critères du gold standard en impliquant une dimension sociale et cognitive. Elle est adaptée à une consultation de médecine générale, faisable pour l'observateur et acceptable pour le patient [51]. Le FAOS est un outil de repérage régional, plus complet, qui permet un relai vers le CLIC si le médecin traitant du patient repéré fragile n'est pas dans la MSP. Les intervenants médico-sociaux du CLIC qui reçoivent le FAOS font ensuite le bilan des aides auprès de la personne âgée et préviennent le médecin traitant, et éventuellement l'EMED s'il y a nécessité d'une évaluation gériatrique. Le FAOS est diffusé sur le territoire depuis le 1er mai 2019. Le bilan de 2020 du déploiement du FAOS montre une augmentation du nombre de prises en charge. Deux cent quarante-deux FAOS ont été transmis au CLIC Est sur le territoire Vexin Seine Normandie en 2020. Cent vingt-quatre FAOS transmis (soit 47 %) étaient des situations

non connues du CLIC. On retrouve que 89 % des FAOS adressés par des médecins traitants du territoire Vexin Seine Maritime proviennent de la MSP de Romilly sur Andelle, ce qui s'explique par le fait que des RCP se font déjà de manière régulière avec le CLIC et la MAIA au sein de cette MSP. Le FAOS semble pourtant peu connu des autres médecins du territoire. La sensibilisation au repérage de la fragilité sur le territoire doit se poursuivre [61]. Le FAOS semble donc peu connu des autres professionnels de santé, mais semble être un bon outil de communication qui doit s'intégrer dans notre mission de santé publique pour faire le relai auprès du CLIC, quand le patient n'a pas son médecin traitant dans la MSP notamment. Si le médecin traitant du patient fragile est dans la MSP, alors la communication auprès des intervenants médico-sociaux du CLIC et avec la MAIA se fera à travers de réunions de concertation pluriprofessionnelles régulières tous les 2 mois, avec tous les acteurs prenant en charge la personne âgée fragile. La sensibilisation à la fragilité doit se poursuivre sur le territoire Lyons Andelle, d'autant qu'une thèse de 2017 retrouve, comme dans notre étude, que les médecins aimeraient avoir une meilleure connaissance de la fragilité et de son repérage. Ils demandent une sensibilisation, un outil standardisé et une meilleure prise en charge en ambulatoire de la fragilité [51;57].

c) Le repérage précoce entraîne une évaluation gériatrique et un PPS

La suite du projet a été réfléchi sur une autre thèse avec la rédaction d'un protocole de soin, basé sur la littérature et le PAERPA, reposant sur une évaluation gériatrique standardisée et la mise en place d'un PPS pour les personnes âgées de plus de 70 ans autonomes (ADL 5 et 6) repérées fragiles dont le médecin traitant est dans la MSP de Charleval [56] (cf. annexe 7). Lorsqu'un patient de la MSP est repéré comme fragile, le médecin traitant est alerté. Celui-ci proposera au patient une évaluation gériatrique d'une durée de 45 minutes, par une infirmière de pratique avancée (IPA). L'évaluation se base sur différentes échelles telles le MMS, le GDS, le MNA, le score ADL et IADL, une enquête sociale, un contrôle de l'audition et de la vue, l'évaluation d'une fragilité sociale et de l'épuisement de l'aidant. Il sera proposé au patient que l'aidant l'accompagne lors de cette évaluation. Si le patient repéré comme fragile refuse cette évaluation, il pourra lui être proposé l'intervention de l'EMED à domicile. Si le patient refuse également l'intervention de l'EMED, il sera possible de faire appel à la MAIA si

la situation semble très complexe. L'évaluation globale du patient permet de détecter les difficultés et de mettre en place un PPS. Un PPS est un projet de soins et d'aides commun aux professionnels intervenant autour de la personne âgée fragile, basé sur ses difficultés, ses attentes et ses besoins. Le PPS sera dans la MSP sous la responsabilité d'un référent qui peut être le médecin traitant ou un autre acteur intervenant auprès de celui-ci. Le PPS nécessite un suivi avec une réévaluation régulière suivant des critères définis lors de la mise en place. Le PPS ne se résume pas à un simple outil, il incarne une démarche de transformation profonde des pratiques professionnelles [57].

2- Une dynamique médico-sociale est indispensable pour repérer précocement la fragilité

a) Motivation et intérêt d'un travail pluriprofessionnel

L'étude qualitative mettait en évidence l'envie des professionnels de se sensibiliser à la fragilité et à son repérage. On retrouvait également le souhait d'un travail commun et pluriprofessionnel. Cette demande de travail pluriprofessionnel s'est d'abord concrétisée par la création du projet de santé et la construction de la MSP grâce à l'engagement des différents professionnels pour faire face à une disparité des soins sur le territoire de l'Andelle [21]. Malgré la pandémie actuelle de COVID-19 et les limitations de communication, cette mission de santé publique a pu voir le jour grâce à la participation active des différents professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux de la commune de Charleval. Le dynamisme de ce territoire est peut-être en lien avec l'installation de jeunes professionnels et la présence d'un réseau social déjà bien actif. Le lien entre les différents professionnels s'est établi grâce à différentes réunions et discussions autour de ce projet permettant une amélioration de la communication et de la coordination. Les échanges entre professionnels sont aussi l'occasion d'harmoniser les pratiques et les messages délivrés aux patients [62]. Selon une thèse de 2018, les maisons de santé pluriprofessionnelles permettraient de répondre à la continuité des soins et d'échanger autour de cas complexes par le biais de RCP [63]. Le travail

pluriprofessionnel est un des trois axes majeurs des ACI. La HAS préconise une coordination avec les autres acteurs du territoire (établissements, coordinations d'appui, médico-social, soins palliatifs...) afin de répondre à l'ensemble des besoins des patients et éviter les ruptures de prise en charge.

Ce travail pluriprofessionnel permet une diversification de son activité. Une revue de littérature a mis en évidence que la diversification d'activité professionnelle était un des facteurs augmentant la satisfaction au travail [64].

b) Existence d'un clivage entre les acteurs sociaux et médicaux

L'étude qualitative retrouvait une différence entre les acteurs sociaux qui connaissaient la fragilité, utilisaient le FAOS, et les professionnels de santé qui connaissaient peu la fragilité et le FAOS. Les professionnels souhaitaient mieux connaître les acteurs du territoire et accentuer le lien entre eux, car la communication était parfois difficile. L'étude retrouvait une communication déjà bien présente entre les acteurs sociaux mais moins présente entre les professionnels de santé et notamment entre les professionnels de santé et les acteurs sociaux. Depuis toujours les secteurs médicaux et sociaux ont été séparés comme deux entités distinctes. En 1975, la loi relative aux institutions médico-sociales sépare définitivement le sanitaire du médico-social. Une meilleure articulation est nécessaire car elle permettrait aux différents professionnels de travailler ensemble. Elle favoriserait l'apport de compétences complémentaires. Des formations communes autour d'un même projet pourraient améliorer le lien et la communication entre les secteurs médicaux et sociaux [65]. Une étude a souligné l'existence d'un manque de coordination et d'une concurrence entre certains dispositifs, aussi bien à l'échelle régionale que nationale. Ce travail met en évidence une multitude de dimensions à prendre en compte dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Il faut donc porter attention à : la diversité des populations concernées et les spécificités individuelles, les différences entre territoires, la multiplicité des dispositifs de coordination, le nombre de financeurs, ou encore les évolutions démographiques, épidémiologiques et technologiques. Il est essentiel que les dispositifs psychiatriques, sociaux, médico-sociaux avancent vers des modes de coopération qui tiennent compte, par-delà leurs logiques propres, de la réalité complexe et instable des besoins des personnes [66].

c) Création du réseau SASS (Synergie Andelle Santé et Social) : partenariat entre les professionnels médico-sociaux du territoire

Dans l'étude qualitative, une difficulté de communication était ressentie entre les professionnels médicaux et paramédicaux et les acteurs sociaux, notamment par la méconnaissance des structures sociales du territoire. Le lien et la communication entre les acteurs sociaux, médicaux et paramédicaux doit être renforcé afin d'établir un pont entre les différents professionnels, comme expliqué précédemment et largement décrit dans le rapport PAERPA de 2020 [58]. L'évaluation du PAERPA de 2020 montre l'importance de l'organisation territoriale des soins dans la réduction du recours aux urgences et des réadmissions à l'hôpital.

La création du réseau Synergie Andelle Santé et Social (SASS) sur la communauté de communes de Lyons Andelle pourrait permettre d'établir ce lien [67]. Il a pour but d'améliorer la vie des citoyens du territoire de Lyons Andelle en permettant un meilleur accès à la santé. Ce dispositif s'appuie sur un réseau coopératif entre les acteurs sociaux, médicaux, paramédicaux, économiques (Caisse d'allocation familiale (CAF), Mutualité sociale agricole (MSA), Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)...), élus, associations...) présents sur le territoire. L'objectif est de développer des parcours de soins individualisés lors de situations complexes, en agissant sur différents déterminants de santé tels : l'emploi, logement, éducation, culture... [21;67]

d) Discussion d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

La création d'une CPTS pourrait également permettre l'amélioration de la coordination médico-sociale. Une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) regroupe les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser à leur initiative autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Elle a pour but d'aider les

professionnels de santé à mieux structurer leur relation et mieux se coordonner afin de fluidifier le parcours de santé du patient. Le projet d'une CPTS est en discussion sur le territoire de la communauté de communes de Lyons Andelle [68].

e) Nombreux dispositifs médico-sociaux existants

Comme expliqué dans l'introduction, il existe de nombreux dispositifs médico-sociaux pour la prise en charge des personnes âgées à domicile, et la coordination entre ces dispositifs est complexe. D'ici juillet 2022, les différents dispositifs médico-sociaux seront réunis sous un dispositif unique, appelé Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). Le DAC regroupe donc la Coordination Territoriale d'Appui (CTA), les PTA, les MAIA, les réseaux de santé, et possiblement le CLIC selon la décision du Conseil départemental. Il est au service de tous les professionnels du territoire, que ce soit les professionnels de santé, du champ social ou médico-social, ou encore les particuliers et leur famille faisant face à une situation complexe. Cet interlocuteur unique permettrait de faciliter les démarches. L'une des missions des DAC est la coordination spécifique pour les prises en charge les plus complexes [69].

3- Ce modèle de repérage et de prise en charge de la fragilité peut-il être adapté à toutes les MSP ?

L'étude à 6 mois du PAERPA montre que sa mise en œuvre a été plus facile lorsque les professionnels travaillaient déjà en groupe (maison de santé) plutôt que lorsqu'ils exerçaient de manière isolée. Un questionnaire de satisfaction auprès des professionnels montrait que le projet permettrait un enrichissement de la pratique professionnelle avec réflexion sur leur pratique, une complémentarité de cette pluriprofessionnalité, une meilleure connaissance du territoire et notamment du secteur social et des autres professionnels, l'utilisation d'un langage commun avec cet outil unique et utilisable par tous, et une reconnaissance des pratiques de coordination et de collaboration [57]. Notre mission de santé publique semble

donc s'adapter à toute MSP, avec son travail pluriprofessionnel, essentiel dans ces structures, qui permet un repérage précoce de la fragilité.

D'après l'évaluation de 2020 [58], un effet significatif positif de PAERPA est retrouvé sur la iatrogénie médicamenteuse (prescriptions inappropriées et polymédication) et les visites aux urgences. La baisse liée à PAERPA est cependant modeste, avec une diminution de 1,9 % du taux de polymédication et de 2,3 % du taux de prescriptions inappropriées dans les territoires PAERPA par rapport aux témoins, ainsi qu'une diminution de 4,3 % des taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisations par rapport aux territoires témoins. Cet impact global de PAERPA est lié à une baisse concentrée dans quelques territoires PAERPA seulement. Les analyses territoriales ont révélé la grande diversité des territoires PAERPA en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structure d'offre de soins hospitaliers et de ville. Il a été mis en évidence le rôle de l'organisation territoriale des soins dans la réduction du recours aux urgences et des réadmissions à l'hôpital. Cette mission de santé publique peut donc s'adapter dans d'autres MSP mais il faut tenir compte des différents acteurs prenant en charge les personnes âgées et créer un véritable pont hospitalo-médico-social.

Il faut également tenir compte des différents freins retrouvés dans la mise en place de ce parcours et dépistage de la fragilité, notamment le manque de temps et d'implication des médecins, mais aussi des autres professionnels [2]. Une étude sur la mise en place du PAERPA retrouve différents freins à la réalisation des objectifs à douze mois comme : le manque de coordination [70;71], le manque de temps [70;71], le frein économique [70;71], le refus du patient [70;71], le manque de formation complémentaire [71], la difficulté d'adressage et de transport des patients [71], le manque de motivation des professionnels surtout lorsque les professionnels sont isolés [71]. C'est pourquoi il est nécessaire d'évaluer l'acceptation et l'implication des professionnels et des patients dans la mise en place d'un repérage et d'une prise en charge de la fragilité, afin que ce projet soit pérenne.

Notre mission de santé publique pourrait donc être adaptée à d'autres MSP car elle est réalisable par toute équipe pluriprofessionnelle. Il faut cependant tenir compte des freins évoqués et y apporter des solutions, telle une compensation financière au repérage et à la

prise en charge de la fragilité (temps pluriprofessionnel rémunéré par les ACI), la bonne connaissance des acteurs sociaux médico paramédicaux du territoire, ou encore la sensibilisation des professionnels du territoire au repérage de la fragilité.

Le Programme PAERPA est insuffisamment évalué à ce jour et est territoire, professionnels et structures dépendant. L'évaluation d'expérimentations à grande échelle comme PAERPA est complexe, et les analyses ont des limites principalement inhérentes au manque de données sur les caractéristiques sociales des individus et leurs prises en charge sociale et médico-sociale dans les bases de données administratives en France. Ces limites sont aussi liées à l'absence de recueil d'informations sur l'expérience et la satisfaction des personnes âgées et de leurs proches. Il serait intéressant d'aller évaluer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants plusieurs mois après la mise en place des PPS [58].

4- Forces et limites

a) Forces et limites de l'étude qualitative

- Forces de l'étude qualitative :

Les professionnels sollicités pour répondre à l'entretien ont presque tous participé malgré les circonstances sanitaires, que ce soit les professionnels du secteur social ou du secteur médical. L'entretien semi-dirigé et individuel permettait aux professionnels de s'exprimer librement, sans avoir peur d'un jugement de leurs pairs. Le codage a bénéficié d'une double relecture afin de limiter les biais d'interprétation.

- Limites de l'étude qualitative :

Le contexte sanitaire actuel avec la pandémie de Covid-19 ne nous a pas permis de rencontrer les professionnels ni de les interroger en présentiel, ce qui a entraîné un biais de recueil. En effet, la perception du ressenti du professionnel était difficile par le biais d'une caméra. La multiplicité des intervieweurs a pu créer un biais d'influence.

Il aurait été intéressant de questionner la population âgée du territoire afin de connaître également ses attentes concernant ce projet. Le fait de ne pas l'avoir réalisé constitue une des faiblesses de cette étude. Ce travail pourrait faire l'objet d'une suite à cette thèse.

b) Forces et limites du projet global

- Forces du projet :

Le repérage et la prise en charge de la fragilité de la personne âgée à domicile sont des sujets essentiels dans une population qui vieillit, avec un manque de structure. Pour les habitants, la santé est un sujet important et le projet de santé de la MSP sur le territoire reçoit une bonne adhésion de la population. La construction d'une MSP à Charleval favorise l'existence et la qualité d'un projet pluriprofessionnel porté par les professionnels de santé. L'organisation en MSP permet d'améliorer la coordination entre les professionnels des champs médico-sociaux et éducatifs [21]. Une autre force est l'implication des professionnels de santé qui ont un désir de formation sur la fragilité, en mettant l'accent sur un travail pluriprofessionnel avec les structures médico-sociales (CLIC, MAIA, Centre social). Ce projet a l'avantage d'être financé comme mission de santé publique dans le cadre des ACI, elle fait l'objet de financements qui valorisent le temps de travail pluriprofessionnel. Un appel à projet auprès de la conférence des financeurs a également permis d'apporter 3 200 euros pour la création d'ateliers pour les personnes âgées fragiles. La bonne communication et entente des professionnels sociaux sur le territoire est un gage de réussite pour la mission de santé publique.

- Limites du projet global :

Le manque de temps des professionnels exprimé dans l'étude qualitative et le manque de moyens humains et financiers sont des freins à la mise en place du projet. Les ACI et les différents appels à projet possibles peuvent apporter un financement pour rémunérer le temps de travail pluriprofessionnel, notamment les sessions de sensibilisation et la prise en charge de la fragilité. La question de la pérennité du financement se pose et sera réévaluée. Le contexte sanitaire actuel a limité la rencontre avec les professionnels de santé et décalé les journées de sensibilisation sur la fragilité. Dans un autre contexte, des rencontres et réunions en présentiel auraient permis de faciliter la communication et la création de cette mission de

santé publique. Un des autres biais de confusion est la présence d'une question sur l'appréciation du soignant concernant la fragilité dans la grille GFST. Celle-ci laisse place à une subjectivité du soignant. Il est prévu que les professionnels soient formés au dépistage pour permettre d'homogénéiser les pratiques et limiter cette subjectivité. L'évaluation des projets est importante mais souvent négligée et difficile à mettre en œuvre. Certains indicateurs ont été choisis pour cette étude mais sans vraiment que ceux-ci soient étudiés. L'évaluation d'un projet nécessite en soit tout un travail, qui devra être réalisé dans le futur concernant cette mission de santé publique. Il n'a pas été prévu une évaluation du ressenti des professionnels à la suite des réunions de sensibilisation à la fragilité. Cette évaluation serait à envisager pour la suite. A ce jour, une version papier du repérage existe en plus du formulaire informatisé car tous les professionnels n'ont pas de sessions informatiques, ce qui peut poser le problème de perte de données et de sécurisation des données.

V. Conclusion

Le territoire Lyons Andelle est vieillissant avec une offre de soins déficitaire, difficile d'accès pour les personnes âgées. Il existe cependant une dynamique sur le territoire avec des structures médico-sociales déjà actives. Le territoire de Lyons Andelle ne fait pas partie des territoires sélectionnés par le dispositif PAERPA et ne bénéficie donc pas de projet de repérage et de maintien à domicile des personnes fragiles. Il a donc été réfléchi au sein de la MSP de Charleval un projet de repérage et de prise en charge de la fragilité de la personne âgée, inspiré du programme PAERPA. Le projet s'est appuyé sur une vraie coordination entre la MSP, les acteurs sociaux du territoire et les structures de gériatrie de proximité (EMED, hôpital de jour de gériatrie, accueil de jour ou EHPAD avec possibilité d'hébergement temporaire).

Cette étude a permis l'élaboration d'une mission de santé publique, dans le cadre du projet de santé de la MSP et des ACI. Elle a reposé sur des recherches bibliographiques sur le repérage de la fragilité et sur l'épidémiologie du territoire, d'une étude qualitative sur les besoins et attentes des professionnels du territoire et d'un réel travail pluriprofessionnel dans la réflexion et rédaction de cette mission de santé publique.

Elle comporte donc un repérage systématique de la fragilité des patients de plus de 70 ans, autonomes, rencontrés par un professionnel de santé de la MSP, qui aura été sensibilisé à la fragilité en amont. Ce repérage s'effectue avec la grille du gérontopôle de Toulouse (GFST). Cette mission de santé publique prévoit également une sensibilisation à la fragilité plus large sur le territoire, notamment en partenariat avec le centre social de Charleval.

Une évaluation gériatrique standardisée faisant parti du protocole de soin élaboré par deux autres internes sera proposée au patient repéré fragile ayant son médecin traitant dans la MSP.

Ce projet pourrait être applicable à d'autres MSP sous réserve d'un partenariat entre les professionnels des différents secteurs et trouvant des solutions aux différents freins évoqués dans la littérature.

VI. Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ADL : Activity of Daily Living (activités de la vie quotidienne)

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Loi Adaptation de la Société au Vieillessement

CAF: Caisse d'Allocation Familiale

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale

CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CMGF : Congrès de la Médecine Générale France

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination

DGOS : Direction Générale de L'Offre de Soins

DPO : Délégués à la Protection des Données

EFI : Electronic Frailty Index

EHPAD : Etablissements d'hébergements pour Personnes Âgées

EMED : Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

FAOS : Formulaire d'Analyse et d'Orientation des situations

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

GDS : Gériatric Depression Scale

GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool (outil de dépistage de la fragilité gérontologique)

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HDJ : Hôpital De Jour

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Parcours de santé des Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PSLA : Pôle de Santé Libéral en Ambulatoire

PTA : Plateforme Territoriale d'Appuis

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

RPA : Résidence pour Personnes Âgées

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SASS : Synergie Andelle Santé et Social

SEGA : short emergency geriatric assessment soit sommaire d'évaluation du profil à l'admission

SEGA-A : sommaire d'évaluation du profil à l'admission en ambulatoire

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SPRAD : Services de Portage de Repas à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TRST : Trial Risk Screening Tool

VII. Bibliographies

1. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Disponible sur : https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/expcol_2015_chutes_synth.pdf?sequence=27
2. El Mamouni S. Faisabilité et implémentation des outils de dépistage de la fragilité chez les personnes âgées de plus de 65 ans en médecine générale : revue systématique. Thèse de médecine, université Claude Bernard Lyon 1. Mai 2020.
3. HAS haute autorité de santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Juin 2013.
4. Institut national de la statistique et des études économiques. Tableaux de l'économie française, population par âge. Février 2018.
5. Organisation mondiale de la santé. Vieillesse et santé. Février 2018.
6. Robin S, Giraud J, Moreau F. Autonomie des personnes âgées, Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS de Poitou-Charentes. Février 2014.
7. Haute autorité de la santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire : prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Mars 2015.
8. Université médicale virtuelle francophone. Autonomie et dépendance. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>
9. Amalou L. Validation d'un outil de repérage de la fragilité gériatrique dans une population communautaire ambulatoire de sujets âgés. Thèse de médecine, université de Rouen. Octobre 2013.
10. Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Livre Blanc. Janvier 2015.
11. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Qu'est-ce que le droit au répit ? Janvier 2021.

12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les proches aidants des personnes âgées - Les chiffres clés - Édition 2019. Novembre 2019.
13. Billet B. Maladie d'Alzheimer : état des lieux des aides proposées au couple aidant-patient en Normandie en 2018. Thèse de médecine, université de Rouen. Septembre 2018.
14. Anesm - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : le soutien des aidants non professionnels. Juillet 2014.
15. AVEC Santé. Définitions et législations – présentation.
16. Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Situation au 1er janvier 2020, Atlas de la démographie médicale en France. Janvier 2020.
17. Mairie de Charleval, la Commune de Charleval et son village (27380) (Eure). Annuaire-Mairie. Disponible sur: <https://www.annuaire-mairie.fr/mairie-charleval-27.html>
18. Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet Intercommunalité-Métropole de CC Lyons Andelle (200070142), chiffres détaillés. Juin 2021
19. Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet – Commune de Charleval (27151), chiffres détaillés. Juin 2021.
20. Agence Régionale de Santé Normandie. Nouveau zonage médecin : l'ARS Normandie aide les médecins généralistes libéraux à s'installer et à exercer dans les zones qui en ont le plus besoin. Mars 2021.
21. Aubertin-Leheudre M et al. Communications orales et affichées. 2021.
22. Hébert A. La maison de santé devrait ouvrir en 2019 à Charleval. L'impartial. Juillet 2017.
23. L'assurance maladie. Les structures de santé pluriprofessionnelles. Décembre 2020.
24. FémasIF. Comment mettre en œuvre des actions de santé publique ? Structures pluriprofessionnelles. Novembre 2019.
25. La Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé (FNAMPoS). Justificatifs ACI. Décembre 2019.

26. Guide des indicateurs ACI rémunération structures pluripro assurance maladie [Internet]. [cité 24 août 2021]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707161/document/guide-indicateurs-aci-remuneration-structures-pluripro_assurance-maladie_janvier-2020.pdf
27. HAS. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). 2014
28. E. Iagnaux. Comité départemental d'éducation pour la santé. La démarche en santé publique. IFSI Carcassonne. Septembre 2015
29. CNPG conseil national professionnel de gériatrie. Equipes Mobiles de Gériatrie-EMG
30. Equipe médicale d'évaluation à domicile : EMED. Coopération entre la filière gériatrique et les CLIC. Septembre 2013.
31. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées. Septembre 2020.
32. Association Nationale des Coordinateurs et Coordinations Locales. État des lieux des CLIC. Avril 2017.
33. CNSA caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. MAIA. Février 2015.
34. Agence Régionale de Santé Normandie. Les plateformes territoriales d'appui (PTA). Mars 2021.
35. Union régionale des médecins libéraux Normandie. PTA - plateforme territoriale d'appui. Disponible sur : <https://www.urml-normandie.org/en-action/plateforme-territoriale-dappui/>
36. Mairie de Charleval (27380). Les missions du CCAS. Disponible : https://www.charleval.fr/articles/les-missions-du-ccas-76a0c3d0-e852-4099-8923-736eb80d91db?fbclid=IwAR3z_fExHo7oClSfDEzGgVnmXdYfQewY57UWI5eUB-Y1bHUChv1Ug79IEL4
37. Espace Libre Centre Social CHARLEVAL. Accès aux droits. Disponible sur : https://www.espacelibrecharleval.fr/m-259-acces-au-droit.html?fbclid=IwAR1x9b-fygXG574yYmTlRdpjHAZf2rszV2hmMaUosoeL6Eh4_HGDT8_vis0
<https://www.espacelibrecharleval.fr/m-259-acces-au-droit.html>

38. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile). Novembre 2020.
39. Vie publique. Fiche thématique : qu'est-ce qu'une communauté de communes ? Février 2021. Disponible sur: [https://www.vie-publique.fr/fiches/20125-quest-ce-quune-communaute-de-communes#:~:text=La%20communaut%C3%A9%20de%20communes%20\(art,'am%C3%A9nagement%20de%20l'espace](https://www.vie-publique.fr/fiches/20125-quest-ce-quune-communaute-de-communes#:~:text=La%20communaut%C3%A9%20de%20communes%20(art,'am%C3%A9nagement%20de%20l'espace)
40. Croix rouge. Action sociale. Préserver la qualité de vie des personnes âgées. Disponible sur : <https://www.croix-rouge.fr/Nos-actions/Action-sociale/Personnes-agees#:~:text=Face%20%C3%A0%20la%20solitude%20des,%C3%A2g%C3%A9es%20et%20de%20leurs%20aidants>.
41. Legrand L. État des lieux de la connaissance et du dépistage de la fragilité de la personne âgée par les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens du bassin de santé lourdaise. Thèse de médecine, université de Toulouse III – Paul Sabatier. Mars 2015.
42. HUG hôpitaux universitaires de Genève. Évaluation gériatrique standardisée (EGS).
43. Michel A. Évaluation du dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Médoc consultant aux SAU de Lesparre, au travers des scores ISAR aux urgences et GFST en soins primaires. Thèse de médecine, université de Bordeaux 2 - Bordeaux Segalen. Novembre 2017
44. Sukkriang N, Punsawad C. Comparison of geriatric assessment tools for frailty among community elderly. Heliyon. Septembre 2020;6(9):e04797
45. Yamada M, Arai H. Social Frailty Predicts Incident Disability and Mortality Among Community-Dwelling Japanese Older Adults. J Am Med Dir Assoc. Décembre 2018.
46. Fiche de synthèse d'initiatives concernant « Le repérage et dépistage des fragilités des personnes âgées en Auvergne-Rhône-Alpes... ». : Groupes de travail des équipes mobiles de gériatrie à la SFGG. 2015.
47. Grille Fragilité SEGA-A version modifiée. RÉGÉCAP/Groupe Bien Vieillir Champagne Ardenne. Septembre 2019
48. HAS haute autorité de santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? ». Décembre 2013.

49. Billebaut C, Rougier C, Maurin C, Schmidt J. Intérêt de la grille SEGA aux urgences dans la décision d'hospitalisation des personnes âgées . J Eur Urg 2008 ;21(S1) : A122.
50. Vincent L. Dépistage de la fragilité par l'outil « ABCDEF » dans une population de sujets âgés en consultation de médecine générale. Thèse de médecine, université de Rouen. Juin 2017.
51. Lo R. Faisabilité du Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer la fragilité du sujet âgé en médecine générale. Thèse de médecine, université François-Rabelais Tours. Décembre 2017.
52. Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes. Janvier 2013.
53. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le parcours santé des aînés (Paerpa). Le dispositif Paerpa. Mai 2017.
54. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le parcours santé des aînés (Paerpa). Point d'étape sur la mise en œuvre et perspectives des Parcours santé des aînés, Paerpa. Septembre 2018.
55. Bricard D. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats. Question d'économie de la santé. Juillet/Août 2018.
56. DY C, GALIEN S. Mise en place d'un plan personnalisé de santé pour la personne âgée fragile : Rédaction d'un protocole au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle de Charleval. Septembre 2021.
57. Haute autorité de la santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois. Novembre 2015.
58. Bricard D, Or Z, Penneau A. Rapport de l'irdes. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) - Rapport final. Rapport n° 575. Novembre 2020.
59. Ng TP, Feng L, Nyunt MS, et al. Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial. Am J Med. 2015;128(11):1225-1236.e1. doi:10.1016/j.amjmed.2015.06.017

60. Jang IY, Jung HW, Park H, et al. A multicomponent frailty intervention for socioeconomically vulnerable older adults: a designed-delay study. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1799-1814. Published 2018 Sep 19. doi:10.2147/CIA.S177018
61. MAIA Vexin Seine Normandie, ARS de Normandie. Rapport d'étape n°6 2020. Mars 2021.
62. Haute autorité de santé. Axe : Travail en équipe pluriprofessionnelle. Novembre 2014.
63. Rimetz-Pal A . Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins : quels critères du point de vue des patients ? Étude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey. Thèse de médecine. Université de Bordeaux. Juin 2018.
64. Van Ham I, Verhoeven AAH, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *Eur J Gen Pract*. Janvier 2006;12(4):174- 80.
65. Hubert R. Quels sont les freins à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ? Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire, université Lille 2, université Paris13, APHM/CHU Sainte Marguerite Marseille, CCOMS et EPSM Lille Métropole. 2016.
66. Bloch MA, Hénaut L, Sardas JC, Gand S. La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Paris. Février 2011.
67. Synergie Andelle santé et social (SASS). Quand un projet est avant tout une invitation à vivre une aventure humaine. 2021.
68. Agence Régionale de Santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé. Mars 2021.
69. Ministère des solidarités et de la santé. Les dispositifs d'appui à la coordination - DAC, Un interlocuteur unique pour les parcours de santé et de vie complexes. Juillet 2021.
70. Krimou M. Parcours santé des aînés PAERPA, une offre à disposition des médecins généralistes pour l'aide à la prise en charge du risque de perte d'autonomie du sujet âgé en ambulatoire : évaluation de la mise en œuvre de l'expérimentation

dans le territoire est-héraultais. Thèse de médecine, université de Montpellier.
Décembre 2019.

71. Milon, Victor. *État des lieux des programmes de prise en charge de la fragilité en maisons de santé pluri-professionnelles de Midi-Pyrénées*. Thèse d'exercice en médecine générale, Université Toulouse III - Paul Sabatier. Décembre 2017.

VIII. Annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi dirigé

Présentation rapide de l'enquête et de son contexte :

Merci de nous avoir accordé votre temps. Nous sommes 4 internes de médecine générale actuellement en dernière année d'internat. Le vieillissement de la population est un problème d'actualité et nécessite une réflexion autour du maintien à domicile des personnes âgées et donc du repérage de la fragilité dans cette population.

Le but de notre projet est de repérer les personnes âgées fragiles à domicile au sein de la patientèle de la maison de santé de Charleval puis de mettre en place une évaluation de leurs besoins, permettant une meilleure prise en charge.

Cet entretien a pour objectif d'explorer vos besoins et attentes pour la prise en charge de la fragilité du sujet âgé.

Cet entretien sera anonymisé et enregistré avec un dictaphone (feuille de consentement à faire signer avant de débiter l'entretien) ou par vidéoconférence.

1. Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?

- Pouvez-vous décrire brièvement les missions de l'organisme pour lequel vous travaillez ? (Relance éventuelle en fonction de l'identité de l'interlocuteur)

2. Pouvez-vous nous raconter une expérience professionnelle ou personnelle où vous vous êtes sentis en difficulté avec une personne âgée fragile ?

- Pourquoi selon vous cette situation vous a posé problème ?

3. Comment faites-vous pour repérer ces personnes âgées fragiles ?

- Quels sont vos critères pour dire qu'une personne âgée est fragile ?
- Quelles sont vos difficultés pour repérer cette fragilité ?

4. Comment pourrait-être amélioré ce repérage des personnes âgées fragiles sur votre territoire ?

- Quel type d'outils pourrait-on utiliser ?
- Pour qui pourrait-on l'utiliser ?
- Quels professionnels pourraient participer au repérage ?
- A quel âge commencer et pourquoi ?
- A quelle fréquence doit-on selon vous évaluer la fragilité ? et Pourquoi ?

5. Que faites-vous quand vous repérez une personne âgée fragile ?

- Qui contactez-vous ?
- Comment abordez-vous le sujet avec le patient et sa famille ?
- Comment communiquez-vous entre professionnels ?
- Que mettez-vous en place ?
- Quels freins avez-vous rencontrés dans la prise en charge de ces personnes âgées fragiles ?

6. Comment imaginez-vous une amélioration de la prise en charge des personnes âgées fragiles sur votre territoire ?

- De quelles aides ou outils auriez-vous besoin dans votre quotidien ?
- Comment améliorer la communication entre professionnels ?

7. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Données épidémiologiques à vérifier après chaque entretien :

Âge

Sexe: H / F

Profession

Lieu d'exercice

ANNEXE 2 : Fiche de consentement

Fiche de consentement

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer activement à un projet de recherche dans le cadre du département universitaire de médecine générale de Rouen (DUMG), autour de la fragilité et perte d'autonomie des personnes âgées à domicile, au sein de la maison de santé de Charleval

Les deux objectifs de ce projet sont :

- Comprendre les besoins, les attentes des professionnels et du territoire autour du vieillissement et de la perte d'autonomie chez les personnes âgées mettre en place un repérage précoce de la fragilité des personnes âgées à domicile
- Mettre en place des projets personnalisés de soins pour les personnes âgées dépistés comme fragile

L'équipe qui va vous recevoir est formée de quatre internes en médecine générale, et va vous proposer de participer à un entretien qui sera enregistré avec un dictaphone. Cet enregistrement audio servira à travailler sur la compréhension des besoins, des attentes et des enjeux du territoire dans l'objectif premier de mettre en pratique un outil de repérage de la fragilité des personnes de plus de 65 ans. Cet enregistrement audio ne sera entendu que par les médecins du DUMG travaillant sur le projet, ainsi que par les internes de médecine générale qui effectuent leur thèse sur le sujet. Les enregistrements seront ensuite effacés.

Vous pouvez refuser d'être enregistré(e), sans préjudice sur le débriefing ultérieur.

Si à un moment de l'entretien, vous souhaitez interrompre l'enregistrement, vous pouvez le signaler à l'équipe qui aura alors l'obligation de couper l'enregistrement.

HOSTACHE Lucie, GALIEN Sophie, DY Cloé et GOETTLING Maryline, internes en médecine générale de Rouen.

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et expliquées par et donne mon accord pour la participation à ce projet et l'utilisation du dictaphone pendant l'entretien.

Fait le /2020, à Charleval

Mentions Informatique et Libertés :

Les informations et enregistrements recueillis sont destinés à la recherche en médecine générale au DUMG.

Les destinataire(s) des données sont : Le DUMG et l'interne de médecine générale travaillant sur le projet

La durée de conservation des données est limitée à 2 ans

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à : secretariat.medecine-generale@univ-rouen.fr , copie au Correspondant Informatique et

Libertés de l'université, cil@univ-rouen.fr

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant

ANNEXE 3 : Grille GFST

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

MÉDECIN TRAITANT :

Le patient est-il d'accord pour que vous remplissiez ce questionnaire ?

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

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Grille GFST

Annexe 4 : Echelle "ABCDEF"

<div style="border: 1px solid black; background-color: #e0e0ff; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Etiquette patient</div>	Date de l'évaluation...../...../.....		
Autonomie			
INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL VERSION COURTE) Valeur SCORE			
Téléphone	Se sert normalement du téléphone	1	/1
	Ou compose quelques numéros très connus	1	
	Ou répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
	N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
	Ou incapable d'utiliser le téléphone	0	
Score maxi : 1 pt			
Moyens de transport	Utilise les moyens de transport public de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	/1
	Ou organise ses déplacements en taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	1	
	Ou utilise les transport publics avec l'aide de quelqu'un	1	
	Déplacements <u>limités</u> en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un	0	
Score maxi : 1 pt			
Traitement	Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	1	/1
	Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0	
	Ou est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0	
Score maxi : 1 pt			
Manipuler l'argent	Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	NA	/1
	Gère ses finances de façon autonome	1	
	Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
	Incapable de manipuler l'argent	0	
Score total (maxi 4 pts) :			/4

BMI (IMC marqueur de l'état nutritionnel)	OUI	NON
Amalgissement (involontaire) ≥ 10 % du poids en 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OU		
BMI (IMC en français) (poids/taillé ²) < 18,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comorbidité (≥ 3 conditions)		
• Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insuffisance respiratoire chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insuffisance rénale chronique (cl Créatinine ≤ 30 mL/min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dépression-Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ≥ 2 hospitalisations non programmées ≤ 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Drugs » (Médicaments)		
≥ 10 médicaments par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibre, Marche, Fracture*		
Une chute (au moins) au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitesse de marche sur 4 mètres < 0,65 m/seconde (soit ≥ 6 secondes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent fracture (bassin, rachis, col fémoral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* si au moins une des 3 conditions est présente, le statut d'équilibre postural doit être considéré comme anormal		
Fonctions cognitives		
• Troubles cognitifs patents OU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Minicog pathologique, épreuve associant :		
- Rappel libre immédiat des 3 mots (non coté). ex : clé-citron-ballon		
- Test de l'horloge : présenter sur une feuille un cercle de 10 cm de diamètre et demander au sujet de :		
1) placer tous les chiffres des heures.		
2) dessiner 2 aiguilles en indiquant une heure sur 2 quadrants opposés (ex : 15 h 45). Notation : 2 si totalement réussi, sinon 0		
- Rappel différé des 3 mots éventuellement avec indicage : 0, 1, 2 ou 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- score global du Minicog : 5 points (un point par mot rappelé et 2 points pour l'horloge réussie, valeur seuil pathologique < 3 pts)		

SYNTHESE

Caractéristique anormale	OUI	NON
A : Autonomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B : BMI-(état nutritionnel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C : Comorbidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D : Drugs-(médicaments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E* : Equilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F : Fonctions cognitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 5 : Questionnaire de fragilité sociale japonaise de Minoru Yamada (traduit)

- 1) Etes-vous satisfait de votre condition économique ?
 - a) Très satisfait
 - b) Satisfait
 - c) Insatisfait
 - d) Très insatisfait**

- 2) Est-ce que vous vivez seul ?
 - a) Oui**
 - b) Non

- 3) Quelles sont les activités sociales auxquelles vous participez ?
 - a) Les activités locales
 - b) Les activités entre voisins
 - c) Groupe de parole / de soutien
 - d) Activités bénévoles

- 4) Comment vous vous entendez avec vos voisins ?
 - a) J'ai un voisin qui passe à la maison
 - b) J'ai un voisin avec qui je parle dans la rue
 - c) J'ai un voisin à qui je dis bonjour**
 - d) Je ne parle pas à mes voisins**

Résultats :

- **Score 0 : robuste**
- **Score 1-2 : pré fragile**
- **Score \geq 3 : fragile**

ANNEXE 6 : Document de mission de santé publique présenté en mars 2020 :

Mission de santé publique dans la maison de santé pluriprofessionnelle de Charleval

Sensibilisation et mise en place d'un repérage de la fragilité de la personne âgée de plus de 70 ans

Objectifs :

- **Objectif principal :** mise en place d'un repérage de la fragilité des personnes de plus de 70 ans au sein de la maison de santé pluri professionnelle de Charleval
- **Objectifs secondaires :**
 - Sensibiliser et aider à la formation des professionnels du territoire au repérage de la fragilité, en partenariat avec les acteurs sociaux du territoire
 - Développer la coordination pluriprofessionnelle

Date de création : mars 2020

Nom de la structure : MSP (Maison de santé pluriprofessionnelle) de Charleval

Responsable de projet :

BILLET Blandine (médecin généraliste au sein de la MSP, assistante universitaire au département de médecine générale de Rouen)

Projet élaboré dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale avec :

1. RIDARD Elise (co-directrice de thèse, médecin généraliste sur Val de Reuil et Assistante Universitaire au Département de Médecine Générale de Rouen) ;
2. HOSTACHE Lucie (interne de médecine générale à la Faculté de Médecine de Rouen) ;
3. GOETTLING Maryline (interne de médecine générale à la Faculté de Médecine de Rouen).

Etat des lieux :

1. Données épidémiologiques

La population française est vieillissante; les plus de 65 ans représentent 19,6 % de la population française. Il est prévu un doublement de la population mondiale des plus de 60 ans entre 2015 et 2050 selon l'INSEE. Plus de 4 millions de personnes aident un proche de plus de 60 ans à domicile, ce qui peut être difficile tant sur le plan physique que psychologique.

Sur la commune de Charleval, en 2017, 18,2 % de la population est âgée de 60 à 74 ans, tandis que les 75 ans et plus représentent 11,6 % de la population. Au total, un tiers de la population de Charleval a plus de 60 ans [1].

Charleval dispose d'un EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), mais les différents centres de gériatrie restent éloignés de la commune. L'Hôpital de jour du CHU de Rouen se trouve à 26 km de Charleval, celui d'Elbeuf à 29 km, celui de Gisors à 34 km, celui de Vernon à 38 km, et celui d'Evreux à 58 km.

2. Repérage de la fragilité en France

Le repérage de la fragilité doit s'effectuer de façon précoce chez les personnes âgées vivant à domicile [2].

Le concept de **fragilité** ne fait pas l'objet d'un consensus et peut être considéré comme un syndrome ou un risque. Elle est définie comme un état d'équilibre instable et précaire "état dynamique précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la dépendance" [2]. La fragilité est décrite comme la perte d'autonomie dont l'évolution peut être réversible si elle est prise en charge. Le dépistage précoce de la fragilité permet d'intervenir en amont chez certaines personnes pour éviter ou retarder la survenue d'une dépendance ou en diminuer les conséquences néfastes (aménagement du logement, pratique d'une activité physique, etc.) [2].

La fragilité est donc réversible avec une prise en charge adaptée et précoce.

De nombreuses grilles de repérage de la fragilité ont été créées, plus ou moins faciles à utiliser par tous les professionnels. L'échelle du gérontopôle de Toulouse, aussi appelée GFST (*Gerontopôle Frailty Screening Tool*) est simple et accessible à tous les professionnels entourant le patient en ambulatoire. Elle ne nécessite pas de formation préalable. La durée moyenne de réalisation est de 5 minutes [3]. Elle reprend les critères de l'échelle validée comme le "gold standard" (échelle de FRIED) [9], en impliquant une dimension sociale et cognitive. Elle est depuis 2013, recommandée par la HAS comme étant l'outil national pour le repérage de la fragilité chez les sujets de plus de 65 ans en médecine ambulatoire. Elle est également recommandée par la Société française de gériatrie et gérontologie et par le Conseil national professionnel de gériatrie pour le repérage en soins primaires de la fragilité [4]. Depuis 2014, elle est la référence dans le cadre du projet PAERPA (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), initié par la sécurité sociale [5].

Le projet PAERPA s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Il a pour objectif principal de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et d'identifier la fragilité des personnes âgées de plus de 75 ans en coordonnant les secteurs médicaux et sociaux [5]. Ce projet a été déployé depuis 2014 sur 16 territoires pilotes, avec pour finalité de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans en améliorant la coordination interprofessionnelle [6].

3. Repérage de la fragilité sur Charleval : attentes et besoins des professionnels

Une étude qualitative par entretiens a été réalisée sur Charleval, pour recueillir les connaissances et les attentes des professionnels autour du repérage et prise en charge de la fragilité. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès des professionnels de la maison de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, podologue, diététicien, pharmacienne) ainsi qu'auprès des acteurs sociaux (SSIAD, PTA, EMG, EMED, association espace libre de Charleval, MAIA, communauté de commune, CLIC... cf liste des abréviations), à l'aide d'un guide d'entretien.

Les professionnels sont tous volontaires pour s'investir dans ce projet de repérage de la fragilité. Ils décrivent la fragilité comme un processus complexe et multifactoriel. Beaucoup se fient à leur propre ressenti pour repérer la fragilité chez les personnes âgées, et font part de leur manque de connaissances. Ils souhaitent être formés au repérage de la fragilité et partager un outil commun et simple d'utilisation.

Les acteurs sociaux connaissent mieux la fragilité et travaillent déjà sur le sujet. Ils ont notamment développé une grille pour le repérage de la fragilité, le FaOS (Formulaire d'analyse et d'orientation des situations) et des sessions de sensibilisation sur la fragilité au sein de la MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie). La MAIA propose régulièrement des sessions de sensibilisation sur la fragilité, son repérage et sa prise en charge, auprès de professionnels de santé et sociaux mais aussi d'agents en contact avec le public (secrétaires de mairie, policiers municipaux...). Ces sessions permettent une présentation du territoire et mettent en lien les différents professionnels.

Tous les professionnels interrogés rapportent l'importance d'une bonne coordination et communication entre les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux autour de ce projet commun. Certains insistent aussi sur l'intérêt majeur d'une bonne connaissance de son territoire. Un projet d'application sécurisée pour l'échange de données est en cours de création afin de permettre cette communication et ce travail pluridisciplinaire.

Population concernée :

1. Par le repérage de la fragilité :

- Personnes âgées de plus de 70 ans
- Vivant à domicile ou en RPA (Résidence pour personnes âgées)
- Sur la Communauté de commune de Lyons Andelle

2. Par la formation et la sensibilisation au repérage :

- **Sessions de sensibilisation à la fragilité organisées par la MAIA :** ouvertes à tous les professionnels du domaine social, paramédical ou médical sur le territoire Vexin Seine Normandie
- **Sensibilisation au repérage de la fragilité au sein de la MSP sur l'année 2021 :** ouverts à tous les professionnels de l'association Mazille : médecins, médecin expert, IDE, kinésithérapeutes, orthophoniste, podologue, diététicien, psychomotricien pharmacien, sage-femme, psychologue ergothérapeute.
- **Intervenante médico-sociale du CLIC**

Déroulement et réalisation du projet :

1. Etat des lieux des attentes et besoins des professionnels du territoire de Charleval :

Les professionnels sociaux du territoire et de la MSP ont été contactés par mail pour leur proposer de participer à un entretien téléphonique ou une visioconférence au vu des circonstances sanitaires (épidémie COVID). L'objectif était de recueillir les attentes et besoins des professionnels concernant le repérage et la prise en charge de la fragilité de la personne âgée à domicile.

Les entretiens se sont déroulés du 23 avril au 9 juillet 2020. Ils étaient semi-dirigés suivant la trame d'un guide d'entretien élaboré en amont avec les référents du projet.

Au début de chaque entretien, le projet était présenté brièvement. Le consentement des participants était recueilli.

Le guide d'entretien cherchait à recueillir :

- La définition de la fragilité selon le professionnel interrogé;
- Le mode de repérage de la fragilité par chacun des professionnels (outils utilisés);
- Les freins rencontrés lors du repérage et de la mise en place du suivi par chaque professionnel;
- La connaissance des réseaux et des aides possibles;
- La prise en charge de la fragilité (à qui le professionnel adressait le patient qu'il estimait fragile, quelle était sa prise en charge et ses difficultés concernant la prise en charge);
- Leurs attentes concernant le repérage;
- Leurs idées pour améliorer le travail pluridisciplinaire.

De ce codage, nous avons pu extraire quelques grands axes correspondants aux grandes idées retrouvées lors des entretiens, qui sont décrits dans la partie "Etat des lieux".

2. Sensibilisation au repérage de la fragilité :

La fragilité pourra être repérée par les professionnels de la MSP après formation.

Une session de sensibilisation sera proposée au sein de la MSP en juin 2021.

Plusieurs journées de sensibilisation à la fragilité sont également organisées par la MAIA dans l'année, ouvertes à tous les professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux, la prochaine étant le mardi 15 juin 2021. Ces sessions abordent la définition de la fragilité et son repérage, la présentation du territoire et le parcours proposé en cas de repérage de la fragilité (professionnels vers qui se tourner en cas de fragilité), ainsi qu'une partie éthique avec le partage d'informations.

3. Mise en place du repérage de la fragilité des personnes âgées au sein de la MSP :

Les référents du projet, les professionnels de la MSP et les acteurs sociaux se sont réunis plusieurs fois pour discuter et établir les conditions de mise en pratique du repérage. Après recherche bibliographique, le repérage de la fragilité s'effectuera avec la grille GFST. Le remplissage de la grille doit se faire à distance de tout événement pathologique aigu chez des patients autonomes (ADL supérieur ou égal à 5.6). (Cf annexe)

La grille existera sous format papier et sera distribuée aux différents professionnels, mais sera également intégrée sur le logiciel commun (WEDA).

Le nom, prénom, date de naissance et médecin traitant du patient devront être renseignés.

La grille GFST est composée de 6 questions fermées (oui/ non/ne sait pas).

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

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Questionnaire GFST

La dernière question (votre patient vous paraît-il fragile ?) permet de prendre en compte le ressenti du professionnel. Le patient est considéré comme fragile si :

- Une des 6 questions est positive et / ou
- Le professionnel trouve le sujet fragile.

Les démarches sont ensuite différentes selon les réponses :

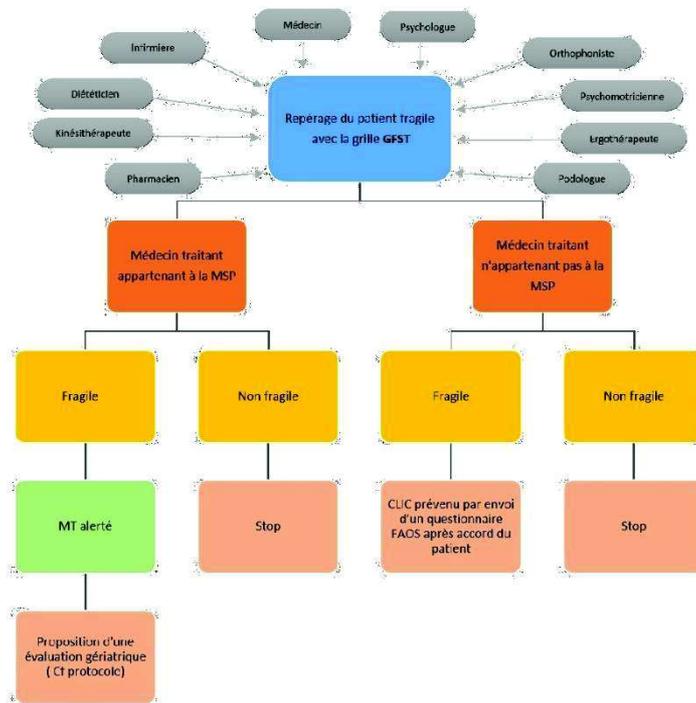
Le médecin traitant n'appartient pas à la MSP :

- Le patient n'est pas fragile : le questionnaire est rangé dans le classeur de la mission de santé publique.
- Le patient est dépisté fragile : le questionnaire est rangé dans le classeur de la mission de santé publique. Un questionnaire FAOS est rempli par le professionnel ayant dépisté le patient fragile, avec l'accord du patient, et transmis au CLIC par mail. Selon leur protocole, le CLIC fera ensuite le relais vers le médecin traitant et/ou l'EMED si nécessaire.

Le médecin traitant appartient à la MSP :

- Le patient n'est pas fragile : Le questionnaire est rempli directement sur le logiciel WEDA® via un formulaire spécifique, ou rempli sur papier remis au référent fragilité. Le référent scanne et informatise le questionnaire sur le logiciel WEDA®, puis le range dans le classeur de la mission de santé publique.
- Le patient est dépisté fragile : Le questionnaire est rempli directement sur le logiciel WEDA® via un formulaire spécifique avec une alerte pour le médecin traitant (post-IT ou communication directe). Il peut également être rempli sur papier et remis au référent fragilité. Le référent scanne et informatise le questionnaire sur le logiciel WEDA®, en alertant le médecin traitant (post-IT ou communication directe). Il range le questionnaire dans le classeur de la mission de santé publique. Un protocole est en cours de construction pour la prise en charge des patients de la MSP repérés fragiles et fait l'objet d'une thèse et d'un document écrit complet. Le médecin traitant alerté de la fragilité de son patient lui proposera systématiquement une évaluation gériatrique par l'infirmière de pratique avancée (IPA) puis un plan personnalisé de santé (PPS) selon ses difficultés, avec réévaluation pluriprofessionnelle régulière.

Les informations nom, prénom, date de naissance, médecin traitant, résultats du questionnaire, transmission d'un FAOS seront inclus dans un tableau Excel® par le référent fragilité pour tous les patients, à visée épidémiologique et pour éviter les doublons. Selon un bilan à 6 mois mené par la HAS dans le cadre du PAERPA [27] et selon les résultats de nos entretiens, un repérage systématique annuel est proposé pour tous les patients de plus de 70 ans.



Repérage de la fragilité par les professionnels de l'association MAZILLE

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

FAOS : Formulaire d'Analyse et d'Orientation des situations

GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

Plan opérationnel

L'élaboration de cette mission de santé publique a nécessité la tenue de plusieurs réunions pluri professionnelles :

- **16 janvier 2020** : réunion avec les professionnels de santé de l'association MAZILLE afin d'aborder, expliquer et discuter du projet.
- **6 février 2020** : réunion entre les référents du projet pour la réalisation du guide d'entretien destiné à interroger les professionnels du territoire.
- **3 mars 2020** : première réunion à Charleval avec les coordinateurs de la MSP pour discuter du projet.
- **5 avril 2020** : validation du guide d'entretien par les référents du projet.
- **23 avril 2020 au 09 juillet 2020** : réalisation des entretiens avec les professionnels.
- **17 septembre 2020** : première présentation et discussion du projet aux deux coordinateurs de la MSP.
- **24 septembre 2020** : Discussion du projet avec les référents du projet. Validation du projet sous forme de mission de santé publique pour le repérage et protocole pour la prise en charge de la fragilité.
- **14 octobre 2020** : présentation du projet global (mission de santé publique pour le repérage de la fragilité et protocole pour la prise en charge) aux professionnels de l'association MAZILLE.
- **10 novembre 2020** : présentation du projet avec un gériatre du CHU de Rouen avec discussion autour de la construction de la mission de santé publique et du protocole (notamment intégration d'une consultation plus spécialisée après le repérage par la grille du gérontopôle de Toulouse et intégration de la fragilité sociale dans le projet (repérage par échelle validée JAMDA).
- **1 décembre 2020** : discussion avec les référents pour avancer dans la construction de la mission de santé publique.
- **17 décembre 2020** : discussion du projet avec la référente de la MAIA et du CLIC.
- **5 janvier 2021** : discussion avec les référents du projet pour avancer dans la construction de la mission de santé publique.
- **9 mars 2021** : présentation finale de la mission de santé publique aux professionnels de la MSP.
- **7 avril 2021** : discussion et présentation du projet final avec la référente de la MAIA.
- **15 juin 2021** : session de sensibilisation à la fragilité pour les professionnels de santé prévue à la mairie des Andelys organisée par la MAIA.
- **29 juin 2021** : explications du projet et sensibilisation à la fragilité prévue au sein de la maison de santé de Charleval avec la MAIA, le CLIC et l'EMED.

Faisabilité et acceptabilité du projet :

1. Elaboration de la mission de santé publique en coordination pluri professionnelle

Cette mission de santé publique est construite en coordination pluriprofessionnelle avec tous les professionnels de la MSP et les acteurs sociaux du territoire.

2. Financement

a. Types de financement (T2A, ACI, appel à projet) :

• Tarification à l'acte T2A

Le principal mode de financement des professionnels de santé se base sur la tarification à l'acte (T2A). Mais ce seul financement n'est pas adapté pour de tels projets, plus larges, demandant une réelle implication et beaucoup de temps.

• Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)

Cette mission de santé publique s'intègre dans le projet de santé de la MSP et peut donc recevoir des fonds des ACI par la SISA. L'ACI permet aux professionnels de santé qui sont dans une structure sous forme juridique de SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires) de pouvoir bénéficier de rémunération commune. Les structures concernées sont les MSP monosite ou multisite (PSLA) constituées en SISA comprenant au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical ayant établi un projet de santé et agréées par l'ARS. Sont également concernés les centres de soins ayant élaboré un projet de santé en cohérence avec le schéma régional de l'ARS. L'équipe s'engage à répondre à un certain nombre d'objectifs. La rémunération est calculée chaque année en fonction de l'atteinte de ces engagements. Ceux-ci sont répartis en trois grands axes :

- L'accès aux soins non programmés
- Le travail en équipe et la mise en place d'une coordination interprofessionnelle
- les systèmes d'information : dossiers de patients informatisés et partagés entre les professionnels [7;8]

• Appels à projet

Un appel à projet a été lancé début janvier par les conférences des financeurs de l'Eure, auquel les référents du projet ont répondu. La loi Adaptation de la société au vieillissement ASV prévoit la mise en place dans chaque département, d'une "Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie" (CFPPA) qui regroupe différents partenaires et acteurs du territoire. La Conférence des financeurs rassemble au niveau local :

- Le Conseil départemental : qui en assure la présidence
- L'ARS : qui en assure la vice-présidence
- Les membres de droit : l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat, l'Interégime : CARSAT, MSA, La Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les institutions de retraite complémentaire, la Mutualité Française, des représentants de collectivités territoriales et des établissements publics de coopération intercommunale volontaires

Le but de cette conférence est de coordonner des actions de prévention et leurs financements. Une réponse positive a été rendue le 10 février et attribuée à la MSP de Charleval la somme de 3200 euros pour le projet global autour de la fragilité.

b. Qu'est ce qui est financé ?

- **Session de sensibilisation au repérage de la fragilité à la MSP** : durée d'une heure, rémunérée comme convenu pour le travail pluriprofessionnel à 35 euros l'heure par professionnel participant dans le cadre des ACI
- **Repérage de la fragilité** : Le repérage de la fragilité peut s'inclure dans une consultation de médecine générale au vu de sa durée courte (5 minutes). Il peut également s'inclure dans la consultation d'un autre professionnel (kiné, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, infirmières). On peut établir une rémunération de 10 euros pour chaque grille remplie par un professionnel de la MSP dans le cadre des ACI, recensé dans un tableau EXCEL.

Evaluation du projet :

Les critères d'évaluation du repérage sont :

- Le nombre de questionnaires de fragilité remplis ;
- Le nombre de personnes âgées dépistées fragiles ;
- Le statut professionnel de la personne ayant rempli le questionnaire de fragilité pour éviter le biais de confusion ;
- Le nombre de personnes âgées repérées comme fragiles qui ont bénéficié ensuite d'une évaluation gériatrique ;
- La satisfaction des professionnels, des patients et de leur entourage ;
- Le coût induit par le projet en comparaison au coût estimé des soins non programmés, de la iatrogénie et des gains espérés sur la consommation de soins programmés ;
- Le taux de réhospitalisations non programmées en médecine et en chirurgie à 30 jours après la dernière hospitalisation ;
- Le taux d'hospitalisations non programmées et évitables grâce à une prise en charge plus globale permettant un maintien à domicile dans de bonnes conditions ;
- Le taux de passages aux urgences pour motif ne relevant pas d'une urgence mais d'une difficulté au maintien à domicile ;
- La polyprescription continue : proportion de personnes âgées ayant eu au moins dix médicaments au moins trois fois dans les douze mois parmi les résidents au sein du territoire.

L'évaluation de la mission de santé publique aura lieu 1 an après la mise en place.

Liste des abréviations :

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ADL : Activity of Daily Living (activités de la vie quotidienne)
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS: Agence Régionale de Santé
ASV : loi Adaptation de la Société au Vieillessement
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale
CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie
CHU: Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination
EHPAD : Etablissements d'hébergements pour Personnes Âgées
EMED : Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile
EMG : Equipe Mobile Gériatrique
FAOS : Formulaire d'analyse et d'Orientation des situations
GFST : Gérontopôle Frailty Screening Tool (outil de dépistage de la fragilité gérontologique)
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hôpital De Jour
IADL : Instrumental Activities of Daily Living
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PAERPA : Parcours de santé des Personne Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PSLA : Pôle de Santé Libéral en Ambulatoire
PTA : Plateforme Territoriale d'Appuis
RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle
RPA : résidence pour personnes âgées
SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

Bibliographies :

[1] Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet – Commune de Charleval (27151). Janvier 2021.

[2] Robin S, Giraud J, Moreau F. Autonomie des personnes âgées, Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS de Poitou-Charente. Février 2014.

[3] Lo R. Faisabilité du Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) pour repérer la fragilité du sujet âgé en médecine générale. Thèse de médecine, université François-Rabelais Tours. Décembre 2017.

[4] Michel A. Évaluation du dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Médoc consultant aux SAU de Lesparre, au travers des scores ISAR aux urgences et GFST en soins primaires. Thèse de médecine, université de Bordeaux 2 - Bordeaux Segalen. Novembre 2017.

[5] Ministère des Solidarités et de la Santé. Le parcours santé des aînés (Paerpa). Le dispositif Paerpa. Mai 2017.

[6] Michel A. Évaluation du dépistage de la fragilité des personnes âgées dans le Médoc consultant aux SAU de Lesparre, au travers des scores ISAR aux urgences et GFST en soins primaires. Thèse de médecine, université de Bordeaux 2 - Bordeaux Segalen. Novembre 2017.

[7] L'assurance maladie. Les structures de santé pluriprofessionnelles. Décembre 2020.

[8] La Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé (FNAMPoS). Justificatifs ACI. Décembre 2019.

[9]. Amalou L. Validation d'un outil de repérage de la fragilité gériatrique dans une population communautaire ambulatoire de sujets âgés. Thèse de médecine, université de Rouen. Octobre 2013.

[10] Haute autorité de la santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois. Novembre 2015.

Annexe 1 : Document type pour le repérage

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

MEDECIN TRAITANT :

Le patient est-il d'accord pour que vous remplissiez ce questionnaire ?

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

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

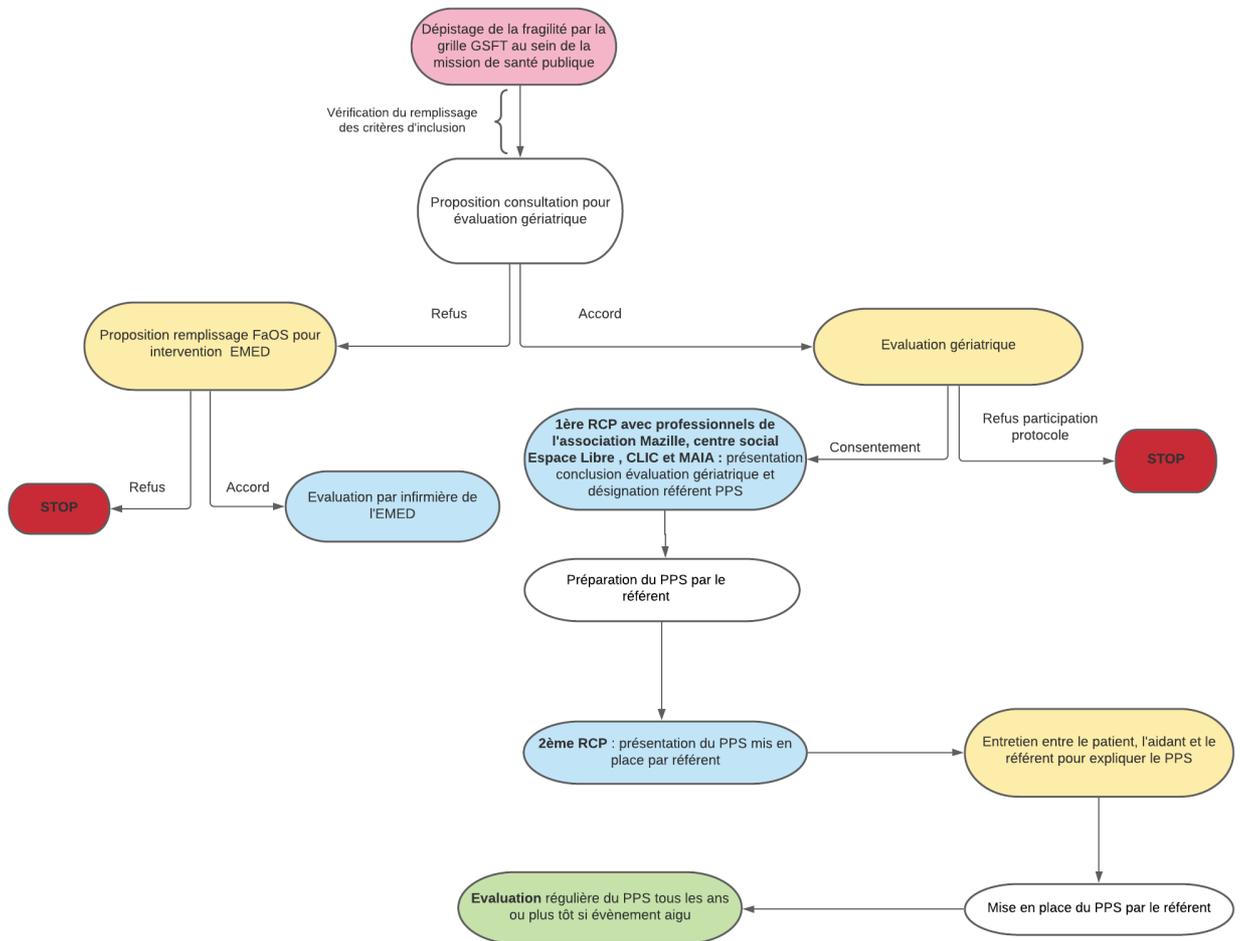
Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Annexe 2 : Echelle ALD

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habilage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habilage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habilage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (canne, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

ANNEXE 7 : Protocole de soin de la prise en charge de la fragilité au sein de la MSP de Charleval



Annexe 8 : Grille FAOS



MAIA
Normandie

FORMULAIRE D'ANALYSE ET D'ORIENTATION DES SITUATIONS

DOCUMENT RÉSERVÉ À UN USAGE STRICTEMENT PROFESSIONNEL




La personne est-elle informée de la demande ? oui non

La personne accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels ? oui non

DATE DE LA DEMANDE : _____

PERSONNE CONCERNÉE

NOM (d'épouse) : _____

NOM (de naissance) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____

Sexe : _____

Adresse : _____

CP et Commune : _____

Téléphone : _____

Situation familiale : _____

Mode de vie : _____

Statut d'hébergement : _____

Localisation actuelle : _____

Protection juridique : oui non demande en cours ne sait pas

Si oui, type de mesure : _____

Coordonnées de la personne nommée : _____

Si demande en cours, personne à l'origine de la demande : _____

Caisse de retraite principale : _____

ÉMETTEUR DE LA DEMANDE

NOM Prénom : _____

Organisme : _____

Fonction : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

PERSONNES RESSOURCES

(NOM Prénom / Coordonnées / Nature du lien...)

PRESTATIONS FINANCIÈRES

(Préciser Attribué / En cours)

(APA / PCH / AAH / AEEH / RSA...)

SUIVI MÉDICAL

Médecin traitant : _____

Le médecin traitant est-il informé de la demande ? oui non

Spécialiste(s) : _____

Absence de suivi médical : oui non

Motif : _____

AIDES HUMAINES DÉJÀ EN PLACE

Structure et/ou Nom de l'intervenant	Type d'intervention	Fréquence	En place depuis

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Ment ions Jégoles

01 31 21 21 21 / 01 31 21 21 21 / 01 31 21 21 21 / 01 31 21 21 21

Conception : MAIA de la Normandie / Mise à jour : octobre 2018

ALERTES REPÉRÉES



ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

- Épuisement ou souffrance de l'aidant
- Notion d'isolement (absence ou fragilité du lien social avec la famille, l'entourage, le(s) voisin(s)...)
- Expression d'un sentiment de solitude
- Evolution de la vie sociale (rupture progressive ou brutale avec l'entourage, décès d'un proche...)
- Risque ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance et/ou de vulnérabilité
- Problématique familiale compromettant le maintien à domicile (conflits familiaux ou conjugaux, déni ou incompréhension de la maladie, interlocuteurs multiples...)
- Sentiment d'épuisement des professionnels

Informations complémentaires :



ASPECTS ÉCONOMIQUES ET ADMINISTRATIFS

- Droits communs non ouverts (sécurité sociale, mutuelle, retraite...)
- Difficultés dans la gestion administrative (ne trie plus les papiers...)
- Difficultés financières (précarité économique, crédits, dettes...)
- Comportement à risque (gestion financière, retraits...)

Informations complémentaires :



HABITAT / SÉCURITÉ

- Problème d'accessibilité au logement
- Changement dans l'entretien du logement
- Logement encombré et/ou dégradé et/ou présence de nuisibles
- Absence de moyens de communication
- Configuration inadaptée du logement
- Comportement(s) à risque (négligence dans l'utilisation du gaz, conduite automobile non sécurisée...)
- Isolement géographique
- Difficultés de cohabitation avec des animaux domestiques
- Difficultés de relations avec le voisinage

Informations complémentaires :



AUTONOMIE

- Difficultés dans les actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, se vêtir, aller aux toilettes...)
- Difficultés dans les actes de la vie domestique (courses, ménage, préparation des repas, linge, budget, moyens de communication...)
- Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs (ne peut plus faire ce qu'elle aimait, peur de sortir...)
- Refus d'aides et/ou de soins par la personne et/ou son entourage
- Refus/arrêt d'intervention de professionnels
- Difficultés de mobilité

Informations complémentaires :



SANTÉ

- Suivi médical absent ou irrégulier
- Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...)
- Troubles du comportement (démantèlement, agressivité, errance...)
- Troubles sensoriels (vue, ouïe, goût, odorat...)
- Troubles nutritionnels (perte de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...)
- Troubles addictifs
- Symptôme(s) physique(s) (essoufflement, perte d'équilibre)
- Grabatisation récente (plaies, baisse de mobilité)
- Souffrance physique
- Souffrance psychique
- Chutes fréquentes (plus de 2 dans les 6 derniers mois)
- Hospitalisations répétées (plus de 2 dans les 6 derniers mois)
Motif :
Lieu d'hospitalisation, si connu :
- Difficultés dans la gestion des médicaments
- Maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier

Informations complémentaires :

SOUHAIT(S) DE LA PERSONNE

OBJECTIFS ET ATTENTES DE LA DEMANDE

BESOINS EXPRIMÉS PAR L'ENTOURAGE

CADRE RÉSERVÉ AU DESTINATAIRE

Code dossier :

Date de réception de la demande :

Proposition d'orientation :

Date d'examen de la demande :

Réponse à l'émetteur le :

ANNEXE 9 : Document de repérage de la fragilité de la MSP de Charleval

Repérage de la fragilité

Patient de plus de 70 ans, autonome avec un ADL à 5 ou 6 (selon grille ci-dessous)

A distance d'une pathologie aiguë

Patient informé et consentant à remplir le questionnaire

ECHELLE A.D.L		Nom
		Prénom
		Date
		Score
Hygiène Corporelle	Autonome Aide partielle Dépendant	1 ½ 0
Habillage	Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser. Dépendant	1 ½ 0
Aller aux toilettes	Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite. Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller. Ne peut aller aux toilettes seul	1 ½ 0
Locomotion	Autonomie A besoin d'aide (cane, déambulateur, accompagnant) Grabataire	1 ½ 0
Continence	Continent Incontinence occasionnelle Incontinent	1 ½ 0
Repas	Se sert et mange seul Aide pour se servir, couper le viande ou peler un fruit Dépendant	1 ½ 0

Total = /6

Echelle d'autonomie ADL

Si ADL entre 1 et 4 : alerter le médecin traitant : exclusion de la mission de santé publique

Date du jour de remplissage :

Professionnel ayant repéré (nom, profession) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Médecin traitant :

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

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile : OUI NON

Le patient est fragile si une des réponses à ces questions est positive.

Le patient accepte-t-il une évaluation gériatrique (à présenter comme une enquête sur ses besoins, difficultés et attentes) ?

Questionnaire à remettre au référent fragilité

Résumé

Introduction : En 2015 en France, 15 à 20 % de la population de plus de 65 ans à domicile est considérée comme fragile. La fragilité est un état intermédiaire précaire entre l'autonomie et la dépendance, parfois réversible. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) permettent leur prise en charge précoce par un parcours coordonné de la personne âgée. L'objectif est la création d'une mission de santé publique permettant de repérer précocement les personnes âgées fragiles. Les objectifs secondaires sont la sensibilisation des professionnels du territoire au repérage de la fragilité et le développement de la coordination pluriprofessionnelle.

Méthode : Cette mission de santé publique a nécessité des recherches bibliographiques et épidémiologiques, puis une étude qualitative par entretiens semi-dirigés sur les besoins et attentes des professionnels médico-sociaux du territoire sur le repérage de la fragilité. Elle a nécessité plusieurs réunions de concertation pluriprofessionnelles pour définir les objectifs, critères d'inclusion et d'exclusion, déroulement du repérage et critères d'évaluation

Résultats : L'étude qualitative montrait que la fragilité était un processus multifactoriel sans définition unique. Les professionnels demandaient une formation sur son repérage, et une meilleure connaissance du territoire pour améliorer la coordination. Tous souhaitaient une grille de repérage commune, simple, rapide et utilisable en ambulatoire. La mission de santé publique s'organisera avec un repérage de la fragilité une fois par an proposé aux patients de plus de 70 ans autonomes (ADL 5 et 6) consultant un professionnel de santé de la MSP, en utilisant la grille GFST. Elle comprend également des sessions de sensibilisation aux professionnels du territoire travaillant avec les personnes âgées.

Conclusion : Cette mission de santé publique permettra le repérage précoce de la fragilité. Il est proposé aux patients repérés fragiles ayant leur médecin traitant dans la MSP une évaluation gériatrique et la mise en place d'un plan personnalisé de santé. Le travail pluriprofessionnel, la communication et la coordination entre les professionnels sont essentiels à la mise en place de ce projet. Il pourrait être applicable à d'autres MSP sous réserve d'une bonne connaissance du territoire, d'un partenariat entre les professionnels médico-sociaux, de solutions aux freins rapportés et d'une formation des professionnels.

MOTS CLEFS : repérage - fragilité - personne âgée - mission de santé publique - maison de santé pluriprofessionnelle