

RECHERCHE – ACTION RAPPORT FINAL

L'OPERATIONNALISATION DU REPERAGE ET
DE LA PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE :
QUELLE GESTION DE PROJET ?

LE CAS DES EXPERIMENTATIONS FILIERIS

Membres du groupe de travail

- ▼ Mélissa AUDUBEY – Chef de projet
- ▼ Dieudonné BONAT
- ▼ François DIB
- ▼ Véronique GAY
- ▼ Cécile LHOMET

Directeur de recherche-action

- ▼ Bruno FANTINO
Directeur National Médical CANSSM

REMERCIEMENTS

Notre équipe de recherche-action tient à remercier tout particulièrement M. Bruno Fantino, Directeur Médical National de Filieris et Directeur de cette recherche-action pour le soutien, la confiance et la disponibilité dont il a fait preuve. Son implication et sa finesse d'analyse nous ont guidées à travers un sujet exigeant et passionnant.

Nous souhaitons remercier l'EN3S, le Directeur M. Dominique Libault et la directrice de la formation initiale Mme Marie-Emmanuelle Le Cocguen ainsi que l'ensemble des agents de la Direction de la formation initiale. Un remerciement tout particulier à Agnes Cardineau, chargée de la Recherche Action, pour sa disponibilité et sa bienveillance.

Nous remercions chaleureusement M. Jean-François Gauchet, coordonnateur Offre de santé Filieris, Prévention ainsi que Mme Delphine Michard, assistante de M. Fantino, pour toute l'aide apportée et le temps consacré à ce projet.

Nos plus sincères remerciements s'adressent enfin à l'ensemble des personnes que nous avons interrogées pour ce rapport ou qui nous ont apporté autant d'informations ou d'avis précieux pour l'analyse.

Nous dédions ce rapport à la 53ème promotion de l'EN3S.

INTRODUCTION	4
1. LA FRAGILITE ET SA PRISE EN CHARGE: DEFINITION, INTERET ET ETAT DES LIEUX	5
1.1. QU'EST-CE QUE LA FRAGILITE ?	5
1.2. INTERETS DU CONCEPT DE FRAGILITE	7
1.3. LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE : QUELQUES EXEMPLES A L'ETRANGER ET EN FRANCE	10
2. L'OPERATIONNALISATION DU CONCEPT DE FRAGILITE AU SEIN DE LA CAISSE DES MINES: PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ACTION	12
2.1. DEUX CONDITIONS INTERDEPENDANTES POUR REUSSIR L'ORGANISATION D'UN PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE	12
2.2. LE PROTOCOLE DE LA RECHERCHE ACTION	16
3. LES EXPERIMENTATIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE MENEES PAR LA CAISSE DES MINES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE	20
3.1. PRESENTATION DES DIFFERENTS PROJETS : PARCOURS ET MISES EN ŒUVRE	20
3.2. FOCUS SUR L'EXPERIMENTATION DE LA CARMi CENTRE OUEST A SAINT-ETIENNE	25
4. ANALYSE DES GESTIONS DE PROJET SUR LA FRAGILITE DE FILIERIS	29
4.1. ANALYSE DE LA GESTION DE PROJET	29
4.2. L'ADHESION A LA DEMARCHE	39
5. PRECONISATIONS	43
5.1. TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRECONISATIONS	43
5.2. DETAILS DES PRECONISATIONS	45
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	50
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	53

Le concept de fragilité est, depuis une vingtaine d'années, de plus en plus mobilisé dans l'objectif de prévenir l'entrée en dépendance. Au moment de la réflexion sur la création d'un cinquième risque dépendance en 2008, le Sénat a évalué la dépense publique liée à la prise en charge des personnes âgées dépendantes à 21 milliards d'euros. L'effort est partagé par de nombreux financeurs. Les plus grands contributeurs sont l'Assurance Maladie (13 milliards d'euros), les départements (4,2 milliards) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (3 milliards).

Le vieillissement de la population constitue en effet un véritable défi pour le système de Protection sociale. Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans. Les 75 ans et plus représenteront 16,2% de la population. La perte d'autonomie risque de peser encore plus lourdement sur les dépenses au regard des projections statistiques. En effet, selon des projections de l'Insee, la population dépendante passerait de 1,2 million en 2010 à 1,5 million en 2025, puis à 2 millions en 2040 dans le scénario central pour la France entière.

De plus, l'espérance de vie en bonne santé est faible en France. Elle se situe, en 2010, à 61,8 ans alors que l'espérance de vie est de 78,3 ans. Les marges de manœuvre demeurent importantes pour améliorer cet indicateur.

Comme sur d'autres problématiques de santé publique, la réponse du système de soins au défi du vieillissement repose essentiellement sur des approches curatives. La notion de fragilité propose d'inverser cette approche. Elle a pour objectif d'éviter l'apparition de la maladie ou de limiter sa prévalence. De l'actuel appel du patient avec un symptôme que le médecin diagnostique et soigne (curatif), la notion de fragilité invite à passer à un repérage chez un patient qui n'en ressent pas le besoin (préventif). Ainsi, l'identification de la fragilité est une démarche de prévention primaire et secondaire auprès des personnes âgées. Elle suppose donc de changer le mode de pensée et d'action de la médecine, aujourd'hui centrée sur la prévention tertiaire.

De nombreuses publications scientifiques mettent en exergue les bienfaits à agir sur la fragilité malgré les débats que cette notion suscite encore. Pour autant, la difficulté majeure aujourd'hui réside dans le passage de la théorie à l'action. Les actions concrètes tardent à s'ancrer dans le paysage sanitaire et médico-social et à structurer les méthodes de diagnostic et de prise en charge.

La démarche du groupe de recherche action consiste à se placer au cœur des expérimentations concrètes de prise en charge de la fragilité, et plus particulièrement celles menées par le réseau Filieris au sein de la Caisse des mines. L'objectif est d'analyser les mises en œuvre des projets pour comprendre les clés qui permettront demain de les pérenniser.

Quelles sont les conditions de réussite, en termes de gestion de projet, pour rendre opérationnel le repérage et la prise en charge de la fragilité dans une démarche de prévention?

Pour y répondre, la recherche action présente dans un premier temps les enjeux de la notion de fragilité, ses concrétisations dans le réseau Filieris et ailleurs. Dans un second temps, elle analyse les éléments observés pour proposer des préconisations et perspectives.

1. LA FRAGILITE ET SA PRISE EN CHARGE: DEFINITION, INTERET ET ETAT DES LIEUX

La notion de fragilité est de plus en plus utilisée par les équipes médicales et les pouvoirs publics, ce qui nécessite d'en préciser la nature, les caractéristiques, les critères mais aussi les controverses. Ce premier travail permettra d'identifier les enjeux de ce concept et de faire un état des lieux, non-exhaustif, de ses mises en application concrètes.

1.1. Qu'est-ce que la fragilité ?

La fragilité est une notion complexe permettant de détecter un état de faiblesse, grâce à l'identification de critères faisant encore l'objet de débats.

1.1.1. La fragilité, un concept à la croisée de la bonne santé et de la dépendance

Selon le dictionnaire Larousse, la fragilité est caractérisée par la précarité, la vulnérabilité, la faiblesse, l'instabilité ou par le manque de robustesse. Le concept de fragilité développé en gériatrie s'appuie sur cette définition courante pour déterminer un état propre au vieillissement.

Au sens clinique, la fragilité est l'étape intermédiaire entre la phase de robustesse et la phase de dépendance chez les personnes âgées. Ainsi les personnes âgées fragiles se distinguent des personnes atteintes de maladies graves ou déjà dépendantes ou des personnes en bonne santé.

La communauté scientifique et médicale s'accorde sur la définition de l'état de fragilité consistant en une réduction physiologique multi-systémique limitant les capacités d'adaptation au stress de la personne âgée.

Cet état physiologique instable représente un risque de diminution des capacités fonctionnelles, de perte d'autonomie et de décès. « Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. »¹.

Si la fragilité est liée à l'âge, au vieillissement, il ne saurait à lui seul l'expliquer, puisque, dans une même classe d'âge, les situations des personnes âgées sont différentes (aucune fragilité ou degré de fragilité varié). D'autres facteurs entrent en jeu dans le processus de fragilité et ont été identifiés par différentes méthodes.

1.1.2. Des méthodes de repérage reconnues par la Haute Autorité en Santé soumises encore à débat

La définition générale ne permet pas d'appréhender les caractéristiques précises de la fragilité, les critères qui permettent de l'identifier et de la mesurer. Ces dernières années, plusieurs approches de la fragilité ont été développées afin de définir des critères pertinents permettant d'identifier les personnes âgées fragiles. Toutefois, deux modèles sont majoritairement plébiscités par les gériatres, et par la Haute Autorité de Santé qui les a validés.

Le modèle de Rockwood considère la fragilité comme un processus d'accumulation de déficits qui diminuent les réserves physiologiques de la personne âgée. Les difficultés éprouvées peuvent être de différentes natures, physiologiques bien sûr mais aussi cognitives et sociales. Cette définition est marquée par la diversité des critères pris en compte pour déterminer l'état de fragilité : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités

¹ Extrait de la définition adoptée en 2011 par la Société française de gériatrie et de gérontologie

pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités. La fragilité est davantage mesurée par le nombre de problèmes rencontrés que par leur nature.

Le modèle de Fried ou l'approche phénotypique envisage la fragilité comme un syndrome biologique résultant de la réduction de systèmes physiologiques spécifiques. Le phénotype désigne un ensemble de caractères anatomiques, physiologiques permettant d'identifier et de classer. C'est ce que propose Fried par l'évaluation de la fragilité chez les personnes âgées de 65 ans et plus en fonction de cinq critères :

- la perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou supérieure ou égale à 5% du poids) depuis un an,
- l'épuisement ressenti par le patient,
- la vitesse de marche ralentie,
- la baisse de la force musculaire
- la sédentarité

Les patients sont dits fragiles en présence de trois critères ou plus. Ils sont dits « préfragiles » si au moins l'un des critères est présent.

Le modèle de Fried reposant sur cinq types de critères est souvent considéré comme davantage opérationnel que le modèle de Rockwood. Ainsi, cette conception de la fragilité est actuellement la plus couramment utilisée.

Cependant, la mise en œuvre opérationnelle d'actions de prise en charge des populations fragiles n'est pas facilitée par la controverse scientifique que suscite toujours la notion. Les débats sont de plusieurs ordres : la qualification de la fragilité, sa mesure et la pertinence des critères définis.

Comment qualifier la fragilité ? Syndrome ou cumul de risques ? Cette controverse recompose la dualité des approches en opposant les partisans du syndrome gériatrique, conception plutôt phénotypique, à ceux du cumul de risques plus proches du modèle de Rockwood. L'absence de consensus sur la définition et les critères de la fragilité pose des difficultés lors de sa mesure car il n'y a pas de mesures normalisées faisant foi pour l'ensemble de la communauté scientifique et médicale. Ainsi, le taux de prévalence de la fragilité varie en fonction de l'approche utilisée.

Dans une analyse récente ayant pour objectif de comparer la prévalence de la fragilité chez des personnes âgées en fonction de l'outil d'évaluation utilisé, 9,9% de la population est considérée fragile lorsque le phénotype de fragilité est utilisé, alors que 22,7% le sont grâce à l'utilisation de la méthode de l'accumulation des déficits.² D'après l'étude de Sirven et Rapp (2014), sur un échantillon de 1380 personnes âgées de plus de 65 ans, dont on mesure le niveau de fragilité avec les critères de Fried, 13.3% des individus sont fragiles.

Le taux de prévalence augmente généralement avec l'âge, même si l'intérêt de la fragilité est justement de remplacer le concept d'âge chronologique par celui d'âge biologique, le critère de l'âge ne révélant l'extrême hétérogénéité du capital santé, ou réserve physiologique, des personnes âgées.

Certains médecins critiquent l'absence de prise en compte par le modèle de Fried des capacités cognitives et de la situation sociale de la personne âgée, éléments essentiels selon eux dans le processus de fragilité. De même, l'absence de hiérarchie des critères de Fried est remise en cause par des gériatres pour qui le critère de la vitesse de marche est fondamental.

En outre, l'absence de consensus sur les critères de la fragilité conduit à une réelle diversité de méthodes de repérage. Chaque expérimentation médicale s'approprie le concept en

² Collard R.M., Boter H., Schoevers R.A., Oude Voshaar R.C. « prevalence of frailty in community-dwelling older persons : a systematic review » 2012

ajoutant des critères semblant pertinents qui conduisent à enrichir la notion mais également à rendre ses contours plus flous. Sur cette question le Workshop du 1^{er} octobre 2014 sur la fragilité qui s'est tenu à Toulouse sous l'égide du Professeur Vellas, a souligné que 27 instruments de repérage de la fragilité coexistent aujourd'hui.

Malgré ces débats théoriques, la fragilité est une notion dont l'intérêt ne peut être négligé. Elle participe à une meilleure connaissance des processus conduisant à l'incapacité et à la dépendance, défis majeurs de ces prochaines années.

1.2. Intérêts du concept de fragilité

Pour la protection sociale, le concept de fragilité a un intérêt en termes de prévention de la dépendance. Il représente, en outre, un intérêt particulier pour le régime des mines, celui de pérenniser son action à travers la prise en charge des personnes âgées.

1.2.1. Prévenir la dépendance, un défi majeur des politiques sociales

Les projections démographiques incitent à investir dans des dispositifs de prévention. A ce titre, par les perspectives qu'elle offre sur la réversibilité de l'entrée en dépendance, la fragilité présente des intérêts forts en termes de santé publique et de maîtrise des dépenses.

1.2.1.1. *La réversibilité de l'entrée en dépendance, intérêt de santé publique*

Les personnes âgées fragiles représentent un fort enjeu de santé publique. En effet, le risque de mortalité se situe entre 20 et 30 % pour les plus de 70 ans. A titre de comparaison la prévalence du diabète, pourtant considérée comme une véritable épidémie de population générale, n'est que de 4%.

Les projections démographiques inquiétantes et les difficultés financières de la protection sociale renforcent, elles aussi, la nécessité d'une politique efficace de prévention de la dépendance. Le concept de fragilité peut contribuer à cet objectif en offrant un dispositif précoce de détection des risques et de prévention. En effet, l'intérêt de la fragilité est de permettre d'identifier les situations à risque pour organiser des interventions ciblées dans le but d'éviter ou de retarder la perte d'autonomie et la dépendance. L'enjeu central du concept de fragilité réside dans l'idée de réversibilité.

Néanmoins, les modes d'intervention définissant le dispositif de prévention ne sont pas clairement déterminés. Les ouvrages sont nombreux concernant le « faut-il agir ? », beaucoup moins quant à la question de savoir « comment agir ? ».

Une étude australienne³ menée de janvier 2008 à juin 2011 révèle les bénéfices du repérage de la fragilité et de la mise en place d'un programme personnalisé d'interventions sur l'état de santé.

³Programme FIT Frailty Intervention Trial

Les principes du programme étaient les suivants :

- La fragilité peut être atténuée.
- L'assistance doit être personnalisée.
- L'intervention vise à améliorer les fonctions physiques, cognitives et sociales.
- L'assistance doit être apportée sur une période longue et les systèmes doivent faciliter une gestion cohérente.
- La plupart des personnes âgées fragiles doivent être encouragées et soutenues pour adhérer au plan d'intervention.
- Il est important de reconnaître les besoins de la famille et/ou des aidants pour les impliquer.

Les personnes identifiées comme fragiles selon les critères de Fried ont bénéficié d'un programme interdisciplinaire sur la base de leurs besoins individuels.

Les résultats ont été significatifs au bout de 12 mois : amélioration de la vitesse de marche, du niveau d'activité physique et tendance à l'amélioration de la force de préhension.

Ainsi, il est clair que les perspectives de ce concept prônent sa prise en compte par les politiques sociales en particulier pour ses impacts financiers.

1.2.1.2. L'inscription de la fragilité dans les politiques sociales pour maîtriser les dépenses relatives à la dépendance

Les politiques publiques se sont emparées du concept de fragilité, repris de plus en plus fréquemment dans les documents de l'Etat Français et des organismes publics et parapublics. L'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé engendrerait corrélativement des économies pour le système de protection sociale. D'après l'étude de 2014 de Sirven et Rapp, la fragilité s'accompagne d'un accroissement des dépenses de soins ambulatoires. Ainsi, les personnes âgées robustes dépensent en moyenne 2585 euros par an alors que le total des dépenses annuelles en soins ambulatoires pour les personnes âgées fragiles est de 7215 euros. A ce montant se rajoute le coût des soins hospitaliers lors de la survenance des événements cliniques négatifs et les complications qui s'en suivent.

Il est à noter que la signification accordée à la fragilité dans les politiques publiques n'est pas complètement la même que celle définie médicalement. En effet, la notion de fragilité aux contours flous se prête à des définitions variables en fonction des objectifs poursuivis.

Par exemple, le programme « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) s'appuie sur le concept de fragilité. Les expérimentations actuellement menées ont pour objet d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans en facilitant la coordination des différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale afin d'éviter le recours à l'hospitalisation. Le questionnaire à l'origine de la mise en place d'un plan personnalisé de santé établi par la HAS a une cible plus large que les seules personnes fragiles en intégrant notamment les individus atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques ou ayant subi une chute grave qui ne sont plus des sujets fragiles. L'on constate que la démarche des pouvoirs publics prend en compte la fragilité mais dépasse son cadre pour pouvoir étendre la cible de leur action et prévenir largement la perte d'autonomie.

Grâce à leurs différences, les dispositifs gravitant autour de la notion de fragilité se complètent afin d'améliorer la prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée. De plus, ils montrent l'intérêt des politiques sociales pour la fragilité et valorisent son utilité.

Dans le prolongement de la théorie développée par Gosta Esping-Andersen, l'on peut penser que cet intérêt révèle la volonté des pouvoirs publics d'inscrire la politique sociale

orientée vers les personnes âgées dans le cadre d'un investissement social c'est-à-dire agir auprès des personnes âgées par des actions d'information, d'accompagnement et des aides financières (investissements) en contrepartie de leur inscription dans un processus de prévention de la perte d'autonomie.

La fragilité est une notion nouvelle qui appelle des nouvelles orientations, une nouvelle manière de faire, pouvant constituer un levier de changement de paradigme pour la politique vieillesse.

1.2.2. Innover dans la prise en charge des personnes âgées, un défi majeur pour l'avenir de la Caisse des mines

Dans la perspective de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) 2014-2017 du régime minier, signée le 22 juillet 2014, un schéma directeur national a été élaboré dans le domaine de la santé : la Stratégie médicale nationale de la Caisse des mines⁴. Cette stratégie comporte dix axes. Le quatrième axe s'intitule « offrir aux personnes âgées un dépistage de la fragilité liée au risque de chute et aux troubles cognitifs suivi de prises en charge adaptées ». La Caisse des mines montre ici sa volonté d'orienter son action en matière de santé vers la prévention et d'innover dans le domaine du repérage et de la prise en charge des personnes âgées fragiles.

Les raisons d'un tel choix sont à trouver tout d'abord dans le vieillissement important de sa file active. Ainsi, dans les 134 centres de santé polyvalents de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM), la file active composée essentiellement de femmes et de personnes âgées se réduit de 6% chaque année. Agir sur la fragilité permet à la fois d'améliorer les conditions de vie de ses affiliés et de prévenir leur entrée en dépendance par ailleurs coûteuse pour le régime.

Par ailleurs, alors que l'avenir des mines est questionné régulièrement, la stratégie médicale nationale révèle une volonté politique de se positionner sur des enjeux innovants pour développer un savoir-faire. La fragilité en est l'un d'eux, puisque c'est un thème porteur en termes de santé publique et dont la réalisation opérationnelle n'est pas encore instituée. Il reste en effet beaucoup de choses à construire dans ce domaine et la Caisse des mines a de nombreux atouts pour se positionner comme expert de l'opérationnalisation du parcours de prise en charge :

- son réseau d'offres de soins, Filieris, est organisé en territoires maillés notamment par des centres de santé polyvalents (CSP) ouverts à tous. Ces centres regroupent des professionnels de santé divers tels que des médecins généralistes, des spécialistes, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des infirmières, mais également des assistantes sociales. Cette organisation offre donc au patient une prise en charge globale dans une époque où la coordination et les parcours de soins sont encouragés. Cela est particulièrement avantageux au regard de la nécessité d'une prise en charge personnalisée et polyvalente de la fragilité.
- L'équipe de soins est salariée, facilitant la mise en place de projets de santé publique.
- De plus, les CSP ont par culture de régime une file active dite captive, c'est-à-dire une population comprenant des assurés de tout régime fortement attachée à ces centres. Les professionnels de santé ont donc une bonne connaissance de leur patientèle, qui leur fait confiance.

⁴ Annexe 4 de la COG

La problématique pour le directeur médical national est ainsi d'arriver à mettre à profit ces spécificités afin de proposer une opérationnalisation du repérage et de la prise en charge de la fragilité.

1.3. Les parcours de prise en charge de la fragilité : quelques exemples à l'étranger et en France

Les expérimentations menées en France et à l'étranger montrent des similitudes dans le parcours de prise en charge. Il est intéressant de réaliser un gros plan sur les précurseurs de cette démarche, à l'international, le Québec et en France, le gérontopôle de Toulouse.

1.3.1. Un socle commun à toutes les expérimentations

Il existe une base commune à toutes les expérimentations développées en France et à l'étranger qui se déroule sur trois phases :

- le repérage de la personne fragile,
- une évaluation gériatrique : l'évaluation gériatrique standardisée (EGS)
- la mise en place d'un plan personnalisé de préconisations médicales et sociales qui se fonde sur le type de fragilité de la personne.

Ce parcours de prise en charge est largement plébiscité mais son organisation et ses acteurs diffèrent le plus souvent d'une expérimentation à une autre. Il n'en demeure pas moins que deux expériences de prise en charge font figure de modèle dans le domaine.

1.3.2. A l'étranger, le Québec comme chef de file de la prise en charge de la fragilité

Depuis 1999, un groupe de recherche, Solidage, des Universités de Montréal et Mc Gill, se consacre à la recherche, à l'élaboration de pratiques ainsi qu'à la formation à des fins d'organisation et de gestion des soins des personnes âgées. Plusieurs projets ont été menés par ces équipes. Ils dressent un tableau des difficultés et préconisent des bonnes pratiques pour le repérage de la fragilité et l'accompagnement des personnes fragiles et dépendantes.

Nous nous sommes particulièrement intéressés au projet SIPA, Système de services intégrés pour personnes âgées fragiles, mené de 1999 à 2001. Il visait à implanter un modèle de prise en charge tout en évaluant l'impact sur la santé, l'utilisation des services, les coûts des services, la qualité des soins, l'implantation et l'organisation des services.

Ce projet a notamment permis d'identifier des stratégies prometteuses pour implanter avec succès les interventions. :

- l'implication d'un chargé de projet qui joue le rôle d'agent facilitant coordonnant entre autres les interventions des professionnels ;
- l'établissement d'un partenariat fondé sur une reconnaissance mutuelle des différents intervenants, sur leur implication le plus en amont possible lors de la constitution du projet ;
- l'intérêt de mobiliser des professionnels divers : médecins, infirmiers ou encore le milieu associatif ;
- La qualité de l'information transmise tant aux professionnels impliqués, qu'aux personnes âgées fragiles et à leur réseau.

Des risques et des obstacles ont également été identifiés.

Pour les médecins, les écueils sont, en particulier, l'insuffisance de la participation, l'inadaptation des actions à leur réalité et l'absence de liens de confiance et fonctionnel entre les médecins et les cliniques spécialisées.

En ce qui concerne l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge, les principaux risques résident dans la limitation de leur rôle à un travail d'exécutant sans implication, l'insuffisance de formation et la lourdeur des outils.

Les analyses de l'expérience SIPA ont démontré que les actions coordonnées de l'équipe multidisciplinaire se sont traduites par une diminution des hospitalisations. L'investissement plus intense des services médicaux et sociaux de ville a été compensé par la réduction des coûts des services hospitaliers (Béland 2006; Bergman 1997).

Un autre axe de recherche a attiré notre attention, il porte en particulier sur l'accès, l'utilisation et les coûts des services sociaux et de santé associés aux profils et trajectoires de la fragilité.

Au-delà des tendances démographiques, c'est surtout la relation entre l'état de santé des personnes âgées et les moyens utilisés pour répondre à leurs besoins qui est le véritable moteur de l'augmentation des coûts. Quand les affections et la dépendance progressent, les services nécessaires se multiplient autour de la personne âgée : services publics, secteur privé, famille et proches. Les coûts sont alors d'autant plus importants que ces acteurs ne sont pas coordonnés.

Or la question du coût pose problème tant à l'échelle individuelle, toutes les personnes âgées n'étant pas en capacité d'assurer le reste à charge, qu'au niveau macroéconomique.

La seule façon de réduire le coût de la prise en charge de la dépendance, est d'améliorer l'efficacité du système de prise en charge en amont et de réduire, sinon le nombre, du moins le rythme d'augmentation des utilisateurs de services (Lafortune, Béland et Bergman).

1.3.3. Le gérontopôle de Toulouse, initiateur des expérimentations françaises

Sur la scène hexagonale, l'action de prise en charge de la fragilité la plus aboutie à ce jour est celle développée par le Gérontopôle de Toulouse. Mis en place en septembre 2011, l'hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance, anciennement appelé « plate-forme d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance », repose sur une collaboration étroite entre les médecins généralistes traitants (avec le soutien du département universitaire de médecine générale) et les professionnels de terrain.

Le parcours mis en place repose sur le schéma général: repérage, évaluation, interventions. Les patients repérés fragiles sont adressés à la clinique ambulatoire de fragilité ou en hôpital de jour de fragilités au gérontopôle pour les cas plus complexes. Un gériatre ou un médecin spécialement formé est chargé de l'évaluation dans le premier cas, des interventions pluridisciplinaires sont prévues dans le second cas. L'évaluation de ces patients permet de confirmer ou non le diagnostic de « fragilité ». En cas de confirmation, un plan d'interventions est mis en place et coordonné par le médecin traitant. Ils sont alors pris en charge par une équipe pluri-professionnelle : des psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens...

L'aspect précurseur de l'action du Gérontopôle de Toulouse s'explique en grande partie par l'implication du Professeur Vellas. Spécialiste de la fragilité et convaincu de la nécessité d'agir sur ce sujet, il est l'auteur d'une grille de repérage de la fragilité reconnue par la HAS, la grille GFST. Entre octobre 2011 et août 2014, 1841 personnes âgées à risque de perte d'autonomie ont été évaluées à l'hôpital de jour de fragilités au gérontopôle de Toulouse. Cette grille comporte quatre questions directement dérivées des critères physiques de Fried, associées à un questionnaire sur l'environnement social, les troubles amnésiques et enfin l'impression subjective des médecins sur la fragilité. Elle permet un repérage avec une bonne sensibilité de l'ordre de 83% et une spécificité de 90%.

La dynamique originale et ambitieuse du projet a suscité l'intérêt des pouvoirs publics. Lors de sa visite à Toulouse le 7 septembre 2012, Michèle Delaunay, ministre déléguée en charge des personnes âgées et de l'autonomie, avait insisté dans son discours pour prendre davantage en charge la fragilité et pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Depuis, le premier congrès francophone sur la fragilité des personnes âgées s'est déroulé à

Toulouse le 24 et 25 avril 2013. A l'occasion du Livre blanc de la fragilité le 1^{er} octobre 2014 les experts sur la question ainsi que les responsables d'expérimentations se sont à nouveau réunis à Toulouse. Le troisième congrès se tiendra en mars prochain.

Les actions de prise en charge de la fragilité semblent ainsi, aux yeux des acteurs publics, un mode d'action prometteur pour agir sur le vieillissement en bonne santé. Nonobstant les enjeux de financement, elles pourraient se développer considérablement si elles parviennent à prouver leur efficacité dans leur déploiement opérationnel.

Depuis le lancement de l'action toulousaine, d'autres acteurs ont monté leur propre projet de repérage et prise en charge de la fragilité. Dans le cas de la Caisse des mines, son positionnement sur le champ de la fragilité s'étend au-delà du seul accompagnement des assurés du régime des mines. Il s'agit de participer activement à la généralisation de la prise en charge de la fragilité, grâce à des techniques et un savoir-faire qui auront pu être éprouvés et donc reconnus. Une généralisation éventuelle suppose une évaluation approfondie des premières actions réalisées tant dans le domaine du parcours que dans le domaine de l'organisation lors de la mise en place du dispositif.

2. L'OPERATIONNALISATION DU CONCEPT DE FRAGILITE AU SEIN DE LA CAISSE DES MINES: PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ACTION

Dans cette partie, nous nous attacherons, d'une part, à définir les facteurs permettant d'organiser efficacement un parcours de prise en charge de la fragilité au sein de la Caisse des Mines. D'autre part, nous présenterons les tenants et aboutissants de notre recherche action formalisés par un protocole de recherche.

2.1. Deux conditions interdépendantes pour réussir l'organisation d'un parcours de prise en charge de la fragilité

La détection de la prise en charge de la fragilité suppose un parcours de soins fondé sur des outils et des circuits de travail fiables. La structuration de cette démarche en gestion de projet constitue également une garantie essentielle de réussite.

2.1.1. La construction d'un parcours de soins pour repérer, évaluer et agir sur la fragilité dans une démarche préventive efficace

Le repérage à bon escient des personnes fragiles est la première étape de tout parcours. Il passe par un outil qui prend la forme d'une grille de repérage. Elle est destinée à être utilisée par un médecin généraliste, qui dispose d'une vision d'ensemble de la situation du patient. La grille utilisée dans les expérimentations de la CANSSM est en majorité celle du Professeur Vellas. Il n'est pas question ici pour nous d'évaluer la performance de l'outil de repérage, qui relève de l'expertise médicale. Il convient néanmoins de rappeler son importance dans la réussite d'un projet de repérage et de prise en charge de la fragilité. Différentes dimensions de performance de la grille de repérage sont à surveiller.

La performance d'un test se joue d'abord sur la puissance de sa valeur prédictive. Tout test présente la possibilité de faire émerger des faux positifs (« faux malades ») et des faux négatifs (« faux non malades »). Dans le cas de la fragilité, à côté des personnes repérées à juste titre fragiles ou non fragiles, il est possible qu'une personne soit reconnue fragile alors qu'elle ne l'est pas, ou non fragile alors qu'elle l'est bel et bien.

Faux positifs et faux négatifs font courir plusieurs dangers.

- Les faux positifs se voient proposer une prise en charge pour une fragilité dont ils ne souffrent pas. Les conséquences sont des dépenses supplémentaires avec un gaspillage de ressources médicales rares, ainsi que la perte de confiance des patients, inutilement inquiétés.
- Les faux négatifs sont eux convaincus à tort d'être bien armés pour retarder leur entrée en dépendance et ne peuvent ainsi bénéficier d'un accompagnement pourtant nécessaire. C'est ce qu'on appelle la perte de chance.

	Malade	Non malade
Test positif	Vrai Positif	Faux Positif
Test négatif	Faux Négatif	Vrai Négatif

Définitions :

La sensibilité d'un test : la probabilité d'avoir un test positif quand je suis malade

La spécificité d'un test : la probabilité d'avoir un test négatif quand je ne suis pas malade

La probabilité d'être malade quand j'ai un test positif : valeur prédictive positive

La probabilité de ne pas être malade quand le test est négatif : valeur prédictive négative

Pour diminuer les risques liés aux faux positifs et aux faux négatifs, la grille de repérage doit se rapprocher tant que possible du **gold standard**, c'est-à-dire le test qui fait référence dans un domaine pour établir la validité d'un fait. Le gold standard a pour but d'être très fiable, même s'il ne l'est que rarement totalement. Dans le cas de la fragilité, le gold standard est l'évaluation gériatrique pluridisciplinaire.

Réussir à se rapprocher du gold standard se traduira notamment par une sensibilité, une spécificité, une valeur prédictive négative et une valeur prédictive positive élevées. Il est facile d'avoir un test seulement sensible : il suffit de déclarer tout le monde positif. L'objectif est bien que le test soit à la fois sensible et spécifique.

Ces données pourront ensuite être modélisées par une courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) qui décrira la valeur de la grille de repérage pour dépister la fragilité. Cette courbe permettra peut-être également de faire évoluer le seuil auquel on bascule de la robustesse à la fragilité, en étudiant les variations de sensibilité et de spécificité en fonction du déplacement de ce seuil. Faudra-t-il faire évoluer à l'avenir la grille de repérage en étant plus souple ou plus exigeant sur les critères amenant à conclure au diagnostic de fragilité ? Le coût du test ainsi que son acceptation par les patients et les médecins sont d'autres paramètres importants. Si le coût est trop important, par exemple en s'engageant dans une évaluation gériatrique totale ou avec une grille de repérage très longue à utiliser, les moyens seront plus limités pour l'accompagnement du patient repéré fragile. Dans le même temps, si le diagnostic de fragilité n'est pas accepté par le patient, qui refuse de s'engager dans l'accompagnement proposé, la prévention de l'entrée en dépendance n'est pas possible.

Les critères de performance de la grille de repérage développée par le Professeur Vellas devront donc être un test simple, aux qualités intrinsèques suffisantes, acceptable et sans effet indésirable. Pour le dire autrement, ce que l'on propose aux patients ne doit pas proposer plus de risques de détériorer son état actuel que de chances de l'améliorer.

En étant parmi les pionniers du repérage de la fragilité, la Caisse des mines se constitue une expérience précieuse en la matière. Les différents projets qu'elle déploie sur le champ de la fragilité présentent chacun quelques nuances dans le contenu et l'utilisation des grilles de

repérage. Des enseignements devront en être tirés pour se rapprocher du gold standard et de l'utilisation optimale de cet outil. Ce n'est néanmoins pas l'objet de notre travail ici.

Une fois la grille complétée, les étapes suivantes du parcours consistent à confirmer le diagnostic et à élaborer un plan de suivi fondé sur les besoins de la personne. La recherche action se concentre sur l'évaluation de ces étapes.

A la suite de l'évaluation gériatrique pluridisciplinaire, le plan personnalisé doit recenser toutes les actions à mener dans différents domaines. Les différentes compétences, détenues par des acteurs multiples, doivent pouvoir être mobilisables par la personne fragile. Cette approche dessine ce que le HCAAM appelle « l'organisation d'une vision de la protection sociale autour de la personne en partant du fait générateur premier de son état de vie – et non pas en réalité de son âge ». Le HCAAM en déduit deux principes d'action :

Dès lors, deux objectifs qualitatifs se dégagent :

- le premier objectif est de savoir très bien identifier pour les mobiliser une palette de réponses possibles, en « piochant » dans un référentiel, pour beaucoup déjà existant, de biens, de services, et de prestations financières appropriées. **Avant de raisonner en coût supplémentaire, il convient de poser les jalons d'une optimisation de l'existant.**
- et le second objectif qui s'impose tout autant est de **penser en termes de parcours de soins et d'accompagnement**, en veillant non seulement à l'exigence de qualité de chacune des interventions professionnelles mais tout autant à la nécessaire coordination entre ces interventions. En bref, si chacun doit veiller à bien faire ce qu'il doit faire, chacun doit tout autant se soucier de ce qui se fait avant et après lui.

Les services de santé et les services sociaux ont un impact sur l'état de santé, le bien être des personnes âgées et leur suivi des recommandations médicales. Pour les porteurs de projet sur la fragilité, l'enjeu est vaste. Il s'agit de solliciter les bons acteurs ou partenaires, au bon moment, en s'assurant qu'ils travaillent bien ensemble.

Si les acteurs sont trop peu nombreux, tous les besoins des patients fragiles ne peuvent être couverts. Si les acteurs sont nombreux, la fragmentation des différentes interventions pose des problèmes variés. L'écart entre le parcours théorique du patient fragile et la réalité des pratiques risque d'être profond, avec des risques accrus en termes de faible compliance, de non suivi des patients et de coût important des prises en charge.

De nombreuses études depuis les années 1990 se sont penchées sur les formes de conjonctions de services permettant la prise en charge de la fragilité. Il en existe quatre types : la coopération, la collaboration, la coordination et l'intégration (Béland 2006).

Tableau 1 - Formes d'association (Béland 2006a)

La coopération: Un processus par lequel des entités orientent leurs actions, bâtissent des relations, travaillent ensemble vers l'obtention de résultats collectifs, de gains ou de bénéfices mutuels, tout en cherchant la réalisation de leurs propres objectifs et en conservant leur autonomie.
La collaboration: Une relation de coopération avec des obligations contractuelles et des structures formelles de contrôle.
La coordination: Un processus d'ajustement des décisions et d'actions collectives qui opère par la maximisation de la globalité, et la compatibilité et de la coopération entre les éléments d'un système. La coordination s'organise autour de processus d'échange d'information et d'interventions cliniques formalisés dans des ententes contractuelles. Les objectifs des organisations et des prestataires de services sont partagés, les moyens pour les atteindre spécifiés, la responsabilité de chacun définie et les critères d'appréciation acceptés.
L'intégration: L'intégration est caractérisée par un alignement des processus d'offre de soins, de gestion et du financement qui vise, dans sa forme la plus achevée, l'atteinte d'objectifs sanitaires, administratifs et financiers communs. Cette forme d'association passe par une connaissance de l'état de santé et des besoins de services de la population desservie, l'offre de la gamme de services requis, l'utilisation d'instruments de gestion conséquents et communs (système d'information, appréciation de la qualité et rémunération) et la capacité de maintenir des relations interorganisationnelles nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Il apparaît au regard de ces quatre définitions que plus les systèmes de départ sont fragmentés, plus l'implantation d'une véritable intégration est difficile et plus les projets les moins complexes sont à privilégier. Pour autant, cette intégration devient de plus en plus nécessaire pour une offre de services de qualité aux populations âgées avec incapacités graves.

Ces conjugaisons de services permettent de mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour améliorer l'accès, l'efficacité, la continuité et la qualité des services. Elles sont essentielles pour assurer aux personnes âgées l'accès à des programmes de soins performants qui utilisent des interventions efficaces tout en leur permettant de vivre à domicile le plus longtemps possible.

Toutefois, même si la qualité du parcours est essentielle, elle n'est pas suffisante. Pour produire les effets escomptés, la manière dont le parcours est mis en œuvre et appliqué s'avère essentielle. La structuration de la démarche en gestion de projet doit permettre d'assurer, de structurer et d'optimiser le bon déroulement d'un projet de prise en charge de la fragilité.

2.1.2. La structuration de la démarche en gestion de projet

La gestion de projet ou conduite de projet est une démarche visant à structurer le déroulement d'un projet.

La gestion de projet passe par l'optimisation de l'organisation dans un certain nombre de thématiques. Pour chacune de ces thématiques, des objectifs sont à atteindre :

- Le calendrier doit être prévu en amont et respecté au plus près, même si la conduite de projet présuppose une certaine souplesse dans la réalisation afin de tenir compte de la réalité du terrain.
- La gouvernance d'un tel projet doit être formalisée et claire pour tous : les responsables et personnes ressources, les acteurs et les partenaires identifiés, le nombre et la nature des réunions, la création de groupes de travail et leur composition...
- Le partenariat doit être formalisé et s'inscrire dans une démarche de coordination afin de clarifier le rôle de chacun et d'induire la participation de tous.
- Les moyens doivent être définis en amont : un budget doit être prévu, le nombre d'Emplois Temps Plein (ETP) nécessaires évalués et des outils doivent être créés. Ces outils ont des finalités diverses : outils de supervision, outils de transfert de l'information aux partenaires, outils de suivi des résultats...
- La communication :
 - o La communication interne aux partenaires et acteurs du projet est essentielle dans l'adhésion des acteurs du projet.
 - o La communication externe est un facteur clef de la résonance du projet.

Dans le cadre de notre recherche action, nous nous sommes attachés à évaluer la gestion du projet de repérage et de prise en charge de la fragilité au regard de cette démarche de conduite de projet.

2.2. Le protocole de la recherche action

Ce protocole a pour objet de définir les points essentiels de la recherche action :

- son objectif,
- sa problématique,
- l'approche adoptée.

2.2.1. L'objectif du groupe de recherche action

La recherche action a pour objectif principal d'évaluer les conditions de réussite d'un dispositif de repérage et de prise en charge coordonnée de la fragilité dans le réseau Filiéris de la Caisse des Mines. L'évaluation est ici entendue comme « une démarche consistant fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention (une pratique, une organisation, un programme, une politique) dans le but d'aider à la décision » (Contandriopoulos, 1991).

En premier lieu, les méthodes de gestion du projet sont étudiées. Il s'agit d'analyser les choix stratégiques en termes d'outils et de processus de travail pour la mise en œuvre du projet de Saint-Etienne en les comparant avec ceux retenus dans d'autres démarches. Ces éléments devront nous aider à déterminer si les conditions d'une bonne prise en charge de la fragilité sont réunies dans le cadre du projet de la Caisse des mines à Saint Etienne.

En second lieu, il s'agit d'évaluer les effets induits par les méthodes de gestion de projet retenues en termes d'adhésion à la démarche et de compliance à la prise en charge. Le groupe s'attache à établir quelles variables sociologiques et managériales émergent. L'évaluation réalisée par le groupe de recherche action se situe en amont et au démarrage du projet stéphanois de la Caisse des Mines. Elle porte à la fois :

- Une dimension cognitive puisque l'une de ses finalités est de produire de l'information, permettant de mieux comprendre les conditions de réussite d'une démarche collective de repérage et de prise en charge de la fragilité.
- Une dimension normative car il s'agit également d'analyser et interpréter les premiers résultats en comparaison avec des pratiques préconisées par ailleurs.
- Une dimension instrumentale, les préconisations sur les processus, les outils et les méthodes devant pouvoir infléchir l'action.

2.2.2. Problématique de la recherche action

Notre travail s'appuie sur les apports et les retours d'expérience de différentes expérimentations en cours sur la fragilité. Nous en tirons des préconisations qui nous permettent de répondre à notre problématique principale.

Quelles sont les conditions de réussite, en termes de gestion de projet, pour rendre opérationnel le repérage et la prise en charge de la fragilité dans une démarche de prévention ?

2.2.3. L'approche adoptée

2.2.3.1. Périmètre du projet

La recherche action a beaucoup étudié l'expérimentation du territoire stéphanois. La proximité géographique avec l'EN3S permet une présence de notre équipe dans le déploiement du projet. Grâce à notre présence dès les prémises du projet nous disposons d'une meilleure vision d'ensemble.

Du fait d'un démarrage plus tardif que prévu du dispositif, un recadrage du périmètre a dû être effectué. D'autres démarches engagées au sein de la Caisse des mines sont ainsi étudiées en parallèle. Elles permettent de constituer une base comparative plus importante donnant la matière nécessaire au groupe pour observer les forces et les faiblesses de chaque démarche et analyser des critères de réussite.

Le périmètre de notre recherche action est celui de la mise en œuvre opérationnelle du repérage et de la prise en charge de la fragilité. La définition de chacune de ces notions déjà délimitée par la HAS servira de périmètre pour notre travail.

La recherche action ne portera pas :

- sur le bilan de l'expérimentation, le calendrier de déploiement du projet ne le permettant pas,
- sur l'évaluation médicale de l'état de santé du patient,
- sur l'aspect médical du choix des interventions (étant acquis que leur résultat fera l'objet d'une évaluation).

2.2.3.2. Postulats de départ

Le groupe de recherche action s'appuie sur la grille de repérage de la fragilité développée par le gérontopôle de Toulouse, utilisée dans l'expérience stéphanoise. Il n'est pas question ici de remettre en cause cette grille scientifique validée par la HAS.

Il n'est pas non plus question de remettre en cause le parcours proposé à la personne âgée.

Nous partons du principe que la fréquentation actuelle des CSP permet de se lancer dans le repérage de la fragilité. A la fois quantitativement, avec un bon taux de remplissage des établissements, que qualitativement, avec une population relativement âgée potentiellement concernée par les symptômes de la fragilité.

Si le nombre de partenaires n'est pas définitif, le projet est entendu comme réunissant au départ trois acteurs identifiés : les CSP, le pôle gériatrie du Professeur Gonthier et l'association AIMV pour les intervenants à domicile.

2.2.4. La méthode d'évaluation

Le groupe de recherche action s'est attaché à remplir ses objectifs dans un cadre contraignant.

Les délais ont été restreints. Le périmètre de la recherche action a été modifié dès les premières semaines du projet, initialement prévu sur l'évaluation de la démarche toulousaine, il s'est ensuite concentré sur celle de Saint Etienne. Ce recadrage vers le projet stéphanois fut une vraie opportunité pour le groupe d'observer toutes les étapes en amont du démarrage. Pour autant, alors que le repérage devait initialement débuter au mois de mai 2014, il a progressivement été reporté jusqu'en octobre 2014 bloquant ainsi le groupe dans son travail.

De fait, le groupe n'a pas pu réaliser les investigations qualitatives et quantitatives initialement prévues auprès des personnes âgées pour évaluer leur compliance. De même, seule une des deux séries d'entretiens avec les professionnels a pu être réalisée. Elles visaient à comparer leur adhésion au projet à deux étapes de la démarche.

La méthode d'évaluation a donc dû être adaptée pour permettre d'atteindre les objectifs tout en tenant compte de ces évolutions.

Afin d'analyser la démarche stéphanoise et d'apporter des préconisations, le groupe a associé une phase d'observation et de mesure à une phase d'analyse. Il a pour ce faire défini des critères, des instruments de mesure et des points de comparaisons avec d'autres expériences et préconisations.

Le groupe a construit une grille d'évaluation à partir des éléments recueillis dans la littérature portant sur l'évaluation de la conduite de projets des politiques publiques tout en tenant compte des contraintes, en particulier les délais très courts pour réaliser l'évaluation, et la durée effective d'expérimentation très limitée à Saint Etienne au moment d'établir ce rapport. Afin de définir les items permettant d'évaluer le projet stéphanois et d'établir des comparaisons avec d'autres expérimentations, le groupe s'est notamment imprégné des conclusions de travaux de recherche action menées au Québec par les équipes de SOLIDAGE. C'est à partir des critères de réussite et d'échec repérés par ces chercheurs, ainsi que des modèles proposés par Champagne en 1985, que le groupe a constitué sa propre grille d'analyse répondant à ses objectifs et à ses contraintes.

La grille a été construite à partir de trois composantes :

- les moyens mis en œuvre,
- le processus : la pertinence et la qualité du partenariat, de la gouvernance, des outils et des processus de coordination, et d'information,
- le résultat en termes d'adhésion au projet.

La grille d'évaluation a permis de décliner les champs à évaluer, les outils d'évaluation les plus adaptés, les indicateurs à rechercher.

La méthode retenue s'appuie sur trois sources de données :

- La littérature relative à la fragilité et aux conditions de sa prise en charge ainsi qu'à l'évaluation des projets de santé publique,
- les documents disponibles relatifs aux démarches de repérage et de prise en charge de la fragilité expérimentées au sein ou en collaboration avec le régime des mines,
- Des entretiens :
 - o huit entretiens semi-directifs avec un échantillon des professionnels des CSP stéphanois engagés dans la démarche composé de 6 médecins et de 2 secrétaires médico-sociales.
 - o Un entretien avec M. Jean-François Gauchet, coordonnateur offre de santé prévention
 - o Des entretiens semi-directifs avec des médecins des autres expérimentations Filieris (au moins un par expérimentation sauf pour Montceau les Mines).

Plusieurs grilles secondaires d'évaluation (cf annexes) ont été construites sur la base de cette grille initiale, certaines trames sont disponibles en annexe :

- Grille d'évaluation des processus : description des procédures et des tâches en précisant pour chacune les objectifs, les indicateurs de réussite, les outils utilisés, les risques.
- Grille d'évaluation des partenariats : description des atouts et des risques associés aux partenariats développés ou absents.
- Grille d'évaluation des expérimentations.
- Grille d'entretien avec les médecins et secrétaires-médicales.

Les éléments ainsi obtenus permettent d'identifier des critères de réussite et des points de vigilance quant à la démarche de repérage et de prise en charge coordonnée de la fragilité. Elle offre au groupe la possibilité d'évaluer l'atteinte de ces objectifs méthodologiques à Saint Etienne et d'en tirer des préconisations.

La première étape de notre démarche consiste à faire le bilan des expérimentations de prise en charge de la fragilité menées par la Caisse des mines sur l'ensemble du territoire.

3. LES EXPERIMENTATIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE MENEES PAR LA CAISSE DES MINES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

La Direction médicale nationale de la Caisse des Mines a lancé pour chaque territoire des Caisses régionales de sécurité sociale dans les Mines (CARMI) une expérimentation sur le repérage et la prise en charge de la fragilité. Il existe un socle commun à ces expérimentations :

- La mise en place de chacune de ces expérimentations dans des CSP de façon à utiliser leurs avantages : la centralisation des professionnels de santé, les moyens, la file active.
- un dispositif prévu en trois temps (repérage, évaluation menant à la formulation d'un plan de prévention avec des préconisations et enfin le suivi des interventions répondant à ces préconisations)
- l'utilisation d'une grille de repérage

Cependant, chaque expérimentation est spécifique car le directeur médical national a cherché à adapter le dispositif aux réalités locales. Si le parcours n'est donc pas le même, la gestion de projet ne l'est pas non plus. Cette comparaison des différentes expérimentations est donc particulièrement enrichissante car elle offre une variété de cas de figure pour l'analyse.

Un document récapitule en annexe les différents parcours « fragilité » selon les expérimentations. Les grilles de Nord Pas de Calais, Nancy et Saint Etienne sont disponibles également pour visualiser les différences.

Selon la logique adoptée par le groupe de recherche action, les six projets en cours de réalisation au sein de la Caisse des mines seront présentés avec un focus sur celui mené à Saint-Etienne.

3.1. Présentation des différents projets : parcours et mises en œuvre

Il s'agit des expériences développées par la CARMI Sud Est à Gardanne et Gréasque, la CARMI Sud Ouest à Carmaux, la CARMI Nord-Pas de Calais, la CARMI Centre Est à Montceau les Mines, la CARMI Est à Nancy⁵.

3.1.1. Le projet de la CARMI Sud Est, l'implication motrice du personnel

Le projet a été initié par le D^r Bruno Fantino, directeur médical national de la Caisse des mines, en collaboration avec le D^r Alain Devallez, Médecin responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la CARMI Sud Est, gériatre de formation.

Le choix des CSP impliqués dans le dispositif s'est fait au regard de la motivation du personnel de santé. De ce fait, alors que le rapport d'activité intermédiaire d'août 2014 de la direction médicale nationale des mines relevait l'implication prévisible de trois CSP, seuls les CSP de Gardanne et de Gréasque sont inclus dans le dispositif.

Les partenariats pour les phases d'évaluation puis de suivi n'ont pas encore été formalisés. Un adressage est réalisé soit vers l'APHP de Marseille soit vers le centre hospitalier d'Aix en Provence selon la préférence des patients et le critère de proximité géographique. Le choix de ces deux partenaires est historique, ceux-ci étant les référents gériatrie habituels pour les médecins des CSP. Les partenaires pour la phase de suivi des préconisations n'ont pas encore été identifiés.

Fin novembre, 119 questionnaires avaient été réalisés depuis le lancement du repérage.

⁵ Cf. Annexe cartographie des expérimentations ainsi que schéma général du parcours

En théorie, les CSP sont en mesure de s'occuper de la phase d'évaluation gériatrique du fait de leur polyvalence, dans l'hypothèse où le médecin est compétent pour le faire (par exemple un médecin gériatre). Le médecin peut ensuite prescrire certaines interventions. Dans les faits, le dispositif se limite pour l'instant au repérage et les patients sont en attente d'évaluation puis de préconisations. Aucun plan de prévention n'a donc encore été formalisé.

La manière d'utiliser l'outil de repérage est originale dans cette expérimentation. En effet, la grille de repérage est proposée comme un auto-questionnaire avant la visite du patient. Tous les patients de plus de 70 ans sont invités à y répondre en attendant la visite. Les infirmières peuvent également le remplir si elles soupçonnent une situation de fragilité. Dans tous les cas, le médecin valide ou non ce pré-repérage par une évaluation plus poussée afin de décider si le patient nécessite une évaluation gériatrique.

3.1.2. CARMI Sud Ouest, autonomie et évaluation au cœur du dispositif

L'expérimentation de Carmaux est le fruit de la rencontre de la politique nationale de santé des mines et d'une volonté locale de s'inscrire dans la prévention à travers la notion de la fragilité. Cette volonté locale est portée par un gériatre du CSP de Carmaux qui sensibilise depuis près de 4 ans ses confrères généralistes sur l'intérêt d'une démarche préventive.

Le projet est centré sur les ressources internes dans la phase de repérage, d'évaluation et de suivi des préconisations. Le repérage est réalisé par les médecins généralistes. L'évaluation pluridisciplinaire est effectuée par le gériatre du CSP auquel s'associe l'assistante sociale. Le plan de prévention personnalisé (PPP) est formalisé par cette équipe en lien avec le médecin généraliste signalant, qui connaît bien le patient et peut apporter des ajustements aux préconisations. Le suivi de l'application du PPP est assuré par un agent administratif qui s'en informe auprès du patient à 1, 3 et 12 mois. Le projet prévoit une évaluation des effets du PPP à 12 mois par la réalisation des mêmes tests que lors de l'évaluation pluridisciplinaire initiale et analyse les écarts.

La mise en œuvre du PPP repose aussi sur des ressources externes. Il s'agit d'abord des équipements et services de droit commun : professionnels de santé libéraux (kiné en particulier), associations et clubs de sport et loisirs adaptés aux seniors (marche, exercice physique douce...), équipements collectifs (piscine).

Dans le cas d'une préconisation d'hospitalisation de jour du PPP, le CSP a prévu une convention avec l'hôpital d'Albi en cours de finalisation. L'absence de signature de cette convention n'a pas empêché le démarrage du projet en mars 2014.

A la mi-décembre 2014, plus de 65 patients ont bénéficié d'une évaluation pluridisciplinaire.

De cette expérimentation il convient de noter la grande autonomie du CSP dans la mise en œuvre de ce projet. En effet, dans les phases de repérage, d'évaluation et de suivi du PPP, le CSP s'appuie sur des moyens exclusivement internes. Pour la mise en œuvre des préconisations du PPP, le CSP recourt dans des proportions importantes à des opérateurs extérieurs de droit commun.

3.1.3. CARMi Nord-Pas de Calais, un appui fort de la Caisse nationale

Ce projet résulte d'une politique nationale qui s'appuie dans un premier temps sur des médecins volontaires du CSP avant d'être généralisé à tous les médecins. Le démarrage du projet est prévu en décembre 2014 ou janvier 2015.

Au niveau local, ce projet est porté par les médecins volontaires, qui expriment l'intérêt et la nécessité d'une démarche préventive au regard du vieillissement au fil des ans de la patientèle du CSP. Le processus de repérage et de prise en charge a été formalisé avec un appui rapproché de l'instance nationale.

Les secrétaires des centres d'Auby, Méricourt et Bruay la Buissière assurent le repérage en amont de la consultation du médecin. L'évaluation pluridisciplinaire inclut un gériatre et le service social. Elle débouche sur l'élaboration d'un PPP. La mise en œuvre du PPP repose sur l'hospitalisation de jour et des opérateurs externe de droit commun (kiné, gymnastique douce, piscine...). Enfin le suivi de l'application des préconisations du PPP revient à un agent administratif qui s'en assure auprès du patient à 1, 3, 6 et 12 mois.

Il est prévu un outil informatique de suivi des patients aux différents stades du processus. Cet applicatif développé par la Caisse nationale sera partagé par les différents acteurs de la Caisse des mines. La phase d'appropriation de l'outil est en cours. Elle précède le démarrage du projet en décembre 2014 ou janvier 2015.

De cette expérimentation il convient de noter une présence et une implication forte de la Caisse nationale dans la mise en place du projet, en absence d'un relais local pouvant efficacement porter le projet.

3.1.4. CARMi Centre Est, un partenariat moteur avec le centre hospitalier

L'action de la CARMi Centre-est a été lancée en septembre 2014 à la suite de l'arrivée d'un nouveau gériatre au centre hospitalier dont l'ambition était d'inscrire l'hospitalisation de jour dans le développement de son service. Pendant les 2 mois qui ont suivi la présentation du projet par le directeur médical national, l'effort a porté sur la sensibilisation des personnels médicaux et des personnels de l'aide sociale.

Le repérage s'effectue à l'initiative d'un médecin soupçonnant une fragilité lors des consultations dans les trois antennes du Centre de Santé polyvalent de Montceau Les Mines. Il concerne les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée. En cas de test positif, le médecin déclenche les étapes d'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions formalisées dans un plan de prévention personnalisé. Les patients sont adressés au centre hospitalier de Montceau les Mines.

Deux vacations hebdomadaires de médecins généralistes sont spécifiquement dédiées le lundi aux consultations « d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance de la personne âgée » avec une durée moyenne de consultation prévue de deux heures.

Le gériatre nouvellement nommé au sein du centre hospitalier souhaite inscrire l'hospitalisation de jour dans le développement de son service. Cela constitue une réelle opportunité de structurer la filière naissante.

Les actions sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire composée d'un gériatre, d'une infirmière et d'une secrétaire.

Peuvent également être mobilisées d'autres personnes ressources, diététicien, psychologue clinicien, neuropsychologue, ergothérapeute, assistante sociale du service de court séjour

gériatrique. Cette diversité de compétences vise à proposer une large gamme d'interventions :

- l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité,
- la nutrition,
- la réduction de la poly-médicalisation et l'optimisation thérapeutique,
- la mise en place d'aides sociales, l'adaptation de l'environnement et la mobilisation de liens sociaux.

Les équipes en charge de la fragilité bénéficient d'un accompagnement spécialisé. Elles ont pu visiter le site de l'Hôpital de Jour de la Grave à Toulouse et se renseigner sur le circuit du patient, l'évaluation et les recommandations proposées.

3.1.5. CARMi Est, une démarche complémentaire de PAERPA

L'expérimentation de la Carmi Est justifie une focale particulière dans la mesure où elle est intégrée dans la politique de santé de l'ARS en direction des personnes âgées. Elle recourt en outre à des moyens autonomes. Son modèle a par ailleurs vocation à être généralisé auprès des professionnels de soins de santé primaires lorrains.

L'expérimentation de la CARMi Est est insérée dans le déploiement de la politique de santé de l'ARS dans un cadre scientifique assuré par le CHU de Nancy.

L'expérience de repérage et prise en charge de la fragilité menée par la CARMi Est est insérée en amont du programme Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) de l'ARS Lorraine.

L'ARS a été retenue en 2013 pour un appel d'offre du ministère de la santé pour mener une expérimentation visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées en fluidifiant leur parcours de soins sur le territoire du Grand Nancy.

Le programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie), fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, et s'inscrivant dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans.

Dès le premier trimestre 2013, L'ARS a souhaité bâtir un projet de prise en charge globale de la personne âgée en complétant le PAERPA par la dimension de prévention précoce développée par la CARMi Est. La prévention de la CARMi Est s'adresse en effet à des populations plus jeunes, à partir de 70 ans, indemnes de maladie grave, encore autonomes, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.

Ainsi, au même titre que le PAERPA dont elle est complémentaire, la prise en charge précoce de la fragilité s'inscrit dans la politique régionale de l'ARS lorraine qui vise à développer un parcours de santé cohérent pour la personne âgée et à prévenir les ruptures de prise en charge.

Sa mise en œuvre s'est faite par le biais d'une recherche action. La composition du comité de pilotage mis en place pour cette recherche action est la suivante :

- ARS Lorraine (D^r Laurence Eckmann, D^r Patrick Marx, D^r Catherine Guyot) chargée du déploiement d'une politique régionale de développement de parcours de santé cohérents et coordonnés pour la personne âgée.
- La CARMi de l'Est (D^r Dominique Stock, Mme Pascale Leroij, infirmière) développe la démarche de prévention sur le terrain avec ses professionnels à partir de ses services (promotion de la santé pour la coordination régionale, communication pour l'élaboration des outils) et ses six centres de santé impliquant médecins et infirmières sur des financements propres.
- Caisse Autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (D^r B.Fantino, directeur médical national et coordonnateur national du projet) ayant la charge de la mise en œuvre la politique de la Caisse dans le cadre de la COG.
- Le CHU de Nancy (P^r Athanasios Benetos, D^r Isabelle Gantois) avec l'Université de Lorraine et l'Office d'Hygiène Sociale de Vandoeuvre (D^r Guy Vancon) garantissent le contenu et le suivi scientifique du projet ainsi que la validation des outils et des différentes étapes, forme les professionnels de santé (médecins et infirmières) engagés dans l'expérimentation, assurent les liens avec les autres démarches existantes en Lorraine notamment avec les réseaux.
- SANOFI (D^r Frédérique Prestat, Directeur affaires publiques régionales) est investi dans la mise en relation des parties prenantes, participe à l'animation du COPIL, apporte un soutien financier à la conception des modules de formation et aide à la conception d'outils de promotion de la démarche.

En outre, l'expérimentation recourt à des moyens internes de la CARMi Est et une dynamique partenariale.

Le repérage est réalisé à partir des six centres de santé de la CARMi Est auprès d'un public autonome de plus de 70 ans vivant à domicile.

L'outil de repérage a été co-construit sous l'égide du D^r Fantino et du P^r Bénétos. Cet outil est inspiré des grilles validées SEGA et PAQUID et adapté à la population concernée. En effet ces grilles sont prévues pour des personnes atteintes de troubles déjà installés. Cet outil spécifique présente un taux de repérage de personnes fragiles entre 25% et 30%.

Il a été élaboré dans l'optique d'alimenter une filière Soins de Suite et de Réadaptation/fragilité dans les établissements du régime minier.

La formation des professionnels de santé a été réalisée sous forme participative. Les professionnels ont participé à l'adaptation des outils tant dans leurs modalités de mise en œuvre que dans leur adaptation au public et leur cohérence globale entre eux (modalités de cotation, nature des consignes, ...).

L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) des personnes repérées est menée par les médecins et infirmières des CSP, qui ont suivi une formation gériatrique du CHU de Nancy. Elle vise à mesurer la fragilité de façon homogène aux niveaux de :

- La mémoire et des capacités cognitives
- L'adaptation physique et fonctionnelle y compris les problématiques liées à la douleur
- L'état psychologique
- L'alimentation et la nutrition
- Les besoins sociaux
- L'environnement dont l'adaptation du domicile.

L'élaboration d'un plan personnalisé revient au médecin et à l'infirmière dans le cadre d'une démarche éducative pour une prise en charge adaptée et/ou l'adaptation de son environnement. Ainsi, la personne est orientée en proximité vers des professionnels ou des structures spécialisées existantes.

Enfin, l'expérimentation prévoit d'évaluer dans le temps l'évolution de l'état de santé de la personne neuf mois après la première orientation.

L'expérience de la CARMI Est a vocation à être généralisée en Lorraine auprès des médecins de premier recours appartenant au régime minier. En effet, la CARMI Est a une expérience particulière dans la prise en charge du public âgé. Elle possède des centres de santé dans les bassins de vie où la proportion de personnes âgées est particulièrement importante. Dans le cadre de la recherche action, elle est sollicitée pour participer à la mise en œuvre de l'expérimentation qui devra permettre une modélisation des outils et des méthodes permettant l'extension de la démarche auprès des professionnels de santé primaires en Lorraine.

3.2. Focus sur l'expérimentation de la CARMI Centre Ouest à Saint-Etienne

3.2.1. Une expérience précurseur : le bilan gérontologique 2011-2012

Avant de présenter le projet stéphanois, il apparaît essentiel d'aborder un projet précédent mis en place par Fileris et qui traitait également de la fragilité : le bilan gérontologique de 2011 à 2012.

Des bilans gérontologiques au domicile des assurés du régime minier avaient été menés de 2007 à 2009 (24 en 2007, 80 en 2008, 200 en 2009). Ils avaient débouché sur l'établissement par la Caisse des mines d'un partenariat avec la CPAM de la Loire, la CARSAT, l'ARS Rhône-Alpes et le Conseil général de la Loire. Il permettait de mettre en place entre 2011 et 2012 un dispositif des bilans gérontologiques à domicile pour évaluer la fragilité et faire des recommandations.

La population ciblée a été définie selon 5 critères : des personnes âgées de 75 ans ou plus quelque soit le régime d'assurance maladie, domiciliés sur Saint Etienne et ses communes alentours, sous consommateurs de soins médicaux, non connus des services sociaux et autonomes (non girés ou GIR 5/6). Les partenaires de la Caisse ont eu pour rôle d'identifier les personnes concernées. A la suite de ce ciblage, une lettre d'invitation a été envoyée à 1581 sujets potentiels.

Le dispositif consistait en deux évaluations gérontologiques médico-sociales à un an d'intervalle, réalisées conjointement par un médecin et une assistante sociale des mines et sensibilisés à la gériatrie.

Le premier avait pour but d'établir une mesure de la fragilité. Si le patient était considéré comme fragile (plus de quatre critères sur les treize items du questionnaire), une synthèse écrite du bilan était envoyée au médecin traitant avec des préconisations en direction du patient. Les préconisations étaient réparties en deux catégories, médicales et sociales. Le deuxième bilan avait pour objectif de contrôler l'application des préconisations.

Les résultats de ce bilan sont les suivants :

Un tiers des personnes ayant accepté le premier bilan gérontologique se sont révélées être fragiles selon les critères de la grille (32.5%).

Sur les 1581 sujets ciblés, 148 sujets ont répondu favorablement à un bilan gérontologique initial (soit 9% des personnes contactées par courrier). De plus, alors qu'un tiers des personnes étaient définis comme fragiles par les critères, seulement 40 personnes ont accepté la seconde évaluation.

Le deuxième bilan a révélé que les préconisations n'ont été suivies que dans 35% des cas, ce chiffre semblant se réduire alors que la fragilité augmente. De plus, si 42% des

préconisations sociales ont été suivies, seulement 26% des préconisations médicales ne l'ont été.

Cette expérience montre l'intérêt profond des centres Filiaris de Saint-Etienne dans la prise en charge gériatrique et leur expérience en la matière.

3.2.2. Eléments de contexte

Le projet de la CARMi Centre Ouest est à l'œuvre dans trois CSP autour de Saint Etienne : La Ricamarie, Tarentaize et Roche-la-Molière. Il s'inscrit dans un projet plus vaste, celui de l'hôpital de jour (HDJ) de repérage de la fragilité au sein du pôle de gérontologie et de prévention de perte de l'autonomie du CHU de Saint Etienne. En effet le repérage en CSP est la première des filières d'entrée des patients à être mise en œuvre dans ce projet. Les patients sont ensuite évalués en HDJ puis suivi par une association d'aide à domicile : l'AIMV, qui se charge de contrôler le suivi des préconisations.

Le projet a été conçu par le D^r Fantino, directeur médical national de Filiaris en collaboration avec le P^r Gonthier, professeur du service gériatrique du CHU de Saint Etienne et médecin de permanence au CSP de Tarentaize.

Ce projet est une opportunité pour les deux parties :

- du côté des mines, le territoire de Saint-Etienne est historiquement un foyer de population des affiliés du régime des mines. De plus, c'est un territoire particulièrement touché par le vieillissement : un stéphanois sur quatre a plus de 60 ans et 19 000 personnes ont plus de 75 ans. Enfin un gérontopôle vient d'être créé à Saint Etienne, et dans ce contexte, une expérimentation innovante sur la fragilité mise en place par les Mines est un atout.
- Du côté du service gériatrie du centre hospitalier de Saint-Etienne, l'hôpital dispose d'une autorisation de l'activité hospitalisation de jour pour trois places d'hospitalisation. Cette capacité est sous-utilisée. Le projet de prise en charge de la fragilité va accroître l'utilisation de cette capacité.

3.2.3. Objectifs

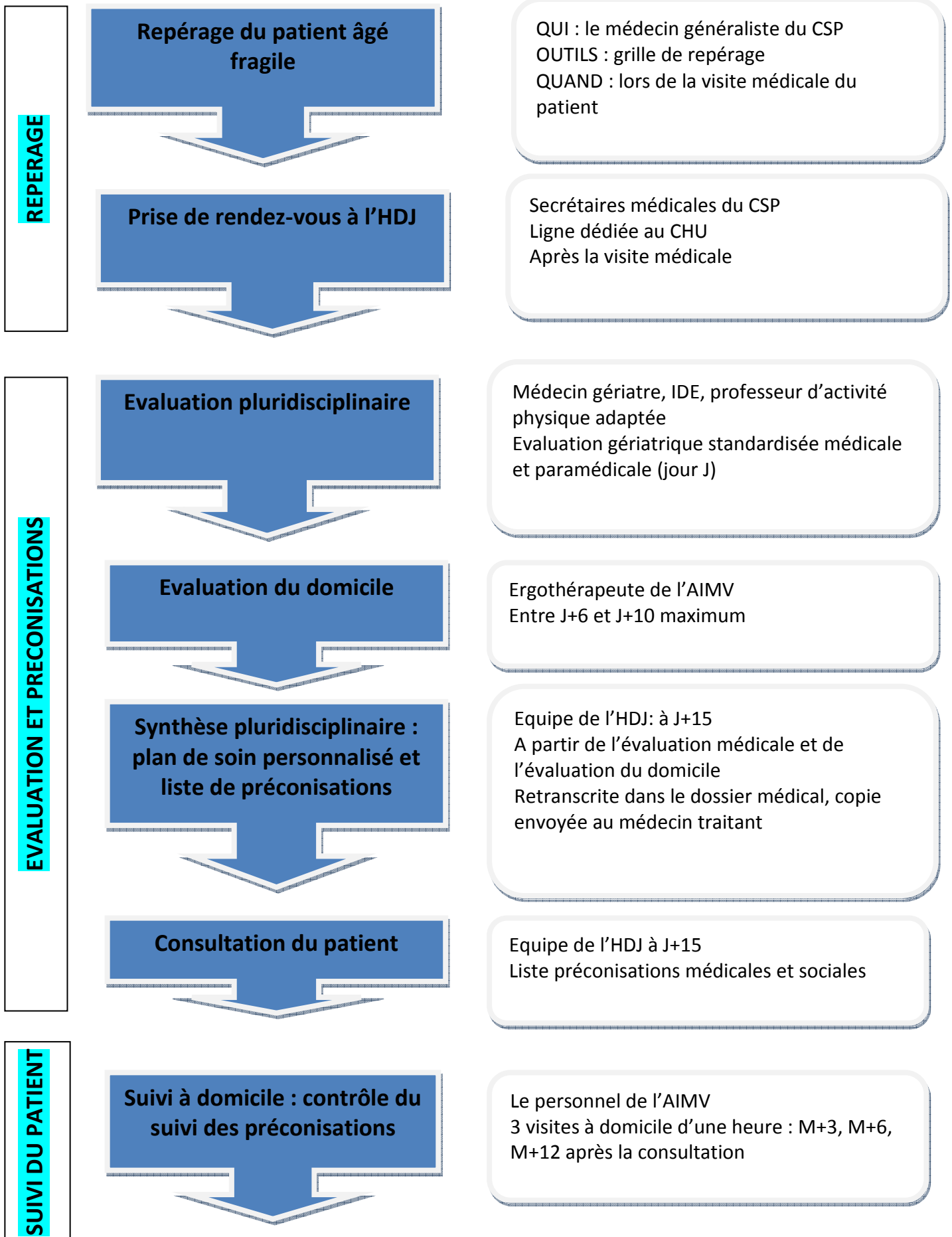
Pour la filière des mines, 3800 patients sont suivis dans les trois CSP. Parmi cette file active, 1 846 sont âgés de plus de 70 ans et 431 personnes sont en GIR 5-6 et bénéficient des prestations ANGDM (association nationale pour la garantie des droits des mineurs). Cette population est donc la population cible pour le dispositif. En se fondant sur une hypothèse de 20 à 30% de sujets fragiles, correspondant à la moyenne des résultats trouvés, entre 255 et 400 patients des centres sont potentiellement fragiles.

Concernant la compliance, un objectif de 30% d'adhésion des patients ciblés élève à 400 le nombre prévisionnel d'évaluations réalisées en HDJ.

3.2.4. Description du parcours

Le schéma suivant explicite le parcours de la personne âgée dans le dispositif constitué de trois phases : le repérage par le CSP, l'évaluation en HDJ qui aboutit à la création d'un plan personnalisé listant des préconisations médicales et sociales, et le suivi par l'AIMV du respect des préconisations par les patients.

Parcours de prise en charge de la personne âgée fragile dans le projet stéphanois



3.2.5. Organisation du projet

Le portage du projet a été partenarial du fait de son intégration dans celui plus large de l'HDJ. En effet, si la filière des mines est pour l'instant la seule filière ouverte de repérage, le reste du parcours est et sera commun à toutes les filières potentielles. De plus, le D^r Fantino étant l'initiateur et le porteur du projet, la Caisse des mines a été au centre du partenariat tout au long de sa conception.

La stratégie de management appliquée au projet est essentiellement une stratégie top-down. Les réunions de conception du projet ont eu lieu en présence des responsables des trois parties :

- Pour les mines : le directeur médical national, D^r Bruno FANTINO et le coordonnateur Offre de Santé Prévention, M. Jean-François GAUCHET.
- Pour le service gériatrie du CHU : le P^r Gonthier ainsi que des médecins responsables du projet pour le service gériatrique, les D^{rs} Amandine DEVUN, Emilie ACHOUR et Anne-Françoise CHANELIERE.
- Pour l'AIMV, la présidente de l'association, Mme Jocelyne LABOURE

Le projet a été entièrement monté en partenariat, ce qui a fait l'objet d'une formalisation. Un protocole d'accord a été signé par tous les partenaires de la première phase du projet HDJ. Les autres filières de repérage, identifiées dans le protocole d'accord, n'ont pas été impliquées dans la conception du projet. En outre, une convention a été signée entre l'AIMV et la Caisse des Mines puisque cette dernière est le financeur de leurs interventions. Le projet a donc été co-conçu avec l'HDJ.

Le partenariat a fait l'objet d'une formalisation. Un protocole d'accord a été conçu par tous les partenaires au projet et une convention a été signée entre l'AIMV et la Caisse des Mines puisque cette dernière est le financeur de leurs interventions.

En effet, l'AIMV met à disposition son personnel pour deux actions : un ergothérapeute pour l'évaluation du domicile lors de la phase du bilan pluridisciplinaire et une personne ressource pour le suivi à domicile des préconisations.

L'équipe des professionnels de l'AIMV est composée d'ergothérapeute, de psychomotriciens, d'auxiliaires de vie sociale ou d'assistants de soins en gérontologie, sur le modèle de l'équipe spécialisée Alzheimer.

Le suivi sera effectué en trois séances, à 3 mois, 6 mois et 12 mois. L'enveloppe négociée est de 50 000 euros ce qui constitue l'équivalent de 150 euros par patient pour une durée totale à domicile de 4 heures (une heure d'ergothérapeute, trois fois une heure de suivi), avec un objectif cible de 300 patients intégrés au dispositif.

Cette enveloppe de 50 000 euros représente un budget maximum. Les facturations de l'association se feront à l'euro près, patient par patient. Une évaluation des coûts aura lieu au premier trimestre 2015.

Par ailleurs une demande de financement à l'Agence Régionale de Santé a été déposée dans un dossier conjoint CHU/CARMI.

Le calendrier fixé initialement n'a pas été suivi du fait du report à plusieurs reprises du lancement effectif du repérage (première grille de repérage utilisée, premier patient adressé à l'HDJ). Alors que le premier patient devait être adressé à l'HDJ pour le 2 juin, les premières grilles de repérage ont été utilisées en septembre 2014 et la montée en charge ne s'est faite qu'en octobre 2014.

4. ANALYSE DES GESTIONS DE PROJET SUR LA FRAGILITE DE FILIERIS

Afin d'évaluer les conditions de réussite pour mettre en place un dispositif de repérage et de prise en charge coordonnée de la fragilité, le groupe s'est penché sur les éléments caractéristiques de la gestion de projet. Il s'est, par ailleurs, intéressé aux effets induits par les méthodes de gestion de projet retenues en termes d'adhésion à la démarche et de « compliance » à la prise en charge.

Dans une optique de création d'un modèle de gestion de projet, la volonté du groupe de recherche action a été d'orienter nos entretiens et analyses vers la recherche des freins pour être au plus près des besoins dans la recherche des pistes d'amélioration.

4.1. Analyse de la gestion de projet

Pour cette étape, les éléments constitutifs de la gestion du projet ont fait l'objet d'une attention particulière que ce soit le calendrier, la pertinence et la qualité des partenariats, la gouvernance et la coordination des acteurs, les outils et processus de coordination ou les moyens financiers.

4.1.1. La gestion du projet dans le temps

Dans la conduite de projet, fixer un calendrier réaliste est fondamental : il s'agit d'équilibrer le temps nécessaire à la conception d'un projet mûri et l'ambition d'un lancement rapide.

Le Directeur médical national a eu la volonté de conduire les projets sur un temps très court : toutes les expérimentations ont été conçues pendant le premier semestre 2014, avec un objectif de premier repérage seulement quelques mois après le lancement (été 2014) et l'évaluation des premiers résultats pour l'automne 2014.

Ce choix s'appuie sur une conception particulière de la gestion de projet développée par Bruno Fantino : le concept de « gestion pragmatique de projet par amorce itérative ». L'idée est de lancer un projet dès qu'une « fenêtre de tir » se présente, impliquant donc une conception et une mise en œuvre réactive, privilégiant les ajustements par la suite pour l'améliorer.

Dans un contexte de contraintes financières, dégager des moyens à affecter à la conduite du projet est difficile. Parallèlement, les partenaires potentiels sont souvent hésitants à se lancer dans des nouveaux projets. A contrario, après le démarrage et à mesure que le projet vit, son intérêt grandit. Cela facilite les négociations de moyens en interne en même temps que les partenaires externes sont plus enclins à rejoindre le projet. Ce concept de gestion par amorce itérative revient donc à mettre à profit, au fur à mesure, les opportunités qui se présentent. C'est par exemple le cas du démarrage du projet au centre de Carmaux qui a été facilité par un médecin-gériatre, « militant » pour un changement de pratiques pour davantage de prévention et qui sensibilise ses confrères depuis quatre ans. Pour lui, « *la prévention ne rajoute pas de la charge de travail si elle est bien intégrée dans la pratique du médecin* ».

Cette méthode de gestion de projet a l'avantage de saisir les opportunités qui apparaissent sur le terrain du fait d'un contexte et d'un environnement favorables. Elle permet également d'éviter le risque de sclérose qui survient habituellement sur les projets impliquant de nombreux partenaires et des financements croisés : la conception de tels projets est particulièrement chronophage car convaincre les partenaires, formaliser le partenariat et construire une gouvernance coordonnée prend du temps. Or, le risque de démotivation des acteurs impliqués augmente avec le temps de préparation. Dans le cas de l'expérimentation stéphanoise, le Directeur médical a mis en place le dispositif à la suite de quatre événements favorables : l'accord du professeur Gonthier de participer, la volonté du CHU de valoriser l'HDJ, l'accord de la Caisse nationale d'agir sur la fragilité et la possibilité d'avoir un

financement pour l'AIMV. Ces quatre opportunités ont constitué sa fenêtre de tir. Il a donc décidé de ne pas attendre d'autres opportunités plus longues à mettre en place tels que le ralliement éventuel d'autres partenaires ou le financement de formations à destination des professionnels des CSP.

Cette méthode présente l'inconvénient de lancer un projet non finalisé et donc soumis à des risques non prévus. Le calendrier stéphanois n'a pu être respecté par trois fois : les partenaires s'étaient fixés une première évaluation pour le 2 juin 2014. Toutefois des difficultés dans la formalisation des partenariats ont décalé ce lancement. La Caisse nationale a ensuite validé tardivement l'engagement des fonds pour financer les actions de l'AIMV. Puis le succès du repérage dans les CSP a créé un engorgement d'abord au niveau de l'évaluation puis du suivi de l'AIMV, les partenaires n'ayant pas réussi à suivre le rythme du repérage.

Toutefois, cette méthode s'appuie sur une conception souple de la gestion de projet favorisant les ajustements au fil de l'eau. Le projet fait donc l'objet d'une amélioration continue fondée sur les remontées de terrain. Cela constitue donc un atout majeur comparé à des méthodes top-down classiques.

4.1.2. La gouvernance et la coordination au sein de Filieris

4.1.2.1. *Le pilotage au sein des CSP*

Alors que la notion de parcours de soins est mise en avant aujourd'hui, et que l'intérêt à mutualiser est perçu par beaucoup⁶, la structure des centres de santé polyvalents de Filieris constitue un atout important : un responsable évoquait « une unité de lieu et une unité d'action ».

Il s'agit toutefois d'exploiter davantage cet atout naturel de concentration des professionnels de santé dans un même lieu centré sur le patient. En effet, le travail en équipe au sein des centres n'est pas assez développé, la coordination et la communication entre les acteurs sont peu fluides. Ceci peut s'expliquer par l'absence d'une culture d'équipe, de manager d'équipe et de réunions de service.

Le responsable administratif est compétent sur l'ensemble du territoire de la CARMI, ce qui implique du management à distance. De plus, la question se pose de la position hiérarchique de ce responsable et de sa capacité de décision face aux médecins. Ainsi, un professionnel de santé a expliqué que, dans les centres, un médecin est responsable du centre de manière informelle. Un autre médecin considérait qu'il était « payé pour faire des actes médicaux », ce qui rappelle une méthode de travail similaire aux libéraux. Cela amène donc à réfléchir à la spécificité du management de professionnels de santé, et plus spécifiquement de médecins, tant d'un point de vue général que concernant le dispositif.

De la même façon, il n'existe pas à proprement parler de réunions de services. Aux dires des médecins de Saint-Etienne, les réunions d'équipe au sein des CSP sont limitées et portent sur des thématiques de santé ou de santé publique plutôt que sur l'organisation du travail. Cette indication peut être généralisée à l'ensemble des CSP expérimentant le repérage. A Saint-Etienne, des réunions sur l'expérimentation ont été organisées au fil de l'eau, les premières ayant pour objet de présenter le dispositif et de convaincre de son bien-fondé, les suivantes cherchant à résoudre des problèmes identifiés par le personnel. Concernant ces dernières, à Gardanne on nous a assuré de la possibilité de réunions pour répondre aux éventuelles remontées de problèmes. Aucune réunion de ce type n'a pour le moment été organisée. La mobilisation des acteurs ne doit pas se limiter aux sollicitations de ces derniers mais rappeler régulièrement les rôles et missions de chacun et convaincre afin de susciter et

⁶ Cf rapport HCAAM de 2011

raviver l'adhésion. Pour autant, il est difficile de mobiliser tous les acteurs concernés sur une même réunion, du fait d'horaires particulièrement chargés et d'une culture assez indépendante concernant l'organisation du temps de travail. Les réunions auxquelles nous avons pu assister affichaient toujours du personnel absent, ce qui rend la transmission des informations difficile et ralentit le processus d'adhésion à la démarche.

4.1.2.2. *Le rôle de coordonnateur local de l'expérimentation*

Dans le cadre des expérimentations sur la fragilité, les responsables locaux de projet sont variés. Dans l'Est, le coordonnateur est un infirmier, à Carmaux une secrétaire assure ce rôle, le responsable administratif est le coordonnateur du projet pour Montceau-les-Mines comme pour Saint-Etienne. A Gardanne, ce sont deux médecins. Il est nécessaire que ce responsable local ait un rôle majeur, qu'il puisse incarner le projet, transmettre cette adhésion et fédérer les équipes et les moyens autour du projet. Cette personne doit donc jouir d'une autorité naturelle auprès des professionnels du CSP et avoir de réelles capacités managériales.

Aujourd'hui, ce positionnement est essentiellement incarné par le Directeur médical national qui a porté les projets au local depuis leur conception jusqu'à leur lancement et continue de s'impliquer activement dans leur déroulement. Cet état de fait peut poser question. Le rôle du Directeur médical national est bien de concevoir les dispositifs. De plus, il est très positif pour l'implication des centres qu'il se déplace localement pour présenter l'expérimentation. Néanmoins, cela peut donner l'impression qu'il est le seul à porter véritablement le projet au sein de Filieris et le seul responsable des expérimentations. Concernant la conception comme le pilotage du projet, la place des coordonnateurs administratifs apparaît donc plutôt réduite.

C'est un risque pour le projet car ces coordonnateurs sont sur le terrain, ils connaissent donc les équipes et peuvent apporter une plus-value et un soutien dans la conception et le déroulement du projet. De la même façon, ils semblent mieux à même de piloter au quotidien la bonne réalisation du dispositif. Une forte implication de leur part serait donc nécessaire, encouragée par une plus grande marge de manœuvre. A Saint-Etienne par exemple, le coordonnateur a progressivement pris en charge certaines tâches : regroupement des informations quantitatives à partir d'octobre, organisation de réunions d'équipe avec l'HDJ fin septembre, début octobre et début décembre. Les contacts avec les partenaires principaux : l'HDJ et l'AIMV semblent toujours essentiellement assurés par le directeur national.

4.1.3. *La qualité et la coordination des partenariats établis*

4.1.3.1. *La qualité des partenariats établis*

Tout d'abord, choisir des partenaires en fonction de leur intérêt pour le projet est primordial. A Montceau-les-Mines, le Directeur médical national a profité de l'arrivée d'un nouveau gériatre au centre hospitalier de la ville pour lancer l'expérimentation. Sachant ce médecin à la fois innovant et sensible à la question de la fragilité, il a construit son projet autour de ce partenariat et accompagné la création d'un hôpital de jour au centre hospitalier de Montceau-les-Mines.

Ensuite, il est nécessaire de s'appuyer sur des partenaires déjà ancrés dans le terrain. C'est le cas à Saint-Etienne où le projet s'est construit sur un trinôme : la Caisse des mines, le service gériatrique du centre hospitalier ainsi qu'une association d'aide à domicile, l'AIMV, particulièrement active dans le domaine des seniors. Un tel choix de partenaires s'explique dans la prise en compte du retour d'expérience des bilans gérontologiques de 2011 et 2012, cités précédemment. En effet, les conclusions de l'étude avaient révélé le risque de faible adhésion des patients. De ce fait, le professeur Gonthier a souhaité inclure dans le parcours des visites à domicile. Ceci est une spécificité stéphanoise, le suivi dans les autres

expérimentations prenant d'autres formes, par exemple les appels téléphoniques par des infirmières à Carmaux.

De plus, La fragilité comporte une dimension médicale mais également une dimension sociale qui doit être prise en compte dans le parcours de prise en charge⁷. Ainsi, à Saint Etienne, le Directeur médical national a cherché l'adhésion de partenaires qui peuvent répondre à cette problématique sociale : le Conseil Général, la Mairie et les assistantes sociales de la Caisse des mines.

- Le Conseil général a ainsi été invité par le D^r Fantino à participer à la première réunion d'élaboration du dispositif dans une volonté d'associer l'expertise des assistantes sociales du Conseil Général à l'évaluation pluridisciplinaire. En effet, le Conseil Général, évaluateur des GIR⁸ 1 à 4 pour le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), a été choisi par le groupement Atout Prévention Rhône-Alpes réunissant régimes et mutuelles, pour les évaluations GIR 5 et 6.
- Quant aux assistantes sociales des Mines, leur rôle aurait pu être double : à la fois le pré-repérage des personnes fragiles avant vérification par les médecins et le suivi des préconisations à la place de l'AIMV, dans une optique de réduction du coût du dispositif.

Cependant, le projet a été lancé sans ces partenaires potentiels : tandis que les élections municipales ont freiné la participation de la Mairie, le Conseil Général a retardé sa participation dans l'attente des premiers résultats. Quant aux assistantes sociales des mines, elles dépendent de l'ANGDM (Agence nationale des droits des mineurs) depuis le 1^{er} janvier 2012. La durée des négociations nécessaires à la formalisation d'un partenariat avec l'ANGDM a empêché cette association lors du lancement du projet. Elle n'est toutefois pas exclue pour l'avenir.

Enfin, il est nécessaire de s'assurer une reconnaissance mutuelle des partenaires. A Saint-Etienne, parmi les six médecins interrogés, trois font part en filigrane de leur questionnement sur les rôles respectifs des différents acteurs dans le repérage de la fragilité. Il faudrait « faire participer les médecins généralistes à la construction de la réponse médico-sociale aujourd'hui apportée exclusivement par l'HDJ ». Ces réflexions interrogent sur leurs perceptions des relations entre les deux parties et leurs sentiments de ne pas être reconnus. Or, la reconnaissance et la confiance mutuelle des acteurs sont des éléments essentiels pour la construction d'une coordination de qualité.

4.1.3.2. *La coordination entre partenaires*

Une coordination entre partenaires est essentielle pour le bon fonctionnement de tout projet. Pour cela, le pilotage doit être clair, les responsables identifiés et des réunions entre tous les partenaires établies à échéance régulière.

L'exemple de Saint-Etienne est à évoquer car cette expérimentation est la plus aboutie en termes de partenariats. Les réunions avec les partenaires ont été l'occasion d'une construction collective du projet de repérage et de prise en charge des patients fragiles à partir des intérêts de chaque acteur. Ce partenariat a d'ailleurs été formalisé, via un protocole d'accord ainsi qu'une convention entre l'AIMV et les Mines, puisque cette dernière est le financeur de l'action de l'AIMV. Ce protocole d'accord décrit de manière très détaillée à la fois le parcours de repérage et de prise en charge, les délais, les outils ainsi que les actes et les acteurs prévus.

⁷ Cf partie 1 du rapport

⁸ Groupe Iso Ressource. La grille AGGIR est constituée de 6 GIR allant de la dépendance la plus lourde (GIR 1) à l'absence de perte d'autonomie (GIR 6)

Dans ce protocole d'accord, les responsables du projet pour chacun des partenaires sont clairement identifiés. Les contacts entre ces responsables sont plutôt réguliers, avec un échange par courriel d'informations et de tableaux de suivi. Ces échanges sont particulièrement positifs car ils permettent de régler ensemble d'éventuels problèmes, tels que la problématique des transports qui s'est posée aux médecins des CSP ou encore les difficultés de l'HDJ à répondre à l'arrivée de nombreux patients pour l'évaluation.

Il est à noter néanmoins l'absence d'un comité de pilotage clairement institué dont les réunions seraient fixées à échéance régulière. Les réunions entre les partenaires sont ici à l'image des réunions à destination du personnel des CSP : des réunions au fil de l'eau avec une variabilité dans le nombre des personnes présentes.

4.1.4. Les outils et les processus de coordination et d'information

4.1.4.1. La communication de l'information

Dans une conduite de projet, l'information et la communication interne favorisent la bonne compréhension par chacun de son rôle et du rôle des autres acteurs. Elles facilitent également l'adhésion des équipes au dispositif. Dans le cadre des expérimentations Filiéris, une réelle volonté d'information des équipes est portée par le Directeur médical national. Celui-ci s'est déplacé, depuis le début, dans les différents territoires d'expérimentations pour présenter le dispositif aux médecins et les convaincre de l'intérêt d'une telle démarche.

Toutefois, si des réunions ont eu lieu, l'information apportée n'a pas toujours répondu aux attentes du personnel. Lors des réunions auxquelles ont assisté les membres de notre équipe, les présentations étaient essentiellement d'ordre global, et les arguments portaient davantage sur l'intérêt d'agir sur la fragilité dans un sens général. Certes, il ne faut pas perdre de vue la force de l'argumentaire dans l'implication des acteurs, surtout lorsque le public auquel on s'adresse est un public aguerrri. Néanmoins, il ne faut pas minimiser non plus les attentes du personnel pour le concret. Dans ces réunions, les questions des médecins comme des autres personnels portaient en effet à chaque fois sur les aspects pratiques : le temps passé au repérage, la « compliance » des patients, le détail du dispositif local...

Comme dans tout projet, la compréhension concrète et détaillée du dispositif ainsi que du rôle et des missions de chaque acteur au sein du dispositif, est fondamentale. Or, les contours de la démarche n'ont pas été tout à fait compris par les médecins et les secrétaires à Saint-Etienne.

- La durée dans laquelle s'inscrit le dispositif est notamment très floue pour les personnes interrogées. Il est entendu dans l'ensemble qu'il est limité dans le temps. Ceci pose question à deux médecins qui s'interrogent sur son intérêt pour des personnes en perte de fragilité dont les besoins s'inscrivent sur du long terme.
- Le cadre de la démarche n'est pas non plus totalement compris. Ainsi, au moins trois des professionnels pensent qu'il s'agit d'une étude statistique et non d'un dispositif pérenne de prise en charge de la fragilité des personnes âgées. Leur motivation à consacrer du temps à une démarche s'en trouve freinée car ils en concluent qu'elle n'aura pas d'effets sur leurs patients.
- Les partenaires présents dans le projet sont connus des médecins et des secrétaires mais le parcours n'est pas connu dans le détail. Ainsi, plusieurs médecins nous ont avoué que leur connaissance de l'évaluation se limitait à la « réalisation d'un bilan » et les interventions à domicile ne sont pas clairement identifiées, à l'exception de la venue d'un ergothérapeute (qui s'inclut en fait dans le bilan). Ils ont formulé des attentes sur le retour des premiers bilans et préconisations afin de mieux comprendre et d'évaluer l'intérêt du dispositif.

Or, pour pouvoir inciter les patients à adhérer au dispositif, il est nécessaire que les médecins le comprennent bien, sachent précisément la suite du parcours et soient convaincus de son intérêt. Un médecin nous a notamment précisé que faute de connaître le détail de l'évaluation en HDJ, il n'était pas en mesure de répondre aux interrogations de ses patients et donc de les inciter à adhérer au dispositif. Le succès de l'opération dépend alors pour beaucoup de l'adhésion des professionnels des CSP qui exercent une véritable influence sur les patients. Cette adhésion dépend elle-même pour beaucoup d'une bonne compréhension des enjeux, du fonctionnement, des partenaires et des outils du dispositif. Il est nécessaire de rappeler que la transmission de cette information est un exercice délicat puisque les réunions sont réalisées à destination de médecins qui sont censés être formés et avoir donc connaissance des procédures médicales mises en place dans le parcours. Lors des entretiens, tous les médecins nous ont d'ailleurs affirmé pratiquer déjà en amont le repérage de la fragilité. Pour autant, tous ont évoqué un manque de visibilité quant au parcours. L'observation de ce paradoxe conduit alors à conclure que la forme et la manière de communiquer est essentielle.

4.1.4.2. *Les outils déployés*

Dans le cadre de la gestion de projet, il existe plusieurs outils : les outils du dispositif, les outils de communication, les outils de supervision, les outils entre les partenaires.

Concernant les outils du parcours de repérage et de prise en charge de la fragilité, les différentes expérimentations Filiaris s'appuient principalement sur la grille de repérage de Toulouse, avec quelques variables. Ainsi à Saint-Etienne, la grille a été modifiée de façon à rajouter une évaluation rapide de l'autonomie et une question concernant la qualité de sommeil.

L'expérimentation de Nancy est originale dans ce domaine en ce sens qu'elle n'utilise pas la grille de Toulouse mais la grille de repérage élaborée par le CHU de Nancy.

Par ailleurs, la pratique d'utilisation des grilles est également différente entre les expérimentations. En effet, dans certaines expérimentations, l'utilisation de la grille n'est pas systématique mais dépend d'un pré-repérage par les professionnels des centres qui soupçonnent une situation de fragilité et utilisent donc la grille comme moyen de vérifier cette intuition. Pour d'autres expérimentations, telle que Nancy, le repérage est systématique. Ainsi à Nancy, l'expérimentation se réalise en partenariat avec le CHU de Nancy et fonctionne sous la forme d'un protocole de recherche. Ainsi l'unique critère d'utilisation de la grille est un critère d'âge.

Concernant les outils avec les partenaires

Saint-Etienne a mis en place avec ces partenaires différents outils :

- Un dossier constitué d'une part de la grille de repérage, d'autre part d'une lettre du médecin comportant notamment les antécédents du patient ; le tout envoyé par fax à l'hôpital de jour.
- Une ligne téléphonique dédiée à la prise de rendez-vous par les secrétaires des CSP à l'HDJ. Le nom de l'infirmière du service chargée de cette ligne est écrit sur la grille de repérage avec son numéro de téléphone
- Une lettre envoyée par l'HDJ au médecin où figure à la fois les résultats du bilan et les préconisations formulées.
- Un tableau de suivi du parcours de la personne prise en charge recensant le nom de chaque patient et la date à laquelle il a été pris en charge à chaque étape du parcours.

L'existence de ces outils est un travail important à signaler. En effet, cela favorise le cadrage et la coordination du partenariat. Quelques observations peuvent cependant être formulées. Tous les médecins des CSP participants ont précisé que l'ensemble de la démarche de repérage est une charge lourde : le temps estimé nécessaire pour réaliser ce travail durant la

consultation varie en fonction des médecins, il est évalué en moyenne et par patient à 5 minutes pour la seule réalisation de la grille, 15 minutes dans la consultation en comptant l'argumentation à apporter aux patients et les réponses à ses interrogations, et 30 minutes en comptant la constitution du dossier à envoyer à l'HDJ. Ce temps pourra certainement être un peu réduit avec la maîtrise des outils et de l'argumentaire.

De plus, toutes les personnes interrogées ont noté les difficultés à joindre l'infirmière de référence aux horaires qui leur conviendraient. Enfin le choix du fax pour la transmission des informations entre les CSP et l'HDJ est discutable au regard du temps nécessaire pour faxer les documents. Le coordonnateur de la CARMI Centre Ouest, M. Gauchet, avait proposé l'ouverture d'une messagerie sécurisée mais l'hôpital de jour a opté pour un transit par fax.

De ce fait, ces outils ne sont pas utilisés par le personnel de la manière initialement prévue : alors que la procédure prévoyait une prise de rendez-vous à la suite de la consultation par les secrétaires médicales, cette tâche a été laissée entièrement à l'HDJ qui doit se charger de contacter la personne. Cela induit donc pour l'HDJ d'avoir reçu les documents. Les secrétaires médicales ne prennent pas du tout part au dispositif dans au moins un CSP. Ensuite, les dossiers sont gérés de manière très variables par les médecins, souvent regroupés et transmis en fin de journée voire en fin de semaine par fax pour certains, par courrier pour d'autres. Enfin, les médecins s'interrogent sur l'opportunité de cette organisation fastidieuse : recopier sur une feuille des informations déjà inscrites dans un dossier médical informatisé puis de le transmettre par fax ou courrier.

D'autre part, les équipes des CSP n'avaient pas encore reçu au jour des entretiens (fin novembre) d'informations quant à la prise en charge de leurs patients. Ils n'avaient ainsi reçu ni confirmation de la prise de rendez-vous ni de compte rendu des visites. Il nous est difficile d'évaluer si cela est dû à un manque de communication ou à des évaluations non encore réalisées, de nombreuses données étant manquantes dans le tableau retraçant le parcours de la personne pris en charge. Cela révèle toutefois un problème de mise à jour de ce tableau car pour certains cas, une étape était remplie sans que la précédente ne le soit.

Ces difficultés freinent la mise en œuvre d'une coordination des interventions entre les deux partenaires. Elles ne facilitent pas, par ailleurs, l'identification par les professionnels des CSP de l'apport que représente la nouvelle activité développée au sein de l'hôpital et donc leur adhésion au projet.

Concernant les outils de supervision

Un tableau d'ensemble des expérimentations permet de comptabiliser le nombre de grilles utilisées et le nombre de personnes repérées fragiles de manière agrégée.

CARMI	LIEUX	PERIODE	NBRE DE SUJETS GRILLE DE REPERAGE	NBRE DE SUJETS FRAGILES
Carmi Sud-est	Gardanne et Greasque	Juin à octobre 2014	119	37
Carmi Sud-Ouest	Polyclinique Ste Barbe	Avril à octobre 2014	58	37
Carmi Centre-Ouest	St Etienne	Juillet à octobre 2014	28	18
Carmi Est	Stiring – Ottange - Freyming	Juillet à octobre 2014	258	38
Carmi Centre-Ouest	Montceau les M	Démarrage mi-novembre 2014		
		TOTAL	463	130

Tableau de supervision national

Pour créer ce tableau, les CARMI complètent des tableaux locaux. Ceux-ci se basent sur les remontées des médecins qui doivent remplir à échéance régulière un tableau de suivi.

A Saint-Etienne, ce tableau comprend le nombre de grilles révélant une personne fragile, le nombre de grilles révélant une personne non-fragile, le nombre de rendez-vous pris pour l'évaluation et le nombre de patients ayant refusé cette évaluation⁹.

Des données quantitatives ont pu être transmises au groupe en décembre 2014. Ces éléments concernent uniquement trois médecins sur cinq. En effet, l'un des médecins des CSP n'a pas réalisé de repérage et deux autres n'ont fourni que des résultats partiels. Il en ressort que 219 fiches ont été renseignées en 2014, quasi exclusivement entre septembre et novembre. 115, soit 53% d'entre elles, ont permis de repérer une fragilité potentielle.

Concernant les outils de communication, peu d'outils ont été développés. Parmi eux il est possible de citer des affiches créées par la CARMI Centre-Ouest (Saint-Etienne) pour les salles d'attente. Néanmoins, lors de nos entretiens, nous avons pu repérer que peu d'affiches avaient été effectivement mises en place. Par ailleurs, un responsable nous a indiqué que le groupe national d'expert réuni par Bruno Fantino, qui travaille sur les préconisations à formuler dans le cadre de la prise en charge de la fragilité, réfléchit également à des outils de communication nationaux à destination du grand public.

De plus, au lancement de la démarche, l'un des médecins a demandé à ce qu'un courrier informatif signé par la direction soit envoyé à l'ensemble de la patientèle âgée de plus de 70 ans, en préalable au repérage par le médecin. Tous les médecins interrogés ont évoqué ce courrier comme un outil et cinq médecins y sont favorables. La construction de cet outil de communication permet d'éviter l'effet de surprise des patients lorsque le médecin utilise la grille de repérage. Il cherche également à répondre à une crainte repérée chez les patients quant à la tenue de l'évaluation au service gériatrique de l'hôpital de la Charité, subissant une réputation négative auprès des personnes âgées, celle « d'un mouvoir ». Dans certains cas, il est même la raison de la consultation. Il semble enfin avoir permis aux médecins de s'approprier la démarche. Ce courrier apparaît donc comme une vraie réussite.

⁹ Cf annexe

A Gardanne l'auto-questionnaire peut être vu également comme un outil de communication puisqu'en rendant le patient acteur dans le repérage, il incite celui-ci à s'intéresser à la prévention de la fragilité.

4.1.5. Les moyens financiers

Il ne s'agira pas ici de traiter de la question de la pertinence économique à agir sur la fragilité. Comme mentionné dans la partie sur le protocole de la recherche action, l'inadéquation entre le calendrier du projet et le calendrier de la recherche action nous empêche de procéder à une évaluation des résultats.

Un paragraphe sera consacré néanmoins à ce thème dans la partie sur les perspectives envisagées, afin d'ouvrir le débat sur cette question de l'efficacité d'un dispositif de repérage et de prise en charge de la fragilité.

Dans la quasi-totalité des expérimentations, le dispositif a été mis en place à moyen constant. L'exception concerne le cas de Saint-Etienne où une enveloppe financière a été octroyée afin de recourir à une association d'aide à domicile. Le challenge du Directeur médical national consistait donc en la mise en place d'innovations sans moyens supplémentaires. Ce challenge s'inscrit dans une démarche nouvelle, inspirée d'un concept émergent, celui « d'innovations frugales » qui consiste à rechercher le moyen de répondre à un besoin de la manière la plus efficace et la plus simple possible, dans un contexte budgétaire restreint.

4.1.5.1. *Financement du repérage*

Pour la phase repérage du parcours, les expérimentations de la Caisse des Mines reposent essentiellement sur le système de rémunération du personnel des Mines. Depuis le 1^{er} janvier 2009, leur rémunération est liée à l'activité constatée dans les centres de santé miniers. Du fait de leur statut de salariés du régime des Mines, une rémunération de base leur est garantie, équivalente à 85% de la rémunération de l'échelle du salarié.¹⁰

De plus, « l'omnipraticien perçoit un forfait pour les activités non productrices d'actes, consacrées aux actions de santé publique (...)» (article 20 de ladite Convention). Ces actions de santé publique représentent 8 jours par an, volume garanti par l'employeur. Or, comme l'a notifié M. Gauchet dans un mail aux médecins en date du 20 août 2014, « l'action « repérage de la fragilité » (qui) a démarré début juin a été choisie par la Direction comme action de santé publique 2014 ». C'est donc dans ce cadre que s'inscrivent les actions de repérage de la fragilité à hauteur de 15 minutes par consultation. Le temps administratif nécessaire à la constitution et l'envoi des dossiers n'est donc pas comptabilisé.

Quant aux secrétaires médicales, le temps consacré aux actions en lien avec l'expérimentation est censé être réalisé sur le temps de travail.

¹⁰sous réserve que 5 500 « équivalents C » soient effectués dans l'année » : Un « équivalent C » représente, sous la forme d'un nombre comportant 2 décimales, le rapport entre la valeur de l'acte effectué par l'omnipraticien et celle d'un acte coté en C (article 19 de la Convention collective nationale des omnipraticiens exerçant dans les centres de santé miniers du 23 janvier 2008)

4.1.5.2. *Financement des évaluations*

Le financement des évaluations peut être variable selon les expérimentations.

A Saint-Etienne, l'évaluation se faisant en hôpital de jour, le financement provient de la T2A. Selon le protocole, un ticket modérateur d'un montant faible sera décompté dans la prise en charge de l'assurance maladie. Une estimation de la prise en charge médicale a été réalisée dans le protocole d'accord, elle a été évaluée à 240 000 euros. Cette estimation part de plusieurs hypothèses :

- une estimation de 480 séjours,
- un coût d'une hospitalisation de jour s'élevant à 500 euros par jour : il tient compte du coût moyen en fonction de la rémunération moyenne, du nombre moyen d'heures de travail de ce praticien, du temps consacré moyen pour un bénéficiaire :
 - o médecins : 1 heure par patient
 - o infirmier : 1h30 par patient
 - o autres spécialités : 30 minutes (kinésithérapeute, diététicienne)
- une base de dix patients par semaine, sur une demi-journée, pendant quarante-huit semaines.

Cela est avantageux pour les Mines car l'évaluation nécessiterait un effort financier important dans le cas d'une absence de moyens suffisants dans les CSP. Toutefois une telle prise en charge pourrait être bénéfique en termes d'augmentation d'activité et de compétences pour les CSP. A Gardanne par exemple, le responsable de la prévention a expliqué que dans le principe, si les médecins sont formés et que les moyens sont suffisants, l'évaluation pourrait être faite dans les CSP. C'est le cas à Nancy où les médecins ont été formés par le centre hospitalier à une première évaluation, plus poussée que la grille de repérage mais moins qu'un bilan hospitalier. Ceci recouvre la notion d'évaluation gériatrique de premier recours dont les contours sont fixés par la Haute Autorité de Santé.

Cela pose toutefois la question de la rémunération des médecins. En effet, avec une hypothèse constante d'une évaluation d'une demi-journée (hypothèse de l'HDJ), les huit jours de santé publique seraient alors très largement dépassés. Si l'évaluation est plus courte, cela pose la question de la qualité du niveau de cette évaluation : serait-elle dans ce cas-là toujours considérée comme un « gold standard » ? Une hypothèse intermédiaire serait de former les médecins à une évaluation intermédiaire, plus poussée que les grilles de repérage, permettant de filtrer davantage les envois en évaluation. Dans tous les cas, il sera nécessaire de revoir le financement à la hausse.

4.1.5.3. *Financement des interventions*

La question du financement des interventions est particulièrement problématique. En effet, selon le responsable de Gardanne, le suivi par les patients des préconisations dépend de deux conditions essentielles : la proximité géographique et l'absence d'efforts financiers pour le patient.

Une grande partie des préconisations médicales peuvent être prises en charge par la Sécurité sociale. C'est le cas par exemple des séances de rééducation kinésithérapique. De même, des ateliers peuvent avoir été créés à destination des seniors. A Saint-Etienne, par exemple, des ateliers de prévention des chutes (cycle de 15 séances) ont été mis en place par la CARMI. Ils ont démarré au 1^{er} décembre 2014.

Toutefois la question demeure concernant le financement des préconisations sociales telles que l'initiation à la diététique ou encore des séances d'aquagym. Elles nécessitent un effort

financier des patients et une organisation pour les suivre alors même que les patients ont tendance à ne pas les suivre (résultat du bilan gérontologique de 2011 et 2012). En effet, les personnes n'étant pas conscientes de leur fragilité, leur compliance sera d'autant plus faible qu'ils devront fournir un effort important pour suivre le plan de prévention personnalisé.

Les partenaires de Saint-Etienne ont cherché à répondre à cette problématique en établissant une cartographie du panier de biens et services fournis par les différents acteurs dans le domaine des seniors (inclus dans Atout Prévention Rhône-Alpes).

4.1.5.4. *Financement du suivi*

Le cas de Saint Etienne est singulier du fait de la présence d'un acteur issu du milieu associatif chargé du suivi à domicile des préconisations du plan de prévention personnalisé. Dans les autres expérimentations, ce suivi est pris en charge par les CSP, par exemple par les infirmières via un suivi téléphonique à Montceau-les-Mines et Carmaux.

A Saint-Etienne, une enveloppe financière spécifique a été dégagée pour financer l'AIMV. Ce financement de l'AIMV par la Caisse Nationale n'a pas vocation à être pérenne. Le financement se fait à l'euro près à hauteur de 150 à 200 € par patient engagé dans la filière et pour la surveillance annuelle.

Il convient ici de rappeler que dans le cadre de l'expérimentation stéphanoise, le repérage par les mines est considéré comme n'étant que le premier flux d'entrée ouvert sur six filières de repérage identifiés dans le protocole. A terme, l'intervention de l'AIMV devrait donc être financée par une dotation de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une fiche médico-économique a de ce fait été réalisée par les partenaires du projet lors d'une réunion à l'hôpital de la Charité le 6 juin 2014. L'hôpital aura la responsabilité de gestion de cette dotation et devra alors passer une convention avec l'AIMV. Dans un troisième temps, l'hôpital a pour objectif de demander une extension de la capacité d'hospitalisation de jour et donc d'une augmentation de cette dotation afin de recruter du personnel. Un financement de 145 000 € a été obtenu par l'Agence Régionale de Santé mi-décembre 2014.

Le groupe de recherche-action s'est intéressé aux effets induits par les méthodes de gestion de projet retenues en termes d'adhésion à la démarche et de compliance à la prise en charge. En effet, toutes les thématiques vues précédemment ont des effets sur l'adhésion tant du personnel que des patients à la démarche. Ces effets ont pu être abordés dans les paragraphes précédents mais il convient ici de décrire plus précisément les mécanismes de cette adhésion.

4.2. **L'adhésion à la démarche**

L'adhésion à la démarche s'entend tant du point de vue du personnel que des patients.

4.2.1. **L'adhésion du personnel à la démarche**

Si la gestion de projet doit être efficace dans les aspects organisationnels, tout doit être mis en œuvre également pour convaincre les acteurs du bien-fondé du projet. Sans cela, les résultats seront difficiles à venir et certainement décevants. La motivation du personnel est donc essentielle au succès des expérimentations.

L'importance de leur motivation dans la réussite du dispositif est particulièrement visible lorsque l'on interroge les professionnels sur la perception qu'ils ont de l'adhésion des patients. Cette perception est très variable et semble être corrélée, au moins en partie, à leur propre vision. En effet, lors des entretiens, les médecins davantage sensibilisés à la démarche avaient une perception positive de l'intérêt des patients pour le dispositif. A contrario les médecins plus réfractaires au dispositif ont, en majorité, soulevé les réticences et craintes des patients. De là, il est possible d'en déduire qu'un professionnel ayant une

vision positive de la démarche aura plus de facilité à convaincre du bien-fondé de l'action, ce qui est clef dans le suivi des préconisations par le patient.

De ce fait, il apparaît intéressant d'envisager les différents mécanismes d'adhésion :

- La sensibilité du personnel à l'intérêt d'agir sur la fragilité

La conviction du personnel dans l'intérêt d'agir sur la fragilité est un levier primordial, ce qui justifie le choix du D^r Fantino d'ancrer son argumentaire dans les enjeux d'une telle action sur la fragilité. A Saint-Etienne, au travers des entretiens réalisés avec six médecins et deux secrétaires médico-sociales, l'on note tout d'abord une grande adhésion des médecins et des secrétaires au principe d'une prise en charge de la fragilité au sein de la patientèle. A de rares exceptions, les équipes sont convaincues de l'intérêt d'une intervention en amont. Plusieurs médecins considéraient faire déjà un repérage avant le lancement du projet grâce à une bonne connaissance de leur file active. Cette affirmation est intéressante à noter car elle fait écho à l'argument du D^r Fantino concernant la capacité de la grille à repérer des personnes qui n'ont pas de plaintes spontanées et ne sont pas suspectées par les médecins. En effet, elle peut traduire à la fois une sensibilité pour la question ainsi qu'une volonté de justification. Plusieurs médecins nous ont clairement dit que le dispositif permet d'approfondir ce travail et de toucher de nouvelles personnes, ce qui est un signe positif d'adhésion.

Cependant, les premières données chiffrées de repérage ne placent pas l'expérimentation de Saint-Etienne parmi celles qui ont le plus utilisé la grille. A début décembre, un médecin sur six n'avait d'ailleurs pas du tout repéré. Les résultats dépendaient majoritairement de trois médecins sur les six concernés.

Les écarts entre les expérimentations dans l'utilisation de la grille s'expliquent en grande partie par une conviction en amont de l'intérêt de mettre en place un tel dispositif: Dans le cas des CSP de Nancy et de Gardanne, les médecins sont particulièrement impliqués dans le repérage. De ce fait, à mi-décembre, les CSP de Nancy comptent pour plus de la moitié de la totalité des grilles utilisées (57%) et ceux de Gardanne/Gréasque pour plus de 25%.

- La bonne compréhension de la démarche

Comme cité précédemment, un autre levier est à trouver dans la compréhension globale de la démarche: les acteurs impliqués, le détail du parcours, les missions données à chacun... Des réunions ont été organisées par la direction nationale en présence de médecins des CSP, de secrétaires et de travailleurs sociaux afin de présenter le dispositif et de convaincre de son bien-fondé. La participation du personnel à ces réunions favorise une bonne compréhension. Parmi les personnes interviewées, certaines n'ont pas été présentes à ces réunions. Chez celles qui n'y ont pas participé, l'on note une plus grande réticence à adhérer au projet. Plus que chez les autres, l'intérêt du projet et de la méthode sont questionnés de même que son rôle dans la démarche. Des entretiens individuels sont prévus pour s'assurer de la bonne compréhension du dispositif par chaque médecin et pour leur donner une possibilité supplémentaire de réagir.

Une manière de favoriser cette bonne compréhension et de convaincre le personnel de la légitimité de la démarche passe par la formation. Le Directeur médical national a ainsi obtenu pour janvier 2015 une enveloppe financière de 600 000 euros afin de former 1600 salariés Filiéris à la fragilité et à la bientraitance. Auparavant, il avait obtenu une enveloppe financière et des jours de formation pour l'expérimentation de Nancy. Il s'avère que cette expérimentation est l'une des plus abouties en termes de nombre d'utilisation de la grille et d'adhésion du personnel.

- La co-construction du dispositif

La participation des agents dans la conception et la mise en œuvre d'un projet facilite grandement leur implication. Cette participation se manifeste souvent par l'implication dans des groupes de travail. Se pose la question de l'existence et du degré d'une telle participation dans le projet.

- Le personnel des CSP sollicités dans les expérimentations n'a pas été impliqué en amont, ni dans la réflexion, ni dans la création du parcours, ni dans celle des outils de repérage. Un médecin nous a indiqué ne pas se sentir gêné par ce choix, considérant que ce n'était pas son rôle. Les secrétaires médicales interrogées ont par contre regretté ce manque d'association : « il y a eu une réunion mais tout a été mis en place avant que le secrétariat médical ne soit mis au courant ». Leur implication dans le projet est faible, laissant dans certains CSP les médecins transmettre les dossiers à l'HDJ et l'HDJ prendre rendez-vous avec les patients. Elles le justifient par manque de temps.
- En aval du lancement, une forme de participation a été aménagée en permettant la remontée par le terrain des dysfonctionnements ainsi que des propositions en vue de l'amélioration du dispositif. A Saint-Etienne par exemple, les deux réunions organisées en septembre puis en octobre ont été l'occasion de faire part en premier lieu de la nécessité d'envoyer un courrier d'information au public cible, puis dans un second temps de soulever les premières difficultés relevées dans la mise en œuvre, principalement le transport des patients vers l'HDJ. La prise en compte de leurs remarques a permis à certains médecins de s'engager dans la démarche.

Ces éléments apparaissent intéressants au regard d'une des stratégies repérées par l'étude SIPA : l'implication le plus en amont possible des professionnels favorise leur appropriation de la démarche et permet d'éviter qu'ils se limitent à un travail d'exécutant. On note en effet que l'implication des médecins semble avoir débutée au moment où leurs propositions et leurs questionnements ont été pris en compte. Ce qui n'a sans doute pas été le cas pour les secrétaires. Le groupe a toutefois bien conscience des difficultés à créer des groupes de travail dans des centres aussi petits, éloignés et dont les emplois du temps du personnel sont très peu compatibles. De plus, au regard de la méthode de rémunération des médecins, évoquée plus haut, le processus de co-construction est très compliqué à mettre en œuvre puisqu'il nécessite un fort investissement de temps. Or il semble peu concevable de prendre sur le temps de réalisation des actes. A Nancy, la co-construction a été rendue possible car deux jours de formation et de participation à la conception avaient été dégagés, formation rémunérée par une enveloppe dédiée.

- L'effet des expérimentations précédentes

Enfin, il ne faut pas minimiser l'impact des précédentes expérimentations sur la bonne volonté du personnel à s'inscrire dans la démarche de repérage de la fragilité. L'adhésion des équipes semble être freinée à Saint-Etienne par des éléments historiques : des bilans gérontologiques ont été menés entre 2011 et 2012 par les équipes des CSP. Il ressort des entretiens que les professionnels ne se sont pas sentis suffisamment informés des conclusions de ce travail ni des suites données. Ils ont de ce fait des réticences à s'intégrer dans un nouveau dispositif sur le même sujet.

4.2.2. L'adhésion des patients à la démarche

Cette adhésion est essentielle dans le parcours afin que le dispositif soit une réussite. La réalisation d'entretiens des patients repérés n'a pas été possible du fait d'un décalage de calendrier entre le projet et notre recherche action. Cependant, il est important d'aborder les leviers identifiés en termes de gestion de projet pour favoriser l'adhésion des patients.

Les médecins constatent que les patients ont un rôle plus ou moins actif dans la démarche. Pour certains médecins, le courrier d'information est l'occasion pour les patients de s'interroger sur la fragilité et d'amorcer la discussion avec le médecin traitant.

L'intérêt du projet de Gardanne est de rendre le patient acteur dans le dispositif en le faisant remplir lui-même le questionnaire avant de le faire remplir par les médecins : cela favorise la prise de conscience de sa fragilité et peut donc aider à ce qu'il accepte l'évaluation puis les préconisations à suivre. Gardanne travaille d'ailleurs sur un projet de salle d'attente

numérique : la volonté est de rendre le patient actif, de façon à ce qu'il s'interroge sur le système de santé, sur son état de santé et sur la pertinence de sa prise en charge. De ce fait, selon le responsable de la prévention de Gardanne, « en créant le besoin on crée la demande ».

Selon les données transmises sur Saint Etienne en décembre 2014, parmi les patients repérés fragiles, 29% ont refusé de s'inscrire dans la démarche. Pour les patients, surtout ceux qui ne se sentent pas fragiles, il est nécessaire qu'ils soient sensibles à la prévention. Comme s'interroge un médecin, « nos cultures méditerranéennes sont-elles vraiment adaptées à la prévention ? L'acculturation des patients à la logique de prévention est à envisager sur le temps long. De plus, il a pu ressortir des témoignages des médecins que certaines personnes âgées n'adhèrent pas à ce dispositif, considérant qu'elles ont déjà rencontré les spécialistes prenant en charge leur pathologie. Elles ne voient donc pas de plus-value à cette nouvelle offre.

Dans ce cas-là, la force de conviction du médecin est essentielle afin d'expliquer que l'évaluation correspond à un bilan complet qui n'est pas redondant avec les diagnostics préalablement réalisés. De plus, les patients concernés sont souvent des patients qui ont déjà pu être pré-repérés comme fragiles, avant l'expérimentation.

D'autres facteurs de non adhésion devront également être surveillés : coût financier, éloignement géographique...

Par ailleurs, la proximité du terrain est sans doute un levier de réussite pour le projet. Plus les acteurs du projet sont sur le terrain et proches des personnes fragiles, plus le parcours aura des chances de se mettre en place. L'adhésion des patients sera d'autant plus grande que les évaluations et préconisations pourront être réalisées près de chez eux et que le suivi de ces préconisations ne leur demandera pas beaucoup d'investissement financier. Ainsi le bilan des expérimentations de 2011 et 2012 sur le territoire stéphanois a révélé la tendance chez les patients à ne pas suivre les préconisations. Encore une fois, il est nécessaire de se rappeler que l'autonomie peut constituer un frein à l'adhésion. De ce fait, le partenariat stéphanois dans l'expérimentation actuelle est en cela une réussite car il propose un véritable accompagnement, à échéances régulières, des patients. A Nancy, les structures d'adressage pour les interventions sont prioritairement des structures de proximité.

La proximité ne se limite pas seulement aux visites à domicile. Elle peut se concrétiser par l'intervention de professionnels dotés d'un capital confiance élevé tels que les médecins des CSP ou par des appels téléphoniques réguliers et complets par des infirmières. Ces deux cas se retrouvent au sein des CSP dont l'un des atouts est d'offrir un véritable parcours attentionné au patient.

L'analyse menée par le groupe tant sur le déroulement du projet que sur l'adhésion des acteurs, personnel et patients, permet, à ce stade, de formuler un certain nombre de pistes permettant de perfectionner la démarche de repérage et de prise en charge de la fragilité.

5. PRECONISATIONS

5.1. Tableau synoptique des préconisations

thématique	Actions observées	Points forts	Points faibles	Préconisations
Gestion de projet	Gestion du projet par amorce itérative	saisir les opportunités qui se présentent	Projet partiellement mûri	Fixer un socle minimum de préparation pour le lancement du dispositif.
	Gestion du projet en local selon le contexte et les opportunités	S'adapter au contexte local et s'appuyer sur les bonnes volontés	Peu d'homogénéité	Concevoir une organisation cible pour le parcours avec adaptations possibles en local
Partenariat	Assistants sociales des Mines non inclus dans le dispositif	Partenariat externe qui enrichit le dispositif d'autres expertises et connaissances	Volet social peu développé Expertise interne non mise à profit Coût supérieur du suivi	Privilégier le personnel Filieris pour le suivi des préconisations
				Arbitrer entre le suivi à domicile et le suivi par téléphone
Pilotage	Pilotage du dispositif en local essentiellement assuré par le Directeur médical national	Maintien du cap stratégique	Faible supervision locale du projet et faible management des équipes Projet chronophage pour le Directeur médical national	Revaloriser le rôle de coordonnateur local
				Créer des référents prévention par CSP
	Pilotage non formalisé en interne	Souplesse dans le pilotage	Réunions irrégulières Absentéisme Pas de réunion stratégique nationale	Hiérarchiser le pilotage du dispositif Organiser des réunions régulières
Pilotage	Réunions avec les partenaires sur le dispositif	Réunions organisées lorsque des problématiques apparaissent. Partenaires présents dans des réunions CSP	Réunions irrégulières	Créer un comité de pilotage du dispositif inter-partenarial et confier au coordonnateur la représentation Filieris

Thématique	Actions observées	Points forts	Points faibles	Préconisations
le rôle des CSP	Filtrage plus ou moins fort en termes de repérage selon les expérimentations	Utilisation de la grille de repérage comme pré-repérage pour réduire le nombre de faux positif	Risque de faux positif élevé pour la grille de repérage Augmentation du temps nécessaire si double filtre	Mettre en place le pré-repérage et former le personnel Mettre en place une formation gériatrique à destination des médecins des CSP
	Refus de prise en charge de la phase administrative par les secrétaires à Saint-Etienne		Prise de RDV en décalé qui ne facilite pas la compliance des patients Charge administrative qui repose sur le médecin	Créer un groupe de travail afin d'améliorer la coordination et éventuellement revoir la répartition des rôles entre médecins, secrétaires et partenaires
Formation	Un niveau très hétérogène dans la connaissance du dispositif par le personnel, qui se limite souvent à une vue générale du parcours	Une connaissance globale du parcours et des acteurs Un intérêt pour la notion relativement présent	Une méconnaissance de ce que recouvre l'évaluation gériatrique standardisée	Mettre en place des formations dédiées à la sensibilisation et à la maîtrise du dispositif
				Créer des supports écrits techniques
				Proposer aux médecins une visite du parcours
Outils d'échanges entre acteurs	Remplissage de la grille et outils d'échange entre les acteurs sous forme papier. Echange par courrier et fax		Lourdeur administrative et temps perdu pour l'envoi Risque de perte des documents Risque d'échanges limités entre les partenaires	Créer un applicatif informatique national de gestion du dispositif, si possible inter partenarial
de communication	Envoi d'un courrier à destination des patients de plus de 70 ans à Saint-Etienne	Communication envers les personnes cibles afin de prévenir et d'inciter les patients à accepter ce repérage		Généraliser l'envoi de ce courrier dans les autres expérimentations
	Affiche de communication à Saint-Etienne	Informersur le repérage en amont de la visite		Systématiser les affiches dans les salles d'attente et dans des espaces relais

thématique	Actions observées	Points forts	Points faibles	Préconisations
de Outils supervision	Fiche de suivi au niveau des CSP Tableau national par expérimentation	Supervision par médecin et par semaine Comparaison entre les expérimentations	Tableaux non régulièrement mis à jour	<p>Systématiser la remontée régulière des résultats et à terme automatiser la remontée via l'appli national</p> <p>S'appuyer sur les indicateurs conçus par le groupe</p>
Moyens financiers	En majorité, une innovation mise en place à moyens constants	Un coût très limité	Un développement contraint à cette limitation financière	Pérenniser le dispositif et faire évoluer l'action des CSP en évaluant et en allouant une enveloppe financière dédiée

5.2. Détails des préconisations

Les préconisations portent sur les éléments caractéristiques du déroulement du projet précédemment analysés.

5.2.1. Gestion de projet

- ▼ **Fixer un socle minimum de préparation pour le lancement du dispositif en termes de gestion de projet**
 - Au niveau de la définition du parcours : identifier pour chacune des trois phases, les acteurs, les outils créés et les outils de supervision préparés
 - Au niveau des partenariats : formaliser les partenariats avec les acteurs essentiels du parcours à travers un protocole d'accord, et programmer des réunions régulières.
 - Au niveau de la préparation des CSP : réaliser tout d'abord des réunions de sensibilisation avec argumentaire général, puis des réunions d'information sur le dispositif et le rôle de chacun de façon très opérationnelle.
- ▼ **Concevoir une organisation cible pour le parcours avec adaptations possibles en local**
 - Fixer à moyen terme par directive nationale un modèle de base pour le parcours.
 - Encadrer Les adaptations locales indispensables pour s'accorder aux opportunités et spécificités locales.

Le but est de pouvoir proposer un modèle, il doit donc être homogène dans son application afin de produire des résultats consolidés au national.

5.2.2. Partenariat

▾ Privilégier le personnel Filiéris pour le suivi des préconisations

Cela permet à la fois de réduire les coûts du suivi et de faciliter les échanges d'information entre les médecins traitants et le personnel chargé du suivi.

▾ Arbitrer entre le suivi à domicile et le suivi par téléphone

Les deux types de suivi ont des avantages : Le suivi à domicile peut augmenter la compliance des patients. Le suivi par téléphone a un coût réduit. Le plus important semble surtout être le nombre de contacts du suivi, afin de relancer plusieurs fois le patient pour qu'il respecte son PPP. Cet arbitrage devra donc passer par une analyse coûts/résultats.

▾ Formaliser un partenariat avec l'ANGDM

En dehors des infirmières, les assistantes sociales pourraient prendre une part importante dans le dispositif à la fois pour le volet social dans le bilan et pour le suivi des préconisations. Pour cela il est nécessaire de conclure une convention avec l'ANGDM puisque son fonctionnement est séparé de Filiéris.

5.2.3. Pilotage

▾ Revaloriser le rôle de coordonnateur du projet au local

Ce coordonnateur serait responsable de la prévention au sens large afin de garantir la cohérence du projet. Il serait sélectionné selon sa capacité à manager et fédérer les équipes. Le Directeur médical national lui déléguerait toute l'organisation et la supervision du projet au niveau de la CARMI ainsi que les missions de représentation de Filiéris auprès des partenaires. Il serait le relais d'information entre le local et le national.

▾ Créer des référents par CSP

Un référent prévention serait identifié au niveau de chaque CSP afin de s'assurer d'un relais du coordonnateur au plus près du terrain et au quotidien. Il serait un appui au personnel, un relais d'information, et aurait pour missions de s'assurer que chacun connaisse son rôle et remplisse sa mission de prévention. Il serait désigné par le coordonnateur responsable prévention de la CARMI.

▾ Hiérarchiser le pilotage du dispositif

- Créer un comité de pilotage national
Ce comité de pilotage national des actions de prévention serait interne à Filiéris. Il serait piloté par le Directeur médical national et réunirait l'ensemble des coordonnateurs des CARMI. Il pourrait prendre place une fois par trimestre, au minimum trois fois par an. Le dispositif de repérage de la fragilité ne serait pas le seul dispositif à être abordé puisqu'il concernerait l'ensemble des actions de prévention.
- Organiser des réunions directeur médical / coordonnateur responsable prévention
Ces réunions pourraient avoir pour périmètre la prévention au sens large. Cependant, dans un premier temps en fonction de la maturité des projets de repérage de la fragilité, elles pourraient se limiter au suivi de ce seul dispositif. Leur fréquence serait plus régulière que les réunions du COPIL et leur organisation plus souple. Elles seraient complétées par des échanges d'informations réguliers et dématérialisés entre le directeur et les coordonnateurs responsables prévention.

- Organiser des réunions entre les coordonnateurs et les référents
Des réunions seraient prévues a minima deux fois par mois entre le coordonnateur et le référent prévention de chaque CSP concerné, en binôme de manière plus ou moins informelle. Ce dispositif serait complété par des réunions plénières avec l'ensemble des référents pour garantir le niveau d'information. Le Directeur médical national pourrait participer exceptionnellement à ces réunions regroupant l'ensemble des pilotes locaux de la CARMI dans le champ de la prévention afin notamment de montrer l'implication et le suivi de la Caisse nationale.
- Organiser le relais d'information entre le référent du CSP et le personnel
Si des réunions de service apparaissent difficiles à mettre en place au vu de la spécificité des CSP, la présence du référent au quotidien permettrait de servir de relais d'information ascendante comme descendante. Des réunions au fil des besoins pourraient être envisagées afin de remotiver les équipes et de rappeler les rôles de chacun, l'organisation du dispositif, ainsi que de régler les problèmes éventuels. Le coordonnateur serait présent à ces réunions.

▼ Organiser des réunions régulières

Réunions	Echéances
Comité de pilotage prévention national	Trois à quatre fois par an
Comité prévention CARMI (Directeur/ coordonnateur)	Tous les mois avec échanges dématérialisés réguliers
Réunions coordonnateur / référents par CARMI	Entre deux et cinq fois par mois selon le degré de maturité du dispositif
Point prévention dans les CSP	Au fil des besoins avec rappel régulier des consignes

▼ Créer un comité de pilotage du dispositif inter-partenarial

Le dispositif de Saint-Etienne devrait être généralisé à toutes les expérimentations : des réunions régulières, réunissant l'ensemble des partenaires. Ce comité de pilotage aurait l'avantage de favoriser les échanges entre acteurs, les positionnements stratégiques et les réponses aux problèmes rencontrés dans les connexions inter partenariales. Il s'agirait de confier au coordonnateur responsable prévention de la CARMI la représentation Filiaris dans ce comité de pilotage

En parallèle, des échanges réguliers et dématérialisés entre ces représentants favoriseraient la fluidité du parcours.

5.2.4. Répartition des rôles entre le personnel des CSP

▼ Mettre en place le pré-repérage et former le personnel à son utilisation

Le pré-repérage consiste à faire remplir la grille de repérage par une secrétaire, une infirmière ou une assistante sociale en amont de la visite médicale. Cela revient donc à créer une sorte de double filtre afin de réduire les risques de faux positifs assez élevés avec la grille de repérage. Cela est important en termes de gestion de projet car la mise en place d'un tel filtre va nécessiter une formation à destination de ceux qui l'assureront.

▼ Mettre en place une formation gériatrique à destination des médecins des CSP

Si le pré-repérage est mis en place, il serait redondant de faire utiliser la grille de repérage à nouveau par le médecin. La spécificité de Nancy, c'est-à-dire la formation des médecins des CSP à l'évaluation gériatrique de premier recours est à généraliser. L'évaluation faite par les médecins serait donc a minima un repérage plus poussé, voire une évaluation gériatrique si les CSP sont équipés.

▼ **Créer un groupe de travail afin d'améliorer la coordination et de revoir la répartition des rôles entre médecins, secrétaires et partenaires**

Ce groupe de travail permettrait de comptabiliser le temps investi par chacun dans le dispositif de manière objective, et de répartir les rôles et missions entre les médecins, les secrétaires des CSP et les partenaires. Le but est de créer une procédure dont la bonne utilisation serait vérifiée par le référent et le coordonnateur. L'objectif de ce travail est de faciliter la résolution de problème et de rechercher l'efficacité et de faciliter le parcours du patient afin que cette partie administrative ne nuise pas à sa compliance.

5.2.5. Formation

▼ **Former le personnel à l'utilisation de la grille de repérage**
(cf. point sur la répartition des rôles entre le personnel)

▼ **Mettre en place des formations dédiées à la sensibilisation et à la maîtrise du dispositif**

Les formations devraient concerner l'ensemble du personnel des CSP. Elles poursuivraient plusieurs objectifs pédagogiques : sensibiliser le personnel pour emporter son adhésion au repérage de la fragilité, et améliorer sa connaissance concrète du dispositif dans sa globalité en identifiant le rôle de chacun et mutualiser les bonnes pratiques en capitalisant sur les perceptions différentes, les regards croisés et les expériences.

Ces formations constitueraient un levier formidable pour améliorer le nombre de patients détectés fragiles, comme le montre l'expérience de Nancy.

▼ **Créer des supports écrits techniques**

- Mettre à disposition des médecins des fiches descriptives pour chaque étape par exemple : une fiche listant les actes de l'évaluation gériatrique standardisée (EGS)

▼ **Proposer aux médecins une visite du parcours**

Les médecins auront ainsi une vision globale du parcours et de l'action des partenaires. La visite comprendrait à la fois une EGS, un rendez-vous préconisations et un suivi (à domicile ou téléphonique)

5.2.6. Outils d'échanges entre acteurs

▼ **Créer un applicatif informatique national de gestion du dispositif, si possible inter partenarial**

Cet applicatif engloberait toutes les étapes du parcours :

- Remplissage informatique de la grille de repérage
- Echanges dématérialisés des informations entre partenaires
- Stockage des informations nécessaires sur un fichier par patient avec des niveaux d'habilitation différents selon l'acteur et l'étape (précaution CNIL à prendre)
- Planning des rendez-vous partagés, ce qui permettrait aux secrétaires médicales des CSP de prendre directement le RDV pour l'EGS

Si un tel applicatif se révélait délicat à mettre en place, a minima privilégier les échanges informatiques entre les acteurs du parcours pour l'envoi des documents (le dossier patient du médecin au CH, le bilan, le PPP et les commentaires vers le médecin traitant, le suivi du PPP et les commentaires des acteurs du suivi...)

5.2.7. Outils de supervision

▼ Systématiser la remontée régulière des résultats

Ces statistiques sont essentielles afin d'évaluer l'intérêt du dispositif. L'ensemble des expérimentations a vocation à développer ce suivi des résultats par tableaux. A leur niveau les référents et le coordonnateur devraient s'assurer de la mise à jour régulière des tableaux. Ils pourraient être intéressants qu'ils soient automatisés dans l'applicatif informatique.

▼ S'appuyer sur les indicateurs conçus par le groupe

Le groupe a conçu un découpage en processus du parcours : pour chaque étape, les objectifs, les acteurs, les outils, le délai. Il s'est appuyé sur ce travail pour identifier, à chaque stade, les risques potentiels afin de formuler des indicateurs à suivre¹¹. Une partie de ces indicateurs est déjà suivie au niveau des CSP. L'élargissement du suivi permettrait d'améliorer la supervision et d'objectiver les résultats du projet.

5.2.8. Moyens financiers

▼ Pérenniser le dispositif et faire évoluer l'action des CSP en allouant une enveloppe financière dédiée

Cela permettrait en particulier d'augmenter le temps de prise en charge du repérage par les médecins dans le cas d'une première évaluation gériatrique et de diversifier les actions proposées, notamment dans le domaine social. Le financement de ces actions constitue un levier pour ancrer le rôle de la Caisse des mines dans le repérage de la fragilité et encourager son innovation, moteur de son avenir.

¹¹ Cf. Annexe

Les expérimentations de repérage et de prise en charge de la fragilité constituent un enjeu de taille pour le régime des Mines-: démontrer le savoir-faire de son réseau de soins et les atouts de son offre de santé ambulatoire. Expérimenter sur le champ de la fragilité offre ainsi l'opportunité d'être visible sur un enjeu innovant, sur une thématique en quête d'un modèle opérationnalisant les recherches et harmonisant les diverses expérimentations.

Notre recherche action s'est construite dans cette dynamique sur le versant de la gestion de projet. Elle s'est appuyée sur une analyse de la mise en place des expérimentations afin de proposer des axes de progrès dans les différents domaines clefs à la construction et au lancement d'un tel dispositif.

Si se positionner sur le champ de la fragilité est une opportunité pour la Caisse des Mines, la configuration de son offre de santé Filiaris est un atout pour tester le dispositif. En effet, le réseau peut être vu comme un laboratoire d'expérimentations de santé publique : sa taille et sa forme permettent une mise en œuvre rapide tout en produisant des résultats représentatifs et extrapolables pour le national. L'étude des résultats permet ensuite de prendre une décision éclairée sur la généralisation ou non du dispositif.

Si une généralisation du repérage et de la prise en charge de la fragilité apparaît souhaitable, l'action sur la fragilité ne doit pas être considérée comme une fin en soi. Au contraire, elle forme une partie d'un ensemble plus vaste qui est la prévention et qui doit s'imposer dans un changement de paradigme tant du point de vue des professionnels de santé que des assurés. Cela consiste d'une part à changer la manière de voir et de pratiquer la médecine en France, de prendre soin de sa santé et d'être actif dans la préservation de ce capital d'autre part.

Pour que le focus sur la prévention puisse être suffisamment significatif, il est nécessaire de financer des actions spécifiques qui ne sont prises en charge qu'à la marge dans les paniers de biens et services des régimes. Les préconisations sociales dans les PPP du parcours fragilité sont l'exemple même de ces interventions préventives qui ont un fort impact sur la santé. Les démarches d'évaluation et les études d'impact des actions sur la fragilité doivent contribuer à orienter les décideurs dans leurs choix de financement.

Enfin, il faudrait veiller à ce que les actions de prévention, dont font partie les actions sur la fragilité, visent les populations qui en ont le plus besoin, c'est-à-dire les populations qui ne sont pas sensibilisées à la préservation de leur capital santé. Sans cela, elles pourraient contribuer à accroître les inégalités d'exposition aux risques notamment celui du vieillissement. Des études transversales populationnelles en amont de la mise en œuvre des dispositifs de prévention permettrait alors de cibler ces actions sur les territoires les plus en difficultés, dans une logique de rentabilité des investissements en santé publique. Une fois ciblée, cette population représente un vrai défi en termes d'intégration dans des parcours de prévention tels celui de la fragilité. C'est là toute l'importance et tout l'enjeu de se doter, en amont, de circuits de travail coordonnés, de parcours de prise en charge fluides et efficaces et de maintenir une adhésion forte de l'ensemble des acteurs du parcours pour convaincre, accompagner, intégrer, bref, agir durablement en prévention.

▀ **Ouvrages et articles**

Rockwood KI et al. (1994) – Frailty in elderly people : an evolving concept – *CMAJ*, 150 : 489-95

Fried L.P., Tangen C.M, Walston J et al. (2001), - Frailty in older adults : evidence for a phenotype – *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 56 : M146-M156

Beland F., Michel H (août 2013) .- La fragilité des personnes âgées : définition, controverses et perspectives – *Presses de l'EHESP*

Sirven N. (février 2013) – Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, une approche en économie de la santé – *Questions d'économie de la Santé n°184 Février 2013* - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes184.pdf>

Sirven N. (avril 2013) - Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE – *IRDES DT n °52 bis* - <http://www.irdes.fr/>

HAS (juin 2013) – Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? – *Point clés et solutions...organisation des parcours* – <http://www.has-sante.fr>

HAS (décembre 2013) – Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? – *Point clé et solutions...organisation des parcours* – http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

Béland, François et al. (dir.) 2006a. « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles: une expérience québécoise », dans Gaétan Morin, *Le système sociosanitaire au Québec: gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Chenelière Édition, 219-242

Béland F, Bergman H, Lebel P, Lespérance K, Denis J-L, Tousignant P, Contandriopoulos A-P, Boivin J-F, Morales C. Chapitre 15 – Évaluation d'un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA). In : *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*. J-C. Henrard, O. Firbank, S. Clément, M. Frossard, J-P. Lavoie A. Vézina (éd.). - Paris : *INSERM en collaboration avec le ministère des Relations internationales du Gouvernement du Québec et le Consulat général de France à Québec. Collection : Questions Santé publique : 2001 :237–258*

Vedel I, Monette M, Lapointe L. - Portrait des interventions mises en place au sein des groupes de médecine de famille pour les patients avec des troubles cognitifs liés au vieillissement (TCV) (La Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées). - *Etude réalisée à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de l'implantation de plan d'action ministériel. 2012*

Lafortune L., Béland F. et Bergman H. - Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique - *Revue vie économique*, volume 3, numéro 1

Barrelon M.O., Béland F., Gonthier R., Gaucher J.F.(2013) - Repérage de la fragilité et mise en œuvre de mesures d'accompagnement chez 148 sujets âgés de plus de 75 ans sous-consommateurs de soins – *L'année Gérontologique 2013*, p 29

Agence Presse Médicale – 22/04/2013 – La fragilité répandue chez les plus de 75 ans sous-consommateurs de soins

▼ Rapports

HCAAM (juin 2011) – Assurance Maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées – Rapport du HCAAM du 23 juin 2011 – http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

▼ Documents de travail ou séminaires de recherche

Séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé par le LIRAES Université Paris Descartes en partenariat avec l'IRDES - La prévention de la perte d'autonomie La fragilité en questions – Apports, limites et perspectives
Le Livre Blanc « repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles - *Document de travail, 1^{er} octobre 2014*

▼ Site Internet

Le site du groupe de recherche québécois SOLIDAGE : <http://www.solidage.ca>

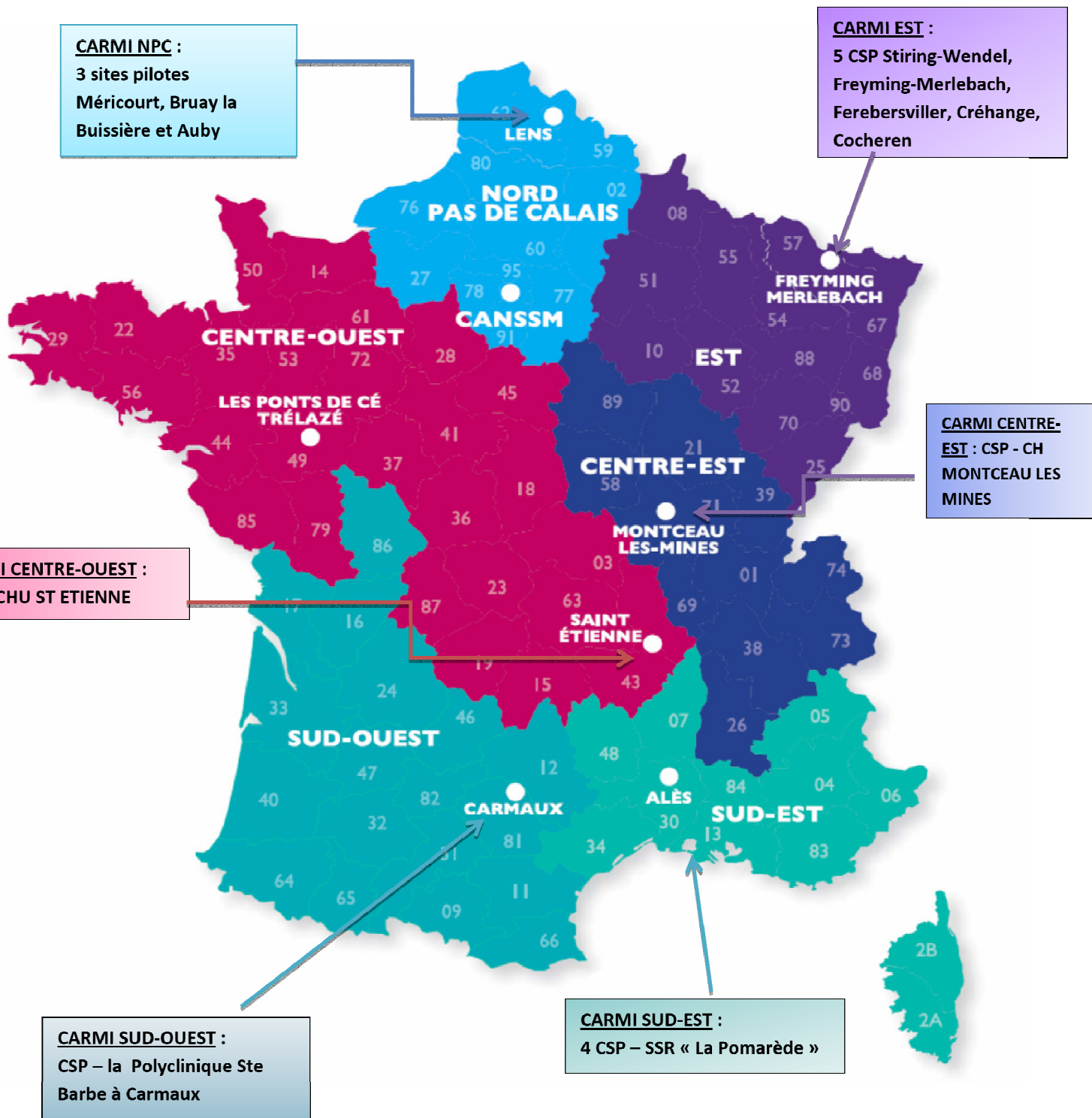
▼ Annexe 1 – Grille d'analyse des expérimentations utilisée pour les entretiens

		Quel est le projet évalué ? Quand a-t-il commencé ? A quelle étape en est-il (en réflexion, en cours d'élaboration, en test auprès d'un échantillon, déjà engagé et ayant produit des effets)?
acteurs	Genèse du projet	La motivation vient-elle d'un premier repérage d'enjeux, de difficultés fait par les acteurs locaux ? Découle-t-elle d'une démarche nationale ?
		S'agit-t-il d'un acteur unique qui a fait valoir l'intérêt de son projet auprès d'autres? S'agit-t-il d'une synergie d'acteurs qui ont un projet collectif ?
	Calendrier	Quand a été lancé le projet ?
		Les échéances fixées ont-elles été respectées ?
	partenariat	Un portage de projet unique ou partenarial ?
		Existe-t-il une diversité d'acteurs impliqués ? Tous les partenaires agissant dans le domaine sont-ils impliqués ? si non pourquoi ?
		Quel niveau de reconnaissance mutuelle ? existe-t-il des liens fonctionnels entre les partenaires avant le projet (par exemple entre les libéraux et les hospitaliers)
		Existe-t-il un cadrage/ une formalisation de ce partenariat ?
	Coordination	Des temps d'échange sont-ils prévus ? (avec des groupes de travail des temps institués de rencontres collectives ?)
	Circuit de repérage et de prise en charge	Existe-t-il un coordonnateur du dispositif ? s'agit-il d'un des partenaires (et dans ce cas, qui lui a octroyé ce rôle ?) ? Est-ce qu'une tierce personne engagée pour jouer ce rôle ?
Un circuit a-t-il été décrit / formaliser pour repérer et prendre en charge les patients ? (expl : repérage par les travailleurs sociaux, vérification par le médecin traitant, test plus poussé à l'hôpital de jour...)		
Adhésion du personnel	Chaque partenaire, acteur de terrain a-t-il bien saisi le circuit, est-t-il a même de l'explicitier ?	
Rôle donné aux patients	Le personnel médical et paramédical a-t-il été impliqué dans la réflexion (A quel moment)? Dans la construction des outils, des procédures de repérage, de prise en charge, de suivi ?	
moyens	outils de communication	Le patient est-il un bénéficiaire ou un acteur de son parcours ?
	outils de suivi, de repérage	Des outils ont-ils été créés ? A destination des professionnels ? des personnes âgées ? des réseaux de ces personnes (associations, aidants...)? Ces outils permettent-ils de rendre les circuits et le dispositif intelligible pour le patient ?
	financement	Ont-ils été créés en commun ? tous les partenaires ont-ils été associés à la création de ces outils ? Sont-ils utilisés par tous ceux à qui ils sont destinés ? Quelle est leur plus value ? (expl : rappel téléphonique des PAF par les secrétaires avant RV, fiche de transmission des informations entre partenaires) Des processus de travail transversaux ont-ils été définis ?
Spécificité		Quels moyens financiers ont été déployés ? par qui ? pour quoi ?
		Parcours de prise en charge
		L'expérience pourrait-elle être reproduire en l'état dans un autre secteur ? Est-ce qu'un ou des éléments la rend spécifiquement adaptée à une situation particulière locale ?
		Quels sont les points forts du projet ?
	Quels sont les axes d'amélioration ?	

Annexe 2 - Grille d'entretien à destination du personnel des trois CSP de Saint-Etienne inclus dans le dispositif de repérage de la personne âgée fragile

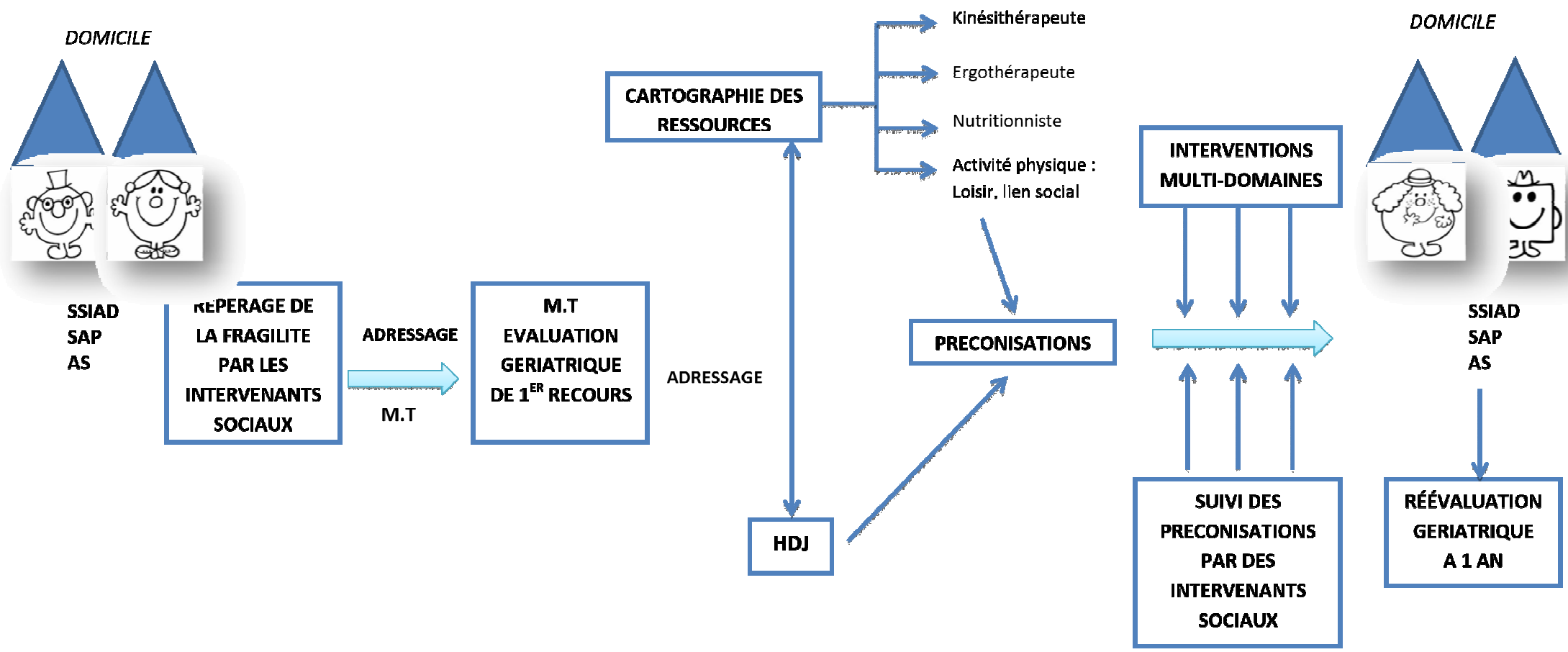
Adhésion du personnel	<p>D'une manière générale, pensez-vous qu'il est important d'agir sur la fragilité?</p> <p>Comment décririez-vous ce projet en quelques mots ?</p> <p>Quel est selon vous l'objectif de ce projet ?</p> <p>Quel en est l'intérêt à vos yeux ?</p> <p>Quel rôle vous a été attribué? Comment envisagez-vous ce rôle? Est-ce le même ? En quoi diffère-t-il ?</p> <p>Comment avez-vous été formé au repérage de la fragilité?</p> <p>Quelle méthode avez-vous choisie pour repérer les personnes âgées fragiles? (Médecins) Utilisez-vous la grille de repérage ? Si oui en l'état?</p> <hr/> <p>Quels sont les avantages et les inconvénients de ce projet ?</p> <p>Quels sont les points de vigilance ou les questionnements que vous avez à propos de ce projet ?</p>
partenariat	<p>Avez-vous des relations avec l'hôpital de jour de la Charité ? dans quel cadre travaillez-vous ensemble ? Comment qualifieriez-vous vos relations ?</p> <p>Savez-vous qui intervient dans ce projet ? Est-ce que vous voyez d'autres partenaires qui pourraient être impliqués ?</p> <p>Quelles sont à ce jour vos relations avec ces partenaires?</p>
Rôle donné aux patients	<p>Est-ce que le dispositif correspond à un besoin de vos patients selon vous ?</p> <p>Quelle adhésion pensez-vous que cette démarche va avoir auprès des personnes que vous repérez comme fragiles ?</p> <p>Comment amenez-vous la question de la fragilité avec le patient ? Quel rôle joue-t-il selon vous dans le projet (ou devrait-il jouer)? (médecins)</p>
outils de communication	<p>Savez-vous comment les patients sont informés par ce projet ? (existe-il des outils de communication leur expliquant le circuit et le dispositif ?)</p> <hr/> <p>Quels sont les outils de communication / de transmission que vous utilisez dans ce projet ?</p> <p>Auriez-vous des améliorations à apporter ?</p>

Annexe 3 - Cartographie des expérimentations Filieris



MODELE GENERAL DU REPERAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE
CHEZ LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 70 ANS EN SECTEUR AMBULATOIRE

RAPPORT D'ACTIVITE /Bruno Fantino /DMN / Version V3 du 5 août 2014



Annexe 5 - Tableau synoptique des parcours fragilité proposés par expérimentation

ETAPES	CARMI NORD PAS DE CALAIS en phase d'élaboration	CARMI EST (Nancy)	CARMI CENTRE (Montceau les Mines)	CARMI CENTRE OUEST (Saint-etienne)	CARMI SUD OUEST (Carmaux)	CARMI SUD EST (Gardanne)
repérage						
Lieu	Prévu sur les CSP de Bruay la Bussière, Méricourt et d'Auby	6 CSP	CSP de Montceau et au CSP de Vallier	CSP de Roche la Molière, La Ricamarie et Tarentaize	CSP de Carmaux	CSP de Gardanne et Gréasque
Acteurs	Prérepérage par les secrétaires avant visite médicale	Médecins et infirmières des CSP	Médecins des CSP	Médecins des CSP	Médecins des CSP	Prérepérage par les secrétaires avant visite médicale
Outils	Auto-questionnaire créé Grille informatisée co-développé avec CHU d'Angers	Grille créée avec le CH de Nancy	Grille GFST	Grille GFST et ajout sur l'autonomie du patient et la qualité du sommeil	Grille GFST	Grille GFST en auto questionnaire
Evaluation et préconisations						
Lieu	Négociations en cours avec une clinique de l'AHNAC	Dans les 6 CSP (Interne)	CH de Montceau les mines	HDJ gériatrie au CH de La Charité à St-Etienne	Polyclinique de Sainte Barbe de Carmaux (Interne)	CH de Aix ou AP-HM
Acteurs	ND	Médecins et infirmières CSP formés à une évaluation gériatrique	Ressources du partenaire	Ressources du partenaire	Géiatre, IDE, assistante sociale	Ressources du partenaire
Suivi						
Suivi des préconisations	Outil informatique de suivi des patients prévu	Evaluation 9 mois après la première orientation	Suivi par téléphone de l'IDE à 1, 3 et 12 mois.	Visite à domicile par l'AIMV ergothérapeute, assistante de soins en gérontologie) à 3, 6, 12 mois	appel téléphonique de l'IDE à 1, 3 et 12 mois Bilan effectué 12 mois après et comparaison	En cours de négociation appel téléphonique de l'IDE à 1, 3 et 12 mois envisagé

Annexe 6 - Auto-questionnaire Nord Pas de Calais

Items Auto-Evaluation Gériatrique Standardisée	
Poids	1. Avez-vous perdu 4 kg involontairement au cours de la dernière année ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aides	2. Recevez-vous de l'aide dans votre vie pour faire les actes de vie de tous les jours ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui préciser : <input type="checkbox"/> Parent et/ou <input type="checkbox"/> Ami et/ou <input type="checkbox"/> Professionnel)
Prise médicaments	3. Combien de médicaments différents prenez-vous par jour ? _ : _ : _
Neurosensoryiel	4. Avez-vous des problèmes de vue <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui préciser : port de lunette) 5. Avez-vous des problèmes d'audition ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui préciser : port appareil auditif)
Questionnaire plainte mnésique	6. Votre entourage vous a-t-il fait remarquer au cours des 12 derniers mois que vous aviez des problèmes de mémoire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
ADL	7. Faites vous seul votre toilette ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 8. Faites vous seul vos soins d'apparence corporelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 9. Vous habillez vous seul ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 10. Vous déplacez-vous seul et sans aide technique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 11. Mangez-vous sans aide ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 12. Perdez vous vos urines ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui : <input type="checkbox"/> un peu, <input type="checkbox"/> modérément, <input type="checkbox"/> beaucoup)
IADL	13. Utilisez-vous seul le téléphone ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 14. Utilisez-vous seul les moyens de transport ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 15. Prenez-vous seul vos médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 16. Gérez-vous seul votre budget ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Humeur	17. Quel est votre sentiment actuel ? <input type="checkbox"/> Très malheureux <input type="checkbox"/> Malheureux <input type="checkbox"/> Ni l'un ni l'autre <input type="checkbox"/> Heureux <input type="checkbox"/> Très heureux
Fatigue	18. Vous sentez vous plein d'énergie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Activité physique	19. Êtes-vous capable de vous lever d'une chaise 5 fois de suite Sans vous aider des Mains ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Chute	20. Avez-vous au cours de l'année précédente au moins fait une chute ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui préciser : <input type="checkbox"/> au moins deux chutes)

Items 2 + 17 + 19 (mains) = SFO index :

Aucun de ces items : Robuste

Un des 3 items : En voie de fragilité

Deux des 3 items : Fragile

Calcul score FI-CGA :

	0	1	2
Cognition	Item 7 : non	-	Item 7 : Oui
Humeur	- Item 17 : heureux ou très heureux Ou - Item 18 : Oui	Items 17 : ni l'un ni l'autre	- Items 17 : malheureux ou très malheureux Ou - Item 18 : Non
Communication	Items 4 et 5 : non	Items 4 ou 5 : Oui	Items 4 et 5 : Oui
Mobility/ balance	- Item 19 : Oui Ou - Item 20 : Non	Item 20 : une chute	- Items 19 : Non Ou - Item 20 : deux chutes
ADL	Total Items 7-12 : ≥ 5 points	Total Items 7-12 : 4-3 points	Total Items 7-12 : ≤ 2 points
IADL	Total items 13-16 : 4 points	Total items 13-16 : 3 points	Total items 13-16 : < 2 points
Nutrition	Item 1 : non	-	Item 1 : oui
Recours à service	Item 2 : Non	Item 2 : Oui parent/ami	Item 2 : Oui professionnel
Comorbidity	Item 3 : ≤ 4	Item 3 : 5-8	Item 3 : ≥ 8
Incontinence	Item 12 : Non	Item 12 : un peu	Item 12 : \geq modérément ou beaucoup

Trois niveaux de fragilité:

- Léger : score entre 0 et 7 (sujet vigoureux)
- Modéré : score entre 8 et 12 (sujet en voie de fragilité)
- Sévère : score supérieur ou égale à 13 (sujet fragile)

Annexe 7 - Grille de repérage pour la CARMI Est (Nancy) réalisée avec le CH de Nancy

DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITÉ	
> POPULATION CONCERNÉE :	
1/ Hommes et femmes >70 ans	
2/ consultant dans les centres de la CARMI	
3/ pouvant de façon autonome :	
> se laver	
> s'habiller	
> aller aux toilettes	
> faire les transferts et les déplacements	
 REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ 	
Basé sur les critères suivants (adapté PAQUID et SEGA) :	
1 Support social inadéquat, isolement	<input type="checkbox"/>
2 Logement inadapté	<input type="checkbox"/>
3 Baisse des activités, réduction des déplacements, marche instable, hésitante ou très lente	<input type="checkbox"/>
4 Négligence récente du corps ou de l'environnement	<input type="checkbox"/>
5 Déficience sensorielle mal compensée	<input type="checkbox"/>
6 Comportement inadapté (démotivation globale, déclin des fonctions cognitives, dépression avérée)	<input type="checkbox"/>
7 Amaigrissement >5% sur 6 mois (hors régime volontaire)	<input type="checkbox"/>
8 Polymédication >4 médicaments prescrits de façon chronique	<input type="checkbox"/>
9 Hospitalisations itératives non programmées (>2 au cours des 6 derniers mois)	<input type="checkbox"/>
10 Chute(s) au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>
Total <input type="checkbox"/>	
 ≥ 5 DES CRITÈRES DONT AU MOINS 1 NOUVEAU DEPUIS < 6MOIS 	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
* Réalisé dans le cadre d'une consultation (MT, IDE, Centre d'examen, CARMI...)	
Durée env. 10 min	

Annexe 8 - Grille de repérage pour la CARMI Est (Nancy) réalisée avec le CH de Nancy

DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITÉ

> POPULATION CONCERNÉE :

1/ Hommes et femmes >70 ans

2/ consultant dans les centres de la CARMI

3/ pouvant de façon autonome : > se laver
> s'habiller
> aller aux toilettes
> faire les transferts et les déplacements

REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ'

Basé sur les critères suivants (adapté PAQUID et SEGA) :

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 1 | Support social inadéquat, isolement | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Logement inadapté | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Baisse des activités, réduction des déplacements, marche instable, hésitante ou très lente | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Négligence récente du corps ou de l'environnement | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Déficience sensorielle mal compensée | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Comportement inadapté (démotivation globale, déclin des fonctions cognitives, dépression avérée) | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Amaigrissement >5% sur 6 mois (hors régime volontaire) | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Polymédication >4 médicaments prescrits de façon chronique | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Hospitalisations itératives non programmées (>2 au cours des 6 derniers mois) | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Chute(s) au cours des 6 derniers mois | <input type="checkbox"/> |

Total

**≥ 5 DES CRITÈRES DONT AU MOINS 1 NOUVEAU
DEPUIS < 6MOIS**

OUI NON

ars
Agence Régionale de Santé

FILIERIS

CHU
NANCY

OHS

SANOFI

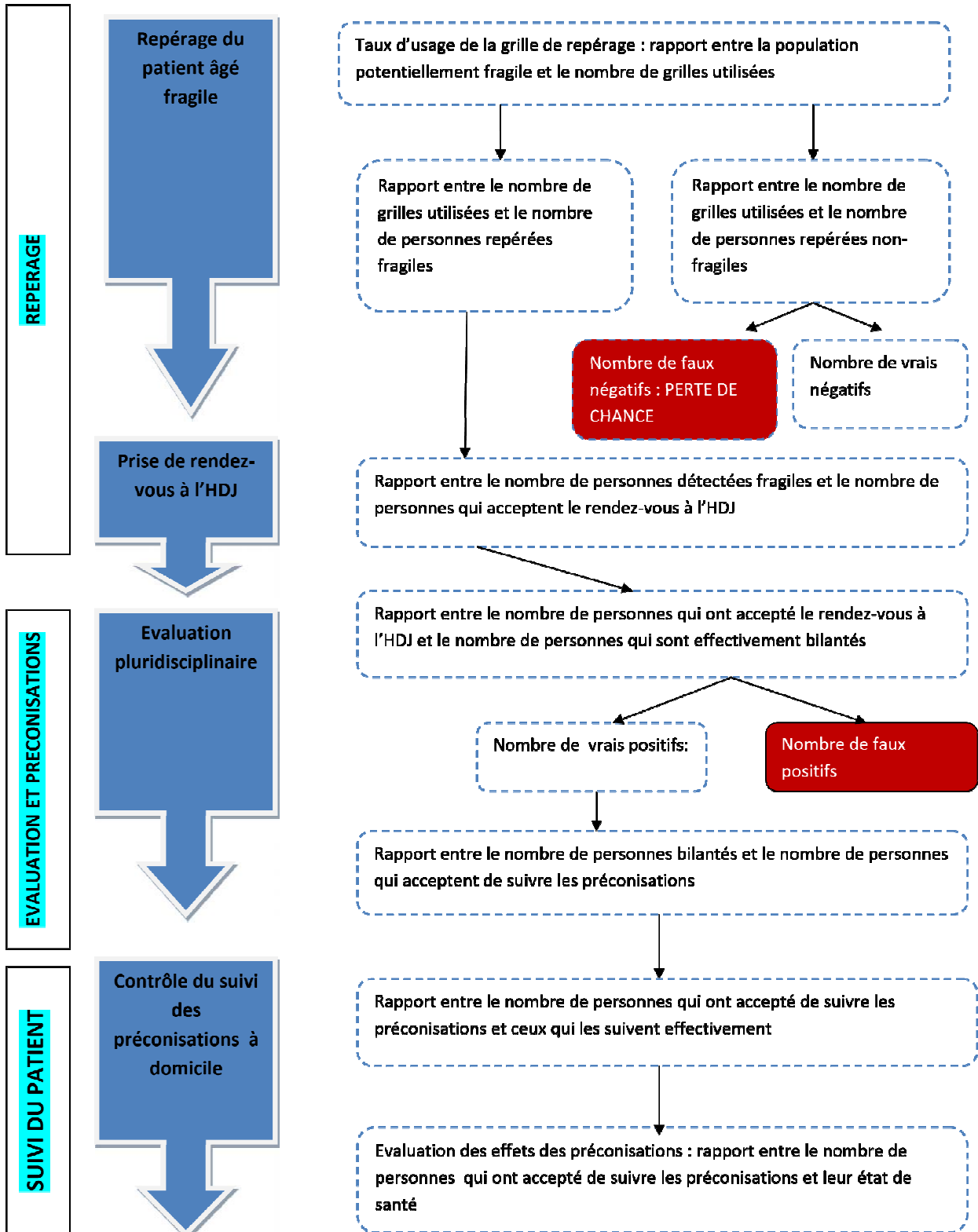
* Réalisé dans le cadre d'une consultation (MT, IDE, Centre d'examen, CARMI...)
Durée env. 10 min

service communication CARMI Est

Annexe 9 – Schéma des indicateurs créés par la recherche action

Les indicateurs créés au regard du parcours de prise en charge de la personne âgée fragile

La population potentiellement fragile : Pourcentage de patients de la file active des CSP âgés de plus de 70 ans



▼ Annexe 10 - Tableau de suivi par CARMi



**REPERAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE
TABLEAU SUIVI DES INDICATEURS**

CARMi (Préciser la région)	NBRE DE SUJETS REPERES COMME FRAGILES PAR LE MEDECIN DU CSP	TAUX D'ACCEPTATION POUR ADRESSAGE A LA CONSULTATION GERIATRIQUE	TAUX D'ABSENTEISME DES PATIENTS	PRECONISATIONS ISSUES DE LA CONSULTATION GERIATRIQUE FRAGILITE	
				NOMBRE	NATURE
Période du au					
Période du au					
Période du au					
Période du au					
Période du au					
Période du au					

DMN le 15 juillet 2014

tableau à compléter et à transmettre tous les 15 jours par mail à Mr Fantino bruno.fantino@secumines.org

L'OPERATIONNALISATION DU REPERAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA FRAGILITE : QUELLE GESTION DE PROJET ?

- ▼ Mélissa AUDUBEY– chef de projet
- ▼ Dieudonné BONAT
- ▼ François DIB
- ▼ Véronique GAY
- ▼ Cécile LHOMET

Directeur de projet : Dr Bruno FANTINO, directeur médical national CANSSM

Mots clés : fragilité, gestion de projet, vieillissement, prévention, régime des Mines, Filiaris

Agir sur la fragilité, en prévention de l'entrée en dépendance, constitue une réponse originale mais toujours marginale aux défis posés par le vieillissement de la population française. La présente recherche action est un repère pour l'action des décideurs qui souhaitent faire passer la fragilité de la théorie à la pratique. Elle établit des critères de réussite du repérage et de la prise en charge de la fragilité en termes de gestion de projet.

Trois sources de connaissance sont mobilisées:

- ▼ la littérature relative à la fragilité et aux conditions de sa prise en charge ainsi qu'à l'évaluation des projets de santé publique
- ▼ l'étude comparative de projets de prise en charge de la fragilité au sein ou en collaboration avec le régime des mines
- ▼ les entretiens semi-directifs réalisés principalement à Saint-Etienne avec des professionnels de la caisse des mines (professionnels de santé, secrétaires médicales, cadres administratifs) engagés dans la prise en charge de la fragilité

L'analyse produite amène à des constats nuancés. La bonne réactivité dont font preuve les organisations observées dans la conduite des projets sur la fragilité va de paire avec une mobilisation de compétences et des leviers de motivation qui gagneraient à être stimulés.

L'approche globale nécessaire à la bonne prise en charge des personnes fragiles suppose le dépassement du cloisonnement et de l'exercice solitaire des pratiques professionnelles. Le déploiement de tels projets nécessite une adaptation, non sans difficultés, des pratiques de pilotage, de formation continue, de partenariat et de communication. Ces champs font l'objet de préconisations. Elles invitent les différents acteurs à mieux travailler ensemble et à davantage relier le stratégique à l'opérationnel.

En termes de financement, la prise en charge de la fragilité peut permettre une utilisation optimale des moyens existants d'une part, mais nécessite un effort financier pour élargir le panier de soins et de services accessibles aux personnes fragiles d'autre part. Cet investissement est à mettre en perspective avec les gains escomptés d'une entrée en dépendance retardée.

Ainsi, les actions engagées par la caisse des mines sur la fragilité constituent un véritable laboratoire pour la connaissance, au carrefour des enjeux de performance de notre système de protection sociale et de fonctionnement de nos organisations.