



Enjeux éthiques à la formation des étudiants et des professionnels dans le cadre d'une prise en charge préventive des effets morbides du vieillissement

Benoit Tudrej

► To cite this version:

Benoit Tudrej. Enjeux éthiques à la formation des étudiants et des professionnels dans le cadre d'une prise en charge préventive des effets morbides du vieillissement. Ethique. Université Sorbonne Paris Cité, 2015. Français. NNT : 2015USPCB198 . tel-01886960

HAL Id: tel-01886960

<https://theses.hal.science/tel-01886960>

Submitted on 3 Oct 2018

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

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

Université Paris Descartes

Ecole doctorale ED 262

Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion

Laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine Légale

EA 4569 « Ethique, Politique et Santé »

Enjeux éthiques à la formation des étudiants et des professionnels dans le cadre d'une prise en charge préventive des effets morbides du vieillissement

Par Benoit TUDREJ

Thèse de doctorat d'éthique médicale

Dirigée par Pr. Christian HERVE

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2015

Devant un jury composé de :

Rapporteur	Pr. Paccalin Marc (PU-PH)
Rapporteur	Dr. Halley Des Fontaines Virginie (MCU-PH)
Examineur	Pr. Saint-Jean Olivier (PU-PH)
Examineur	Pr. Mamzer-Bruneel Marie-France (PU-PH)
Examineur	Pr. Teillet Laurent (PU-PH)
Directeur de thèse	Pr. Hervé Christian (PU-PH)

Enjeux éthiques à la formation des étudiants et des professionnels dans le cadre d'une prise en charge préventive des effets morbides du vieillissement

Résumé

Introduction.

Bien que rappelé dans la loi de Santé Publique de 2004, la prise en charge des déterminants de santé liés au vieillissement est insuffisamment prise en compte dans la démarche de soins primaires par les médecins généralistes (MG).

Objectifs

En comprendre les raisons et révéler les tensions éthiques qui en découlent. Quelles pistes pour améliorer cette prise en charge ?

Méthodologie

Phase 1 : Entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes. Phase 2 : Analyse des comptes rendus d'hospitalisations. Phase 3 : Analyse d'une méthode de coordination ville-hôpital.

Résultats

Les MG reconnaissent faire de la prévention cardiovasculaire essentiellement. Pour les autres déterminants, ils sont favorables à un transfert de compétence dont le champ reste à définir, mais ils souhaitent rester au centre de la prise en charge préventive. Les services hospitaliers abordent peu la prévention du vieillissement et ne prennent le relai que sur ce qui relève de leur spécialité. Les raisons sont multiples dont notamment le mode de financement et une approche médicale par pathologie.

Conclusion

La médecine intégrée devrait permettre une prise en charge de ces déterminants au prix d'un changement de paradigme concernant l'organisation des soins allant au-delà d'une meilleure coordination interprofessionnelle et ville-hôpital.

Ethical issues in health care professionals' training on preventive care in ageing.

Abstract

Introduction

Although it is recalled in the 2004 public health law, taking care of health determinants linked to ageing is inadequately taken into account in the primary care procedure by general practitioners (GP)

Objectives

To understand the reasons and reveal the ethical tensions linked to this. How can we take care of this better?

Methodology

Phase 1: semi-directive interviews with GPs. Phase 2: analysis of hospital reports. Phase 3: Analysis of a hospital-GP coordination method.

Results

GPs acknowledge doing mainly cardiovascular prevention. For the other determinants, they are favourable to an area of competence transfer, but they want to remain central in the preventive action. Hospital wards do not deal much with ageing prevention and only deal with what is linked to their speciality. There are many reasons for this of which funding and a medical approach per pathology.

Conclusion

Integrated medicine should enable to take care of these determinants. The care organisation model will have to change with a better hospital -GP coordination.

Mots clés (français)

Ethique, médecine intégrée, vieillissement, prévention, santé publique

Keywords

Ethics, integrated care, aging, prevention, public health

A ma mère

Remerciements

Au Professeur Christian Hervé. Merci de votre soutien et de m'aider à grandir depuis la PCEM1. Vous me permettez d'être ce « nain sur les épaules d'un géant ». Merci de m'avoir appris à penser.

Au Professeur Marie France Mamzer. Merci de ta confiance et de me permettre mon développement personnel et professionnel au sein du LEM et de la SFFEM.

Au Professeur Marc Paccalin. Vous m'avez ouvert les portes de l'hôpital et de votre service pour que je puisse réaliser ce travail. Merci de votre confiance et de m'avoir permis d'exercer la gériatrie dans une réflexion éthique constante auprès du Dr. Migeon-Duballet notamment.

Au Professeur Olivier Saint-Jean. Mon intérêt pour la gériatrie a débuté en étant externe dans votre service. J'y ai découvert comment approcher les personnes âgées avec rigueur scientifique et exigence éthique. Vos enseignements résonnent dans ma pratique.

Au Professeur Laurent Teillet et au Dr. Virginie Halley Des Fontaines. Vous avez accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Aux Professeurs José Gomes, Philippe Binder, Thierry Valette et François Birault et tout le département de médecine générale de Poitiers qui m'ont encouragé et aidé à réaliser ce travail pendant mon clinicat.

A toute l'équipe du Laboratoire d'Éthique Médicale du Pr. C. Hervé et tout particulièrement à Mme Courteau et Mélissa. Votre gentillesse, sourires et bienveillance offrent un soutien pétillant.

A la Fondation ADREA et à Claire Lalot pour avoir cru et soutenu ce projet.

A Vanessa pour son soutien moral dans la durée et (toujours) son sens de l'autodérision.

A ma famille qui supporte mes questionnements et qui a le courage de ne jamais se décourager.

A mon père et à mon frère, pour ce qui est évident et pour le reste.

A Michaela pour son sourire malicieux que mes projets soient sérieux et farfelus.

Aux patients et leurs proches. Merci de votre formation continue. Surtout n'arrêtez jamais.

Table des matières

Résumé	2
Remerciements	6
Table des matières	7
Table des Illustrations	12
Glossaire.....	14
 INTRODUCTION	 16
Ce que ce travail n'est pas :	21
Ce dans quoi ce travail s'intègre :	21
Choix de Présentation.....	21
Comité d'éthique.....	21
Soutien par la Fondation ADREA	22

PHASE 1

Phase 1 - Introduction.....	24
Phase 1 - Méthodologie.....	25
Sélection des participants.....	25
Les données	26
L'investigateur principal	29
Analyse et Résultats	29
Analyses Complémentaires.....	30
Phase 1 - Résultats.....	31
Caractéristiques des participants	31
Nombre de participants.....	31
Durée des entretiens par professionnels	31
Fréquence des recherches des déterminants de santé	32
Analyse thématiques transversales des entretiens.....	33
Les déterminants de santé	36
Les freins à la recherche de ces déterminants de santé	43
Les transferts de compétences et de responsabilité.....	61
Le transfert de Compétences.....	65
Le transfert de Responsabilité.....	73

Le travail de Coordination.....	77
Les patients concernés par cette prévention.....	82
Phase 1 - Discussion.....	89
Observations sur la méthode.....	89
La loi de santé publique du 9 août 2004 : des paradoxes.....	89
L'esprit de la Loi.....	89
Les principes de la Loi.....	90
La place des déterminants de santé dans la Loi	90
Mieux intégrer la culture de santé publique clinique chez les Médecins Généralistes	94
Intégration des déterminants sociaux de la santé.....	94
Le financement de la prévention : une source de problème	104
« Le temps ce n'est pas de l'argent »	104
Le paiement à l'acte n'est pas le seul responsable	104
Le salariat n'est pas vu comme la solution	105
Une interdisciplinarité à construire	106
De la délégation de tâche au transfert de compétence.....	106
La coordination médicale, le point faible du travail interdisciplinaire.....	107
De la coordination à la médecine intégrée	109
Les valeurs ajoutées de l'intégration.....	112
Améliorer le partage d'information.....	113
Du transfert de compétence à la mutualisation des compétences : un plus.....	113
Partager les responsabilités	114
S'intégrer dans une démarche de responsabilité sociale	116
Evaluer : une question d'éthique.....	119
Phase 1 - Conclusion	122

PHASE 2

Phase 2 - Introduction.....	125
Phase 2 - Méthodologie.....	126
Protocole de l'étude	126
Compte-rendu d'hospitalisation.....	126
Analyse Quantitative.....	126
Analyse Qualitative de contenu	127
Codage.....	127

Dérivation des Thèmes	127
Logiciel Informatique	128
Sélection des Services étudiés.....	128
Le Service de Gériatrie	128
Le Service de Médecine Interne	129
Le Service d'Orthopédie-Traumatologie	129
La méthode d'approche :.....	130
Recueil des données.....	130
Période étudiée	130
Mode de recueil des CRH.....	130
L'investigateur principal	130
Phase 2 - Résultats.....	131
Les Compte Rendu d'hospitalisation.....	131
Analyse Quantitative.....	133
Démographie des patients.....	133
Caractéristiques des hospitalisations	133
Caractéristiques des CRH.....	137
Analyse Qualitative	140
Les déterminants de santé	142
La Promotion de la santé.....	151
Les facteurs constitutionnels des personnes.....	151
Le mode de vie individuel.....	152
Concernant le mode de vie individuel, 6 déterminants sont référencés dans les CRH.....	152
Les liens sociaux et communautaires	157
Les conditions de vie et de travail.....	161
Les déterminants socio-économiques, culturels et environnementaux.....	172
Autonomie des Patients.....	173
Plan de prise en charge	175
Echanges d'informations.....	184
Phase 2 - Discussion.....	190
Prise en compte de la iatrogénie médicamenteuse.....	191
Le nombre de correspondants des CRH, du compliqué au complexe ?	192
Systématisation de recherches des déterminants de santé	192
Systématiser la recherche des déterminants pour améliorer leur transmission.....	192
La systématisation ne garantit pas l'utilisation des déterminants	193

La coordination Ville-hôpital.....	194
Expliciter les choix pour améliorer le parcours de santé	194
De l'argument d'autorité à l'éthique de la discussion	195
Expliquer le sens de la prise en charge des troubles cognitifs pour transmettre cette culture médico-sociale aux médecins généralistes.....	196
Le temps de secrétariat, un temps précieux d'amélioration de la qualité des soins.....	196
De l'intérêt pour la prise en charge médico-sociale.....	196
Un CRH est-il un courrier de sortie ?.....	197
Le DMP, une solution de médecine intégrée	199
Remettre le patient au cœur du CRH	199
Transformer une donnée en une information.....	199
Des représentations des professionnels sur le vieillissement.....	203
Phase 2 – Conclusion.....	205

PHASE 3

Phase 3 - Introduction	208
Nouvelles formes de coordination paramédicale en gériatrie.....	209
Introduction	210
Méthode	210
Résultats.....	211
Discussion	213
Conclusion.....	216
Phase 3 - Conclusion	218
 Conclusion(s) du travail	 220
De la phase 1	220
... par la phase 2... ..	221
... à la phase 3.....	223
Mise en perspective.....	226
 Références	 230

Annexes	241
Annexe 1 – Formulaire de Consentement Phase 1. Entretiens semi-directifs.....	242
Annexe 2 – Grille d’entretien Phase 1.....	244
Annexe 3 – Formulaire de Consentement Phase 2. Chefs de service.....	256
 Résumé	 258

Table des Illustrations

FIGURES

Figure 1 - Carte conceptuelle des résultats de Rang 1 et 2 (Phase1).....	34
Figure 2 - Carte conceptuelle Résultats - Déterminants de santé (Phase1).....	35
Figure 3 - Carte Conceptuelle Résultats - Les Freins (Phase1)	42
Figure 4 - Carte Conceptuelle Résultats – Transferts (Phase1)	60
Figure 5 - Carte conceptuelle Résultats - Coordination (Phase1)	76
Figure 6 - Carte Conceptuelle Résultats - Patients Concernés (Phase1)	81
Figure 7 - Déterminants Facteurs de risques cardio-vasculaires dans Loi de Santé Publique 2004	91
Figure 8 - Déterminants Santé Dénutrition et Chute dans la Loi de Santé Publique de 2004	92
Figure 9 - Déterminants Maladie d'Alzheimer dans la Loi de Santé Publique de 2004	93
Figure 10 - Déterminant Iatrogénie dans la Loi de Santé Publique de 2004.....	93
Figure 11 - Déterminants Sociaux de la santé dans la Loi de Santé Publique de 2004	95
Figure 12 - Recommandations de bonnes pratiques HAS actualisées sur les démences	98
Figure 13 - Recommandations NICE Pathways : Chutes chez les personnes âgées (Rang 1).....	102
Figure 14 - Recommandations NICE Pathways : Prise en charge personnes âgées au domicile (Rang 1)	103
Figure 15 - Diagramme de Flux des CRH (Phase2)	132
Figure 16 - Sens de modification du nombre de traitements	136
Figure 17 - Répartition Remplissage déterminants de santé	139
Figure 18 - Carte Conceptuelle Résultats de rang 1 et 2 (Phase 2)	141
Figure 19 - Carte conceptuelle Résultats - Les déterminants de santé (Phase2).....	142
Figure 20 - Carte conceptuelle Résultats - promotion de la Santé (Phase2).....	150
Figure 21 - Carte conceptuelle Résultats - Plan de prise en charge (Phase2)	175
Figure 22 - Carte conceptuelle Résultats - Echanges d'information (Phase2)	184

TABLEAUX

Tableau 1 - Démographie personnes interrogées et durées d'entretien.....	31
Tableau 2 - Durée des entretiens. Données statistiques	31
Tableau 3 - Fréquence Recherche déterminants de santé par les Médecins Généralistes	32
Tableau 4 - Partenaires proposés pour un transfert de compétence et ou de responsabilité par déterminant de santé.....	61
Tableau 5 - Souhaite de transferts selon les déterminants de santé.....	63
Tableau 6 - Répartition médecins généralistes selon le type d'activité.....	106
Tableau 7 - Objectifs des indicateurs ROSP pour médecins généralistes	120
Tableau 8 - Répartition des CRH.....	131
Tableau 9 - Démographie des Patients	133
Tableau 10 - Caractéristiques des hospitalisations	134
Tableau 11 - Sens des modifications de traitements	135
Tableau 12 - Nombre de Correspondants et Délai de rédaction des CRH	138
Tableau 13 - Répartition Remplissage déterminants de santé	139
Tableau 14 - Fréquence de la reconnaissance des déterminants de santé dans les services.....	142
Tableau 15 - Répartition par stade d'insuffisance rénale chronique selon les valeurs de clairance de créatinine retrouvée dans les CRH des deux services	144
Tableau 16 - Nombre de source référençant les Modes de vie individuels selon les services	152
Tableau 17 - Nombre de sources référençant l'entourage des patients selon les services.....	158
Tableau 18- Les professionnels sollicités par les services dans les CRH	181
Tableau 19 - Attentes sur les contenus des CRH par les MG (issu de Bureau M.L. 2012)	197

Glossaire

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : Affection de Longue Durée

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

ASDES : Accès aux Soins, aux Droits et à l'Education à la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation

DGS : Direction Générale de la Santé

DMP : Dossier Médical Personnel

EBM : Evidence Based-Medicine

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FDRCV : Facteurs de Risques Cardiovasculaires

GP : General Practitioner

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IMC : Indice de Masse Corporelle

ISNAR – IMG : Inter-syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

MG : Médecin Généraliste

MMSE : Mini-Mental State Examination

NHS : National Health System

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

« Ainsi l'éthique médicale est-elle conçue comme « une volonté d'évaluer leurs actes par les professionnels de santé eux-mêmes tant en ce qui concerne la légitimité de ceux-ci que dans l'évaluation des conséquences qu'ils induisent dans la vie des patients ou même en ce qui concerne leurs impacts sur la société. »

*Hervé C. Vers une éthique de la bioéthique.
In: L'humain, l'humanité et le progrès scientifique.
Dalloz. Paris: Dunod; 2009. p. 173–192*

Introduction

Dans un contexte de vieillissement global de la population (1) nous cherchons dans le cadre de ces travaux à comprendre comment les déterminants de santé liés au vieillissement sont pris en charge par le système de soin en France.

Ce travail veut prendre en compte l'ensemble des éléments qui entrent en jeux au cours du parcours de santé des populations. Parmi eux, nous aborderons évidemment les éléments financiers et économiques, le rapport à l'autonomie des personnes, ainsi que les objectifs de santé publique.

Nous partons d'un constat : selon l'OCDE, la France se classe sixième en espérance de vie à la naissance dans le monde avec 82,2 années, mais en termes d'espérance de vie à 65 ans, la France passe première mondiale avec 23,8 années pour les femmes et 19,3 années pour les hommes.

Toutefois, en nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans la France est rétrogradée à la 11^{ème} place.

Un autre rapport de l'OCDE montre que la France est le pays où la mortalité évitable (définie comme les décès survenus pour des pathologies prises en charges médicalement à temps) est la plus faible d'Europe (2).

Le travail de Jagger (3) expliquait déjà ces résultats par le faible taux d'actif chez les plus de 55 ans en France. En effet, il existe une relation négative entre l'espérance de vie sans incapacité à 50 ans et l'inactivité professionnelle. De plus, l'étude rappelle l'importance de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé dans la diminution des comorbidités.

L'étude du Panorama de la santé (4) publié par l'OCDE met en évidence un certain nombre de points intéressants. Dès la première page, ce rapport insiste sur le fait que : « Bien que les indicateurs tels que l'espérance de vie ou la mortalité infantile fassent penser que la situation s'améliore globalement, les inégalités en matière de revenu, d'éducation et d'autres indicateurs sociaux ont toujours une incidence profonde sur l'état de santé et l'accès aux soins. Les inégalités dans le domaine de la santé peuvent s'expliquer par des différences de conditions de vie et de travail ainsi que de mode de vie, comme le montrent les données présentées dans cet ouvrage (tabagisme, consommation excessive d'alcool, inactivité physique et obésité, par exemple) ».

Ainsi ce rapport évalue l'état de santé des populations selon un paradigme de santé basé sur les principes d'équité et d'efficacité(5). Cette évaluation tient compte à la fois de la performance du système de santé mais aussi des déterminants non médicaux de la santé.

Le Panorama de la santé met en évidence « de fortes disparités entre les pays au niveau de l'espérance de vie, de la mortalité et d'autres indicateurs de l'état de santé de la population ». « Les déterminants non médicaux de la santé portent sur les modes de vie et comportements des enfants et des adultes qui ont une influence sur leur santé, notamment la consommation de tabac et d'alcool, l'activité physique, l'alimentation et les problèmes de surpoids et d'obésité. Il est possible d'agir sur la majorité de ces facteurs à l'aide de politiques de santé publique et de mesures de prévention ».

Une hypothèse soulevée est que l'amélioration de la prise en charge des déterminants médicaux et sociaux de la santé permettrait d'améliorer la santé des populations en augmentant à la fois l'espérance de vie à la naissance et le nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans.

Cette hypothèse est également soutenue par les politiques de santé publiques, et notamment la loi dite de Santé publique du 9 août 2004(6).

Cette loi a apporté des changements fondamentaux dans le dispositif institutionnel de santé publique. Elle affirme la responsabilité de l'Etat à qui il appartient de définir la politique de santé tous les 5 ans selon des objectifs pluriannuels. Cent objectifs de santé ont été ainsi définis et parmi ceux-ci, certains sont au bénéfice des patients vieillissants. Ainsi, le rapport d'évaluation d'avril 2010 place dans la catégorie « Vieillesse » un certain nombre d'éléments essentiels à prendre en charge comme : les vaccinations, la perte d'autonomie, le retentissement sur les proches, les facteurs de risque cardio-vasculaires, les cancers, l'impact des pathologies chroniques sur la qualité de vie, les accidents de la vie courante, la iatrogénie médicamenteuse, la dénutrition, ...(7)

Parmi les axes majeurs de cette loi, on notera particulièrement le développement de la politique de prévention et la création d'un plan de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Cette loi incite à une approche plus populationnelle qu'individuelle.

« Le cadre de référence donne également crédit, à côté de l'approche individuelle, à l'approche populationnelle pour l'intervention en santé publique. L'adoption d'une stratégie populationnelle sous-entend que soit acceptée la dimension sociale des phénomènes de santé publique. Il suffit

d'examiner la croissance de l'obésité dans les sociétés développées pour se convaincre qu'un tel phénomène ne dépend pas seulement de facteurs individuels, mais surtout d'une multitude de modifications dans les domaines de l'alimentation et de l'activité physique. De tels phénomènes sociaux appellent des mesures à l'échelle sociale, qui, à condition d'être efficaces et acceptables, offrent de grandes perspectives de bénéfice(8)».

Les déterminants sociaux de la santé ont un impact très fort sur la santé des personnes. La grande majorité des dépenses de santé concernent les services de santé individuels comparativement à une approche de santé publique populationnelle de promotion de la santé(9). L'auteur rappelle qu'approximativement 40% des décès prématurés sont causés par des comportements à risques qui pourraient être modifiés par des actions de prévention et que seuls 10% des décès évitables pourraient être prévenus par le système de santé actuel. La répartition des autres déterminants de santé est de 30% pour la prédisposition génétique, 15% pour l'environnement social et 5% pour l'exposition environnementale.

Dans ce contexte à la fois soutenu par la loi et par des travaux de recherche, il paraît important d'axer davantage les interventions en santé des professionnels de santé sur une approche populationnelle de prévention et de promotion de la santé.

Toutefois, ce changement ne peut se faire sans difficulté. Le chemin a été long pour passer d'une médecine curative à une médecine préventive, il s'agit à présent de changer également de paradigme.

Un changement difficile mais toutefois nécessaire puisque l'on sait aujourd'hui que l'amélioration de la santé des personnes ne peut passer désormais que par cette approche globale médico-sociale et environnementale.

Le présent travail fait suite à un premier travail de master(10)(11) où nous nous étions intéressés à l'avis des gériatres sur cette question. Nous avons demandé alors aux gériatres, comme spécialistes du vieillissement, ce qu'ils attendaient de la médecine préventive de demain et comment celle-ci devait avoir lieu.

Trois éléments clés étaient ressortis.

En premier lieu, **la médecine ambulatoire a tout son rôle à jouer dans cette démarche**. En effet, au vu de la démographie des médecins gériatres, ils sont quasi exclusivement hospitaliers et ne voient de ce fait que les patients souvent de plus en plus âgés. La prévention réalisée auprès de ces patients est donc d'un autre niveau que celle des patients vus en ambulatoire. Il s'agit souvent d'une

prévention secondaire ou tertiaire chez des patients avec de nombreuses comorbidités et à des âges très avancés. De ce fait les gériatres demandent aux professionnels de premiers recours, les médecins généralistes en premier ligne, d'anticiper au maximum les morbidités pour éviter tant que possible les hospitalisations en passant par les services d'urgences, et également de réaliser une prévention primaire précoce pour que les comorbidités apparaissent chez les patients le plus tardivement possible.

En deuxième lieu pour les gériatres, **la prévention primaire devait avant tout se renforcer autour de 4 facteurs de risques** : les facteurs de risques cardio-vasculaires, le risque de chute, la dénutrition et les troubles cognitifs.

En troisième lieu la bibliographie montre que la prévention du vieillissement débute très tôt dans la vie et s'inscrit dans la promotion de santé. **Les 4 déterminants cités par les gériatres concernent des déterminants clés pour les patients ayant déjà atteints les plus de 65 ans. Mais cela se joue bien en amont.** C'est d'ailleurs pour cela que dans la loi de Santé Publique les déterminants liés au vieillissement sont extraits de déterminants de santé plus globaux intéressant également d'autres âges de la vie.

En mettant en parallèle les déterminants avec les résultats des espérances de vie sans incapacités cités précédemment, nous avons bâti une hypothèse :

Bien que cela ait été rappelé dans la loi de santé publique de 2004, la prise en charge des déterminants de santé liés au vieillissement sont insuffisamment pris en compte dans la démarche de soins primaires par les médecins généralistes.

Avec ce travail nous cherchons à vérifier cette hypothèse et d'en comprendre les raisons. Pour quelles raisons les médecins généralistes ne prennent-ils pas en charge ces déterminants de santé ? En quoi cela crée –t-il des tensions éthiques ? Si les médecins généralistes ne le font pas, l'hôpital le fait-il alors pour y palier ?

Une approche en 3 étapes

Pour y répondre nous avons opté pour une approche en 3 phases. :

- Phase 1 : les patients en ambulatoire,
- Phase 2 : les patients hospitalisés,
- Phase 3 : les patients de retour à leur domicile après un passage hospitalier.

Tout d'abord nous sommes allés interroger les médecins généralistes eux-mêmes pour vérifier notre hypothèse et comprendre ce qui détermine leurs pratiques en prévention des déterminants de santé liés au vieillissement. D'autres entretiens semi-directifs ont été également réalisés auprès d'autres professionnels de santé pour mettre en perspective les avis formulés par les médecins généralistes.

Puis nous avons voulu vérifier si cette prévention avait lieu en milieu hospitalier lors des hospitalisations des patients, quel que soit le motif, dans différents services hospitaliers dont la gériatrie. Nous avons donc étudié les compte rendus d'hospitalisation de différents services qui sont souvent les seuls vecteurs de communication entre l'hôpital et le milieu ambulatoire.

Enfin, nous nous sommes attachés à évaluer un mode de coordination paramédical de l'offre de soins gériatrique. Celui-ci ambitionne d'améliorer la qualité des soins des patients de gériatrie en coordonnant les hospitalisations, et en réalisant une part de télémedecine. Comment celui-ci fonctionne-t-il ? Comment prend-t-il en compte les déterminants sociaux de la santé ? Quelles nouvelles questions éthiques cela pose-t-il ?

Ce que ce travail n'est pas :

Ce travail ne cherche pas à prouver qu'une prise en charge est de meilleure qualité et/ou efficacité qu'une autre. Ce travail de recherche en éthique souhaite avant tout interroger nos pratiques dans ce qu'elles ont de complexe. Cette démarche permet de redonner du sens aux soins que les professionnels de santé proposent aux personnes qu'elles ambitionnent de soigner.

Ce dans quoi ce travail s'intègre :

Il nous semble important que l'université, par ce genre de travaux, réalise des travaux de recherche mettant les patients au centre de ses préoccupations dans une démarche de Responsabilité Sociale⁽¹²⁾.

Ce travail fait suite à une dynamique initiée par la Faculté de Médecine de l'Université Paris Descartes en 2008. Le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris Descartes, le Pr. Patrick Berche, nommait le Pr. Christian Hervé responsable d'une mission de relations entre la Faculté de Médecine Paris Descartes et les patients, les familles et le grand public, afin de diffuser le savoir médical vers le grand public, de sensibiliser la population aux problèmes de santé publique et de faire vivre la démocratie sanitaire.

Et c'est dans ce cadre qu'il nous a semblé important qu'un travail universitaire sur la prise en charge des déterminants médico-sociaux dans le cadre du vieillissement fusse développé. Les enjeux de la prévention dans le vieillissement sont donc ici abordés dans l'optique de cette approche centrée sur les personnes et les patients.

Choix de Présentation

Afin de rendre ce travail plus lisible, nous avons fait le choix de présenter successivement la méthodologie, les résultats, la discussion et la conclusion pour chacune des phases d'étude.

Comité d'éthique.

Bien que ce travail soit une recherche non interventionnelle, nous avons soumis le protocole à un Comité de Protection des Personnes.

Le protocole de recherche a été validé par le Comité des Protection des Personnes CPP Ile de France II le 08 août 2013.

Soutien par la Fondation ADREA

Le protocole de recherche a été soumis à un appel d'offre de la Fondation ADREA.

Une bourse de 9 839€ a été attribuée pour financer une partie du matériel informatique, le matériel nécessaire pour les entretiens, les déplacements en Grande Bretagne pour la discussion, les déplacements pour les enseignements obligatoires du doctorat ainsi que la participation à certains séminaires.

En aucun cas la Fondation ADREA n'a apporté des suggestions ou des modifications au protocole ainsi qu'à l'analyse ou même à la rédaction de ce travail.

Phase 1

Phase 1 - Introduction

Au cours de cette phase 1, nous cherchons à recueillir le regard des médecins généralistes sur la prise en charge préventive des déterminants de santé liés au vieillissement.

A partir des 4 déterminants de santé principaux décrits par les gériatres, à quoi ressemblent leurs pratiques ? Quels sont les éléments qui influencent leurs prises en charges ? Sont-ils prêts à un transfert de compétences et/ou de responsabilité ? Et si oui, quelles en sont les conditions ?

Phase 1 - Méthodologie

Il a été fait le choix d'une étude qualitative afin de récolter une plus large palette d'avis des médecins généralistes(13).

Sélection des participants

Critère d'inclusion :

Les critères d'inclusions retenus étaient des médecins généralistes diplômés exerçant dans la Région Poitou-Charentes afin de dépendre du même CHU ; le CHU de Poitiers étant le point de départ du travail de Master en 2011.

Chaque professionnel inclus devait prendre connaissance d'une feuille d'information sur le protocole de l'étude et donner son consentement écrit (Annexe 1 : formulaire de consentement entretiens semi-directifs).

Les critères d'exclusion

Le seul critère d'exclusion retenu était le refus de participation.

Six médecins généralistes ont refusé de participer. Les trois motifs invoqués étaient le manque de temps, les dates proposées de disponibilité de l'investigateur principal et la durée de l'entretien annoncée de 20 minutes considérée comme trop longue.

L'échantillonnage :

L'échantillon des patients a été réalisé par mode « boule de neige » sur le volontariat. Nous avons été attentifs à ce que certains critères ne soient pas exclusifs dans la population étudiée à savoir :

- le lieu d'exercice,
- le milieu d'exercice : ville, semi-rural, rural,
- le sexe,
- la participation à l'enseignement des étudiants et médecine de deuxième ou troisième cycle.

La taille de l'échantillon a été définie par recrutement jusqu'à saturation des données.

La méthode d'approche :

Les médecins ont été contactés soit directement sur les lieux de stages, soit par téléphone, soit par courriel.

Lieux des entretiens

Les entretiens ont eu lieu préférentiellement en face-à-face sur le lieu d'exercice des professionnels. Seul un médecin généraliste a été interrogé par téléphone.

Les entretiens étaient individuels et réalisés en absence de tiers.

Les données

Contexte théorique

Les données utilisées dans cette phase 1 correspondent à une analyse de discours.

Guide d'entretien

Elaboration

Le guide d'entretien a été rédigé par l'investigateur principal, revu par un expert du sujet.

Puis il a été soumis à une linguiste. Avec ces corrections, il a été testé auprès de 2 étudiants en médecine de troisième cycle. Des simplifications ont alors été réalisées dans la structure pour éviter des redondances et rendre l'entretien plus fluide.

Contenu

Ce guide d'entretien (Annexe 2 Guide d'entretien Phase 1) est composé de 4 parties et une partie optionnelle.

Une première partie s'enquiert de données démographiques :

- âge,
- sexe,
- nombre d'années de diplôme,
- participation à la formation d'étudiants en stage,
- commune de pratique professionnelle

Une seconde partie s'intéresse aux pratiques médicales autour des 4 déterminants de santé définis comme prioritaire par les gériatres dans le travail précédent.

- Les facteurs de risques cardiovasculaires
- La dénutrition
- Les chutes
- Les troubles cognitifs

Pour ces quatre déterminants, les médecins étaient interrogés sur la fréquence de leur recherche en consultation en utilisant des outils validés en médecine de premier recours. Ils devaient qualifier leur fréquence selon une l'échelle de Likert suivante :

- La dernière semaine
- La dernière quinzaine
- Le dernier mois
- Le dernier trimestre
- Le dernier semestre
- La dernière année
- Jamais
- Sans opinion

L'objectif de cette partie était d'une part d'évaluer la fréquence d'utilisation de ces outils, mais aussi de recueillir leurs impressions sur leur pertinence en médecine de premier recours ambulatoire. Ces questions étaient également le moyen de favoriser les échanges sur leurs pratiques.

Enfin des questions sur leurs impressions autour de l'utilisation de ces tests. Elles étaient évaluées sur une autre échelle de Likert à 5 entrées de : *Pas d'accord, Plutôt pas d'accord, Plutôt d'Accord, D'accord, Sans Opinion.*

- Je pense les rechercher **suffisamment**
- C'est **à moi** de le faire
- C'est une **compétence** qu'on **pourrait transférer** à d'autres professionnels
- C'est une **compétence** qu'on **devrait transférer** auprès d'autres professionnels
- Si transfert de compétence : **à qui ?**
- C'est une **responsabilité** qu'on **pourrait transférer** à d'autres professionnels
- C'est une **responsabilité** qu'on **devrait transférer** à d'autres professionnels
- Si transfert de responsabilité : **à qui ?**

Ces questions avaient pour objectif de soulever la problématique du transfert de compétence et de responsabilité.

Une troisième partie abordait clairement la question des besoins et des freins ressentis à la recherche de ces déterminants de santé.

Il était spécifiquement demandé aux personnes interrogées de se prononcer sur les freins suivants :

- Manque d'information
- Problèmes de compétences
- Manque de temps
- Problèmes d'organisation du travail
- Manque d'envie
- Autre

Nous avons également abordé la question de la prévention populationnelle en recueillant l'avis des professionnels sur les critères de sélection des patients devant bénéficier de la recherche spécifique de ces déterminants. Nous avons demandé de préciser les critères cliniques et médico-sociaux pertinents.

Une quatrième partie s'intéressait clairement à la question du transfert de compétence et de responsabilité de la recherche de ces déterminants de santé.

Enfin, une cinquième partie optionnelle avait été prévue au cas où les personnes interrogées n'abordaient pas l'organisation du système de soin. Il s'agissait de 4 questions générales autour du système de santé en France.

Durée des entretiens

La durée des entretiens était initialement estimée de 15 à 25 minutes par participant après les tests réalisés avec les étudiants. La durée moyenne annoncée aux participants était donc de 20 minutes.

Enregistrement Audio et Retranscription

L'ensemble des entretiens ont été enregistrés à l'aide de la fonction microphone du téléphone portable de l'investigateur principal de l'étude.

L'ensemble des entretiens enregistrés a été anonymisé dès le transfert du fichier audio sur l'ordinateur et sa sauvegarde sur un disque dur externe.

Tous les entretiens ont été intégralement retranscrits mot pour mot sur document Microsoft Word® et une double sauvegarde conservée à la fois sur un même ordinateur et un disque dur externe.

Dès les verbatims tapés, les deux sauvegardes des enregistrements audio ont été supprimées.

Au cours des entretiens, l'investigateur pouvait prendre quelques notes à la main. Ces notes ont servi à faciliter l'analyse des données et ont été conservées. En aucun cas elles ne permettent de lever l'anonymat des personnes interrogées.

Les personnes participantes avaient l'opportunité de demander la retranscription des enregistrements. Ceci figurait dans la feuille de consentement écrite. Aucune demande n'a été formulée dans ce sens.

Nombre de personnes incluses

Le recrutement des personnes interrogées s'est arrêté à la saturation des données. La saturation des données a été validée par l'investigateur principal et un deuxième observateur, interne en médecine.

L'investigateur principal

L'investigateur principal de l'étude a mené lui-même l'ensemble des entretiens.

Caractéristiques personnelles

Au moment de la réalisation des entretiens, l'investigateur principal était soit interne en médecine générale, soit déjà diplômé mais n'entretenant pas de lien professionnel avec les personnes interrogées.

L'expérience personnelle en gestion d'entretiens semi-directifs a été acquise lors du travail de Master, de la participation à d'autres travaux d'interne en médecine pour leur thèse d'exercice et de direction de thèses, ainsi que par les différents enseignements du Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale ou encore grâce aux enseignements de proposés par l'Ecole Doctorale.

Relation avec les participants

Les types de relations entretenues entre l'investigateur et les participants sont variables. Pour les entretiens réalisés au cours de l'internat de médecine générale, trois médecins généralistes interrogés présentaient un lien direct en tant que maître de stage. Trois autres médecins étaient des médecins qui travaillaient étroitement avec ces maîtres de stage, mais auprès desquels aucun lien de subordination n'existait.

Analyse et Résultats

Codage

Pour le codage des données des retranscriptions, l'investigateur principal en avait la charge intégrale. Toutefois, une triangulation a été réalisée avec l'aide de deux internes en médecine volontaires à partir des deux premiers entretiens retranscrits. L'arbre de codage a donc été établi suite à cette triangulation.

Dérivation des Thèmes

La dérivation des thèmes a été à la fois établie à l'avance pour les quatre déterminants de santé traités successivement dans les entretiens. Par ailleurs, la dérivation des thèmes a également dérivé de l'analyse progressive suite aux nouveaux entretiens. Cette analyse progressive a par contre été réalisée par l'investigateur principal uniquement.

Nous n'avons pas réalisé de retour des participants sur les retranscriptions.

Logiciel Informatique

Nous avons utilisé le Logiciel Informatique NVivo10® de QSR International.

Analyses Complémentaires

En prévision de certains résultats, nous nous laissons la liberté de réaliser un certain nombre d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé non médicaux pour mettre en perspective les réponses des médecins généralistes.

Ces professionnels de santé paramédicaux étaient des professionnels travaillant étroitement avec les médecins préalablement interrogés.

Parmi les infirmiers interrogés, nous avons inclus deux infirmières ASALEE(14) (Action de Santé Libérale En Equipe). Ce sont des infirmières de santé publique qui travaillent étroitement avec les médecins généralistes pour réaliser des actions de prévention individuelle et collective au sein de cabinets médicaux.

La troisième infirmière est une infirmière spécialisée dans les techniques cognitivo-comportementales. Elle travaille dans son propre cabinet. Son approche nous semblait intéressante sur son approche des perceptions des pathologies chroniques et du vieillissement.

Concernant les kinésithérapeutes, nous avons interrogé un kinésithérapeute exerçant en maison de santé et un exerçant dans un cabinet de kinésithérapie à distance d'un cabinet médical.

Les mêmes guides d'entretien que ceux des médecins ont été utilisés, même si certains aspects ont été plus ou moins abordés selon les propos tenus par ces professionnels.

Les résultats de ces entretiens complémentaires sont intégrés à la suite de chaque sous partie des résultats médecins afin d'améliorer la lisibilité et la pertinence de ces regards croisés. Ils sont présentés dans un encadré particulier.

Phase 1 - Résultats

Caractéristiques des participants

Nombre de participants

Nous avons interrogé 12 Médecins Généralistes exerçant actuellement en région Poitou-Charentes, ainsi que 5 professionnels paramédicaux dont 2 kinésithérapeutes et 3 infirmiers.

Les caractéristiques démographiques sont répertoriées dans le tableau 1.

Tableau 1 - Démographie personnes interrogées et durées d'entretien

Valeur Anonymisation	Age (ans)	Sexe	Temps diplômé	Formation d'étudiants en stage	Durée d'entretien
Médecins					
MG1	56	M	15 à 30 ans	Non	20'34''
MG2	57	F	15 à 30 ans	Oui	27'58''
MG3	60	F	>30 ans	Oui	25'37''
MG4	53	F	15 à 30 ans	Oui	26'46''
MG5	28	F	<5 ans	Non	43'35''
MG6	36	F	5 à 15 ans	Oui	28'49''
MG7	55	M	15 à 30 ans	Oui	15'24''
MG8	64	M	>30 ans	Non	14'52''
MG9	55	F	5 à 15 ans	Non	22'11'
Infirmiers					
IDE1	34	F	5 à 15 ans	Non	20'13''
IDE2	48	F	15 à 30 ans	Non	16'45''
IDE3	38	F	5 à 15 ans	Non	17'10''
Kinésithérapeutes					
Kiné1	49	F	15 à 30 ans	Non	12'35''
Kiné2	47	M	15 à 30 ans	Oui	27'10''

Durée des entretiens par professionnels

La durée cumulée des entretiens, la moyenne, la médiane et l'écart type sont précisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 - Durée des entretiens. Données statistiques

Types d'entretien	Temps cumulé	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Tous	5 h 19 min 39 sec	22 min 50 sec	21 min 22 sec	08 min 02 sec
MG	3 h 45 min 46 sec	25 min 05 sec	25 min 37 sec	08 min 37 sec
Paramédicaux	1 h 33 mn 53 sec	18 min 47 sec	17 min 10 sec	05 min 25 sec

Fréquence des recherches des déterminants de santé

Les 4 déterminants de santé prioritaires pour les gériatres ont été abordés avec les professionnels de santé interrogés. Le tableau ci-dessous aborde la fréquence de recherche déclarée par professionnel de santé.

Tableau 3 - Fréquence Recherche déterminants de santé par les Médecins Généralistes

FACTEURS DE RISQUES CARDIO-VASCULAIRES	La dernière semaine	La dernière quinzaine	Le dernier mois	Le dernier trimestre	Le dernier semestre	La dernière année	Jamais	Sans Opinion
Tabac	8	1	0	0	0	0	0	0
MAPA	3	3	1	1	1	0	0	0
Dyslipidémies	9	0	0	0	0	0	0	0
Diabète	9	0	0	0	0	0	0	0
FACTEURS DE RISQUES DE DENUTRITION	La dernière semaine	La dernière quinzaine	Le dernier mois	Le dernier trimestre	Le dernier semestre	La dernière année	Jamais	Sans Opinion
IMC	8	1	0	0	1	0	0	0
Marqueurs biologiques de carences	7	1	1	0	1	0	0	0
Habitudes alimentaires	4	2	1	1	1	0	0	0
FACTEURS DE RISQUES DE CHUTES	La dernière semaine	La dernière quinzaine	Le dernier mois	Le dernier trimestre	Le dernier semestre	La dernière année	Jamais	Sans Opinion
Antécédent de Chute	4	0	1	2	1	0	1	0
<i>Up and Go Test</i>	0	0	1	2	0	0	6	0
<i>Walking and Talking Test</i>	0	0	1	1	0	0	7	0
« <i>Stand on one foot Test</i> »	0	0	1	1	0	0	7	0
FACTEURS DE RISQUES DE TROUBLES COGNITIFS	La dernière semaine	La dernière quinzaine	Le dernier mois	Le dernier trimestre	Le dernier semestre	La dernière année	Jamais	Sans Opinion
MMSE	3	3	0	0	1	0	2	0
<i>Test de l'Horloge</i>	3	2	0	0	0	0	4	0

Ce tableau permet de mettre en évidence que les facteurs de risques cardiovasculaires sont globalement les plus recherchés avec notamment les dyslipidémies et le diabète. La recherche d'hypertension par MAPA ne semble pas être une méthode utilisée de façon consensuelle.

Les indicateurs de dénutrition sont essentiellement recherchés par les valeurs biométriques que sont le poids et l'IMC, les habitudes alimentaires et les valeurs biologiques. Toutefois, les médecins précisent que le plus souvent cela est plutôt pour rechercher des surpoids ou des obésités.

Dans les risques de chutes, la recherche se fait essentiellement sur des antécédents de chute, cela concerne donc de la prévention secondaire. Les tests validés ne sont cependant pas fréquemment répandus dans leur pratique.

Enfin, concernant les troubles cognitifs semblent avoir un statut particulier avec soit des médecins qui le recherchent régulièrement, soit ne le recherchent jamais avec ces outils validés.

Analyse thématiques transversales des entretiens

Nous avons réalisé à l'aide de deux internes en médecine une analyse thématique transversale afin d'articuler les thèmes et les sous-thèmes.

Nous présenterons les résultats tout d'abord selon les thèmes établis à l'avance pour les quatre déterminants de santé traités successivement. Puis les autres résultats sont présentés selon l'analyse progressive en lien avec les données fournies au fur et à mesure des entretiens.

Pour chacun de ces thèmes, nous avons ainsi construit une carte conceptuelle, reprenant les sous-thèmes. Nous allons ainsi détailler chaque thème et illustrer les sous-thèmes par des extraits des retranscriptions.

Figure 1 - Carte conceptuelle des résultats de Rang 1 et 2 (Phase1)

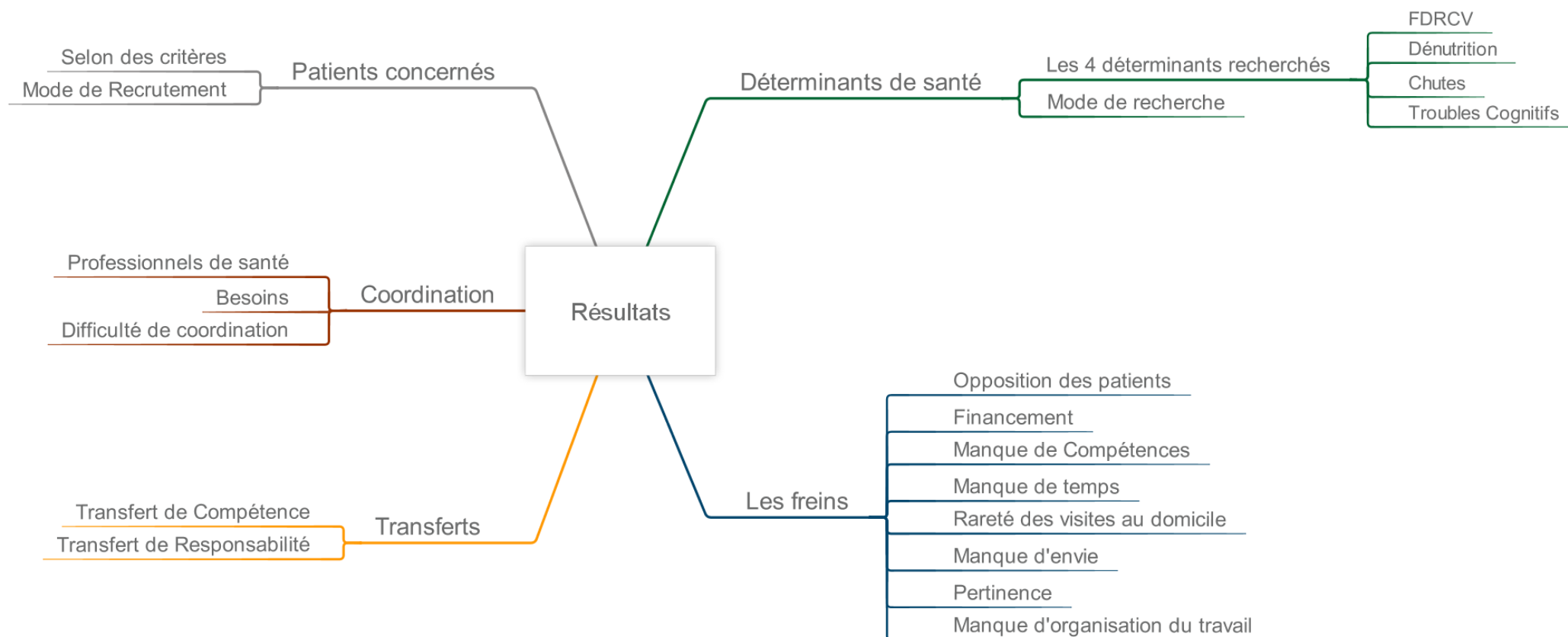
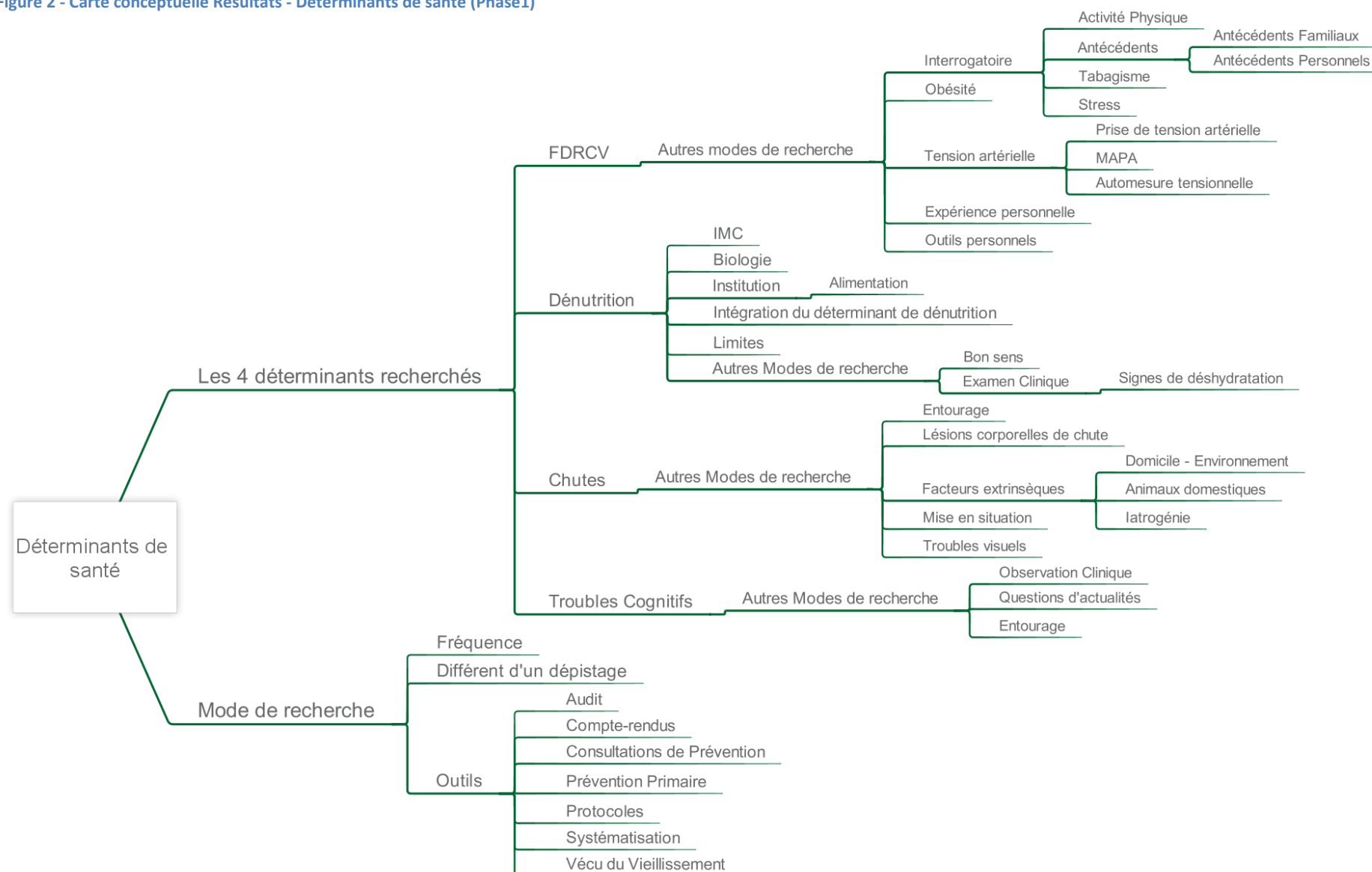


Figure 2 - Carte conceptuelle Résultats - Déterminants de santé (Phase1)



Les déterminants de santé

Autres modes de recherches des déterminants de santé

Parmi les 4 déterminants de santé vus ci-dessus, il existe des outils validés simples de médecine ambulatoire de premiers recours. Mais les médecins les recherchent parfois autrement.

Les facteurs de risques cardio-vasculaires

Pour les Facteurs de risques cardiovasculaires, les médecins recherchent en premier lieu par l'interrogatoire, les antécédents personnels d'HTA et les antécédents familiaux.

MG7

Les antécédents, dans l'anamnèse, les AIT, les AVC, les hypertensions familiales, les dyslipidémies familiales, s'ils ont déjà eu du cholestérol,...

L'HTA au domicile est recherchée par trois méthodes différentes. Soit par une prise tensionnelle systématique au cabinet, soit par un Holter tensionnel pour lequel certains médecins généralistes possèdent le matériel nécessaire au cabinet, soit par une auto-mesure tensionnelle par le patient lui-même.

Un des médecins rappelle que la prise de tension au cabinet devient moins pertinente au regard des nouvelles recommandations de diagnostic d'HTA. Cependant, il tient à cette pratique comme un outil de la relation médecin-patient.

MG6

en fait suite aux dernières recommandations, finalement la prise de tension artérielle au cabinet, la prise de tension médicale stricte est en train de perdre un petit peu de son importance. Mais en même temps il y a autre chose dans la prise de tension que d'obtenir un chiffre tensionnel. Dans la relation avec le patient. Donc en même temps je n'ai pas envie de l'abandonner complètement.

Le mode de vie est aussi scruté par le tabac, la sédentarité, l'activité physique, l'obésité ou le stress.

Un des médecins recherche le tabac par son expérience personnelle :

MG7

L'odeur. Je suis un ancien fumeur, quand il pue le tabac je lui en parle, quand il tousse je lui en parle, je leur en parle tout le temps. Je suis un ancien fumeur donc...

Un des médecins généralistes rappelle cependant que l'obésité ne rentre pas dans le score de Framingham.

MG6

Alors après il y a la question de l'obésité, du surpoids, mais ça ne fait pas stricto sensu parti des facteurs de risques cardio-vasculaires ; donc j'en tiens compte mais je ne le mets pas dans la liste des facteurs de risques cardio-vasculaires.

La sédentarité et le stress ne font également pas parti des facteurs de risques intégrés dans le score de Framingham.

Un des médecins a mis en place un outil personnel pour la recherche des facteurs de risques cardiovasculaires. Il présente une feuille A4 qu'il remplit avec le patient ; ce questionnaire cote l'ensemble des facteurs de risques cardiovasculaires et permet ainsi de définir son objectif biologique de LDL-cholestérol. Puis le médecin date et signe la feuille, et fait signer le patient avant de l'intégrer dans son dossier médical. Son objectif est de sensibiliser ses patients et de créer un contrat moral de traitement.

Enfin, selon les facteurs de risques cardiovasculaires, les médecins les recherchent soit systématiquement, soit s'ils soupçonnent un risque.

MG6

Je crois oui. Je crois même que je suis un peu obsessionnelle dessus.

MG9

Je les recherche dès que je les soupçonne. Dès que je soupçonne un facteur de risque cardio vasculaire.

En termes de fréquence de recherches de ces facteurs de risques cardiovasculaires, les consultations pour les certificats d'aptitude au sport sont des moments privilégiés.

MG7

Chez les sportifs, savoir s'ils ont des problèmes lorsque je fais les certificats.

La dénutrition

Pour la dénutrition les médecins utilisent essentiellement les indicateurs vus ci-dessus.

Les autres recherches concernent l'examen clinique avec des signes de déshydratations notamment :

MG2

Pli cutané, dénutrition, ouais voilà, pli cutané, état de conscience, des trucs comme ça

Toutefois, ils précisent le facteur d'inégalité en lien avec la précarité.

MG6

Je suis peut-être un peu moins vigilante la dessus. A part l'IMC et l'albumine et puis l'interrogatoire, je ne sais pas je vais dire l'alcool. Est-ce qu'il y en a d'autres, et est-ce que je les recherches... Ah si après le social, la précarité sociale.

Le rapport de la dénutrition à la santé mentale est également mis en exergue.

MG7

J'essaie de discuter de l'alimentation mais la dénutrition chez les vieux c'est d'abord un problème psychique. Donc il faut plus s'occuper de comment ils vont dans leur tête et du coup on retombe toujours sur l'alimentation car l'alimentation c'est le plaisir et en fait ils perdent du

Les chutes

Les recherches de chutes par les tests validés vus précédemment sont peu utilisées par les MG. Ils recherchent principalement les chutes auprès de l'entourage des patients.

MG9

La famille, et après souvent il y a l'entourage. Les personnes, les aides-soignantes, les aides à domicile.

Puis l'examen clinique et la découverte de signe en faveur.

MG9

Bah en général quand c'est l'entourage qui me dit, bah il est tombé souvent, il s'est blessé, ... elle a des genoux abimés, des bleus aux coudes, bah voilà... elle est tombé...

Les facteurs extrinsèques de risques de chutes sont recherchés notamment lors des visites à domicile. Les médecins recherchent :

- ce qui dans l'habitat ou l'environnement pourrait augmenter le risque de chute.

MG7

Ce que je fais souvent c'est leur faire retirer leur tapis, leur faire retirer leurs savates. C'est plus ça.

- Les animaux domestiques sont aussi vus comme un facteur de risque de chute.

MG2

Quand je vais chez eux, je regarde les fils, les machins, les tapis, les chiens, le chat, mais bon...

- La iatrogénie médicamenteuse est également référencée

MG5

je recherche s'il n'y a pas de traitements sédatifs

Parmi les facteurs de risque intrinsèques, seule la vision est référencée.

MG7

Je vérifie leur vue

Pour évaluer ce risque, les médecins utilisent également des mises en situation.

MG9

Et puis je lui enlève sa canne et lui demande de marcher un peu.

Enfin un des médecins rappelle la pertinence d'une action menée par l'Assurance Maladie proposée à toutes les personnes de plus de 65 ans pour les risques de chute.

MG2

Il y avait une ce que faisait la sécu. Elle proposait à tous les gens de plus de 65 ans, vous n'avez pas eu cela ? L'éducation justement des chutes, des risques,... Et bien ça je trouvais ça plutôt pas mal. J'ai encouragé tous les patients qui m'en avaient parlé à y aller. C'était 3 séances je crois, sur l'éducation des chutes, puis les accidents domestiques chez les gens de plus de 65 ans. Cette fois c'est une bonne initiative.

Les troubles cognitifs

Pour les troubles cognitifs, les médecins font appels à leur observation clinique.

MG5

Dans le dialogue, [...]

Ou même toi, ton patient, quand tu l'as suivi un certain temps, tu te rends compte qu'il y a un petit changement. Et donc à partir de là...

Tu vois par exemple, j'ai eu une patiente une fois qui est venue ça faisait plusieurs fois qu'elle venait, tous les mois, alors qu'elle a des traitements pour 3 mois. Ça fait plusieurs fois qu'elle faisait le coup. Donc là il y a peut-être vraiment quelque chose qui ne va pas. Donc la du coup, je lui ai demandé de voir l'infirmière Azalée pour lui faire les tests.

MG9

Oula, ça ce n'est pas quelque chose que je fais facilement. Je me rends compte au cours de la consultation.

Des questions d'orientation spatio-temporelle sont aussi parfois introduit dans la conversation comment élément de dépistage.

MG4

Alors moi par l'interrogatoire, les repères dans l'espace et dans le temps.

[...] Alors moi je pose toujours la question, « alors, vous avez quel âge, ? » Voila. Bon quelques petites questions tests que j'ai, sans faire un

MMS

MG2

Les questions à la con quoi, qui est le président de la république, qu'est-ce qu'ils ont regardé à la télé hier, enfin les questions...

Le patient lui-même et parfois son entourage signalent eux-mêmes qu'il y a parfois des troubles.

MG6

Quand il y a une signification de la part du patient ou de sa famille qu'il y a peut-être quelque chose qui ne va pas...

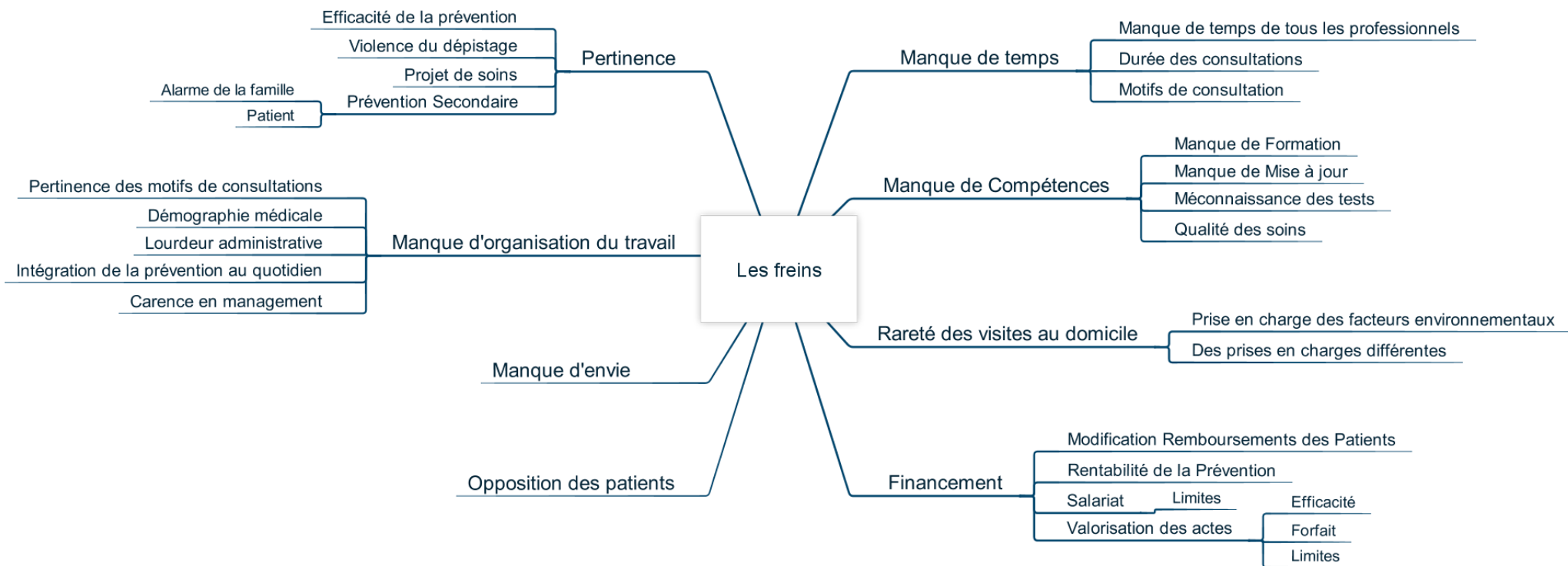
MG5

ou parfois c'est le patient lui-même qui va te dire, qu'il te fait comprendre qu'il a des oublis

MG2

Parce que, il faut vraiment, parfois c'est la famille qui me sollicite plus que moi, sauf si vraiment je le vois.

Figure 3 - Carte Conceptuelle Résultats - Les Freins (Phase1)



Les freins à la recherche de ces déterminants de santé

Au cours de ces entretiens, l'exploration des freins à la recherche de ces déterminants de santé faisait partie des objectifs du travail.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence un certain nombre d'éléments :

- L'opposition des patients à cette prise en charge
- La question du financement des actes médicaux
- Un manque de compétence
- Un manque de temps
- La rareté des visites au domicile
- Un manque d'envie
- La pertinence perçue de ces recherches par les professionnels
- Un manque d'organisation du travail

Nous allons reprendre ici ces points un par un.

L'opposition des patients à cette prise en charge

Les médecins expriment que ces actions de prévention ne peuvent toucher l'ensemble de la population et que probablement ceux à qui cette prise en charge bénéficierai le plus, n'en profiterons pas.

MG2

Non, jamais tous les patients. Parce qu'il y en a qui ne se présenteront jamais au cabinet. Donc à moi d'aller les pêcher dans la rue, vous ne les verrez jamais. Je vous dirai par exemple, ma mère il y a je ne sais pas combien de temps qu'elle n'a pas fait de prise de sang parce qu'elle n'a pas de pathologie, parce qu'elle n'a pas de trucs, de temps en temps je lui dis qu'il faut voir la tension, qu'il faut voir le truc, mais si non, elle ne va jamais voir un médecin. [...] c'est comme à la coloscopie, le fait d'envoyer aux gens, vous allez recruter, vous êtes sûr de recruter ceux qui l'ont déjà fait, mais ceux qui sont vraiment réfractaires, vous ne les recruterez pas. Vous pouvez leur donner un rendez-vous ils ne viendront pas. Il y a est toujours une partie de la population que vous ne pourrez pas dépister.

La prévention organisée du cancer du sein par mammographie est citée comme un bon exemple de prévention car elle permet d'atteindre une population qui ne consulterait pas sans cela. Cela permet alors de réaliser des actions de prévention.

MG2

Le système Orchidée c'est bien, parce qu'il y avait des tas de femmes que l'on ne voyait jamais car elles avaient 50 ans, parce qu'elles étaient en forme, et puis parce qu'elles ne sollicitent pas.

Les médecins abordent également les patients opposants aux prises en charge proposées ou les patients non compliants. Cela semble créer une certaine tension chez eux.

MG9

Bah la gestion des personnes âgées c'est particulier. Si tu leur dis, si tu essaies de les amener à ce que tu voudrais, elles ne se laissent pas forcément faire et elles se mettent en colère, tout du moins je parle des personnes qui relèvent de ces aides, et toi tu es obligé de lâcher parce que si non ça se termine en... bah on s'affronte. Je laisse, je laisse tomber.

Afin d'améliorer la compliance des patients, un des médecins propose de modifier les remboursements des actes médicaux selon le respect de certains pratiques de prévention.

MG2

Je leur dis d'accord, vous ne le faites, pas, je suis d'accord, mais après quand vous aurez un cancer du colon, ça vous ne sera pas remboursé. [...] ceux qui vont avoir un cancer du colon à 50 ans et qui n'ont pas fait de dépistage, la prise en charge ne sera pas totale. Je pense que c'est un moyen de pression pour faire adhérer les gens au truc.

Regards croisés

Les paramédicaux rappellent qu'il est aujourd'hui difficile de vieillir et que les professionnels de santé n'en tiennent pas compte dans leurs pratiques.

IDE 2

Que la souffrance psychique liée à l'idée qu'on peut se faire du vieillissement de notre corps et notre esprit c'est vraiment quelque chose à prendre en compte et je crains qu'aujourd'hui ce ne soit sous-diagnostiqué et sous-traité. [...]

Car je crois que quelque part on a intégré le fait que vieillir... bah effectivement c'est logique, et que être triste, avoir moins d'allant quand on est vieux c'est normal. Je ne suis pas d'accord. Si on est bien pris en charge sur le volant psychiatrique et psychique on peut éviter qu'il y ait des gens qui se mettent à se morfondre, qui se mettent à s'isoler.

Ils proposent alors un travail d'aide à l'acceptation du vieillissement comme processus physiologique et inéluctable.

IDE 2

Moi je pense que mon rôle va plutôt être dans l'acceptation des étapes de la vie. Et c'est vrai que souvent ce qu'on peut voir dans certaines périodes assez clés, la cinquantaine chez la femme par exemple, il va y avoir des épisodes assez tristes parfois des dépressions. Donc là c'est plutôt travailler sur le fait qu'on ne se résume pas à une enveloppe et à un image, et comment développer d'autres compétences, regarder un peu plus les valeurs, les actions à mettre en regard de ses propres valeurs. Mais c'est aussi un travail d'acceptation. C'est inéluctable le vieillissement. Donc lutter contre à mon sens ça ne sert pas à grand-chose.

La question du financement des actes de prévention

Les médecins soulignent avec force la pertinence économique de la prévention. Ils regrettent que celle-ci ne soit pas renforcée car elle pourrait réduire les frais médicaux et améliorer la santé des personnes.

MG3

Ah bah, je pense que si on faisait beaucoup plus de prévention, on aurait beaucoup moins de souci de maladie, ou d'effet secondaire de ces maladies. A mon avis, ce serait, ça coûterait moins cher à long terme.

MG7

Voilà on n'est pas bon car le système n'est pas centré sur la prévention, c'est ça qui rapporte de l'argent. On est dans le soin, on est SOS médecin qui répond à toutes les demandes, mais surtout pas de la prévention. Ce n'est pas SOS Médecin qui va faire de la prévention. Ça ne rapporte pas d'argent, donc ils ne vont pas faire de la prévention. Donc voilà le système de santé dépense de bêtement de l'argent sans se soucier des gens.

Ils préconisent alors une valorisation des actes de prévention.

MG4

Alors si c'est à nous de le faire, il faut vraiment qu'on ait des actes,... enfin que la tarification des actes soit en rapport. Car voilà tu fais un MMS tu fais un truc, pffffff... ; si tu fais le Up& Go, ça passe du temps. Et si tu veux tout faire dans une même consult' l'alimentation, la chute et tout, bah voilà, on est à l'arrache, on ne peut jamais faire ça. Pourquoi beaucoup de nous ne font pas tout ça, parce que voilà, la rémunération ne va pas avec.

MG5

Peut-être que si ça rentrait dans un plan de prévention avec une codification différente au niveau du paiement, peut-être que ça motiverait les gens à le faire plus, au-delà du fait que c'est le rôle de chacun de le faire

Ils insistent sur le fait que le système de financement ne priorise pas la prévention et que pourtant celle-ci est constamment rappelée comme faisant partie des rôles principaux demandés aux médecins généralistes.

MG6

Bah c'est des choix à faire. Est-ce que ça nous semble important que la prévention soit... cette notion de prévention, de dépistage, il faut alors mettre les moyens pour que. Mais c'est là où c'est un peu ambigu le système en France. Car il y a beaucoup de « il faut ». On a l'impression que ça pourrait être mieux au niveau des moyens alloués à l'atteinte de ces objectifs.

Toutefois la valorisation des actes crée chez certains une gêne dans son application. Demander aux patients une somme d'argent supérieure qu'à celle de la consultation habituelle semble poser problème.

MG9

Je n'y arrive pas. Je ne peux pas. Voilà parce qu'elles ont une retraite qui n'est pas très élevée, et que je veux être sûre qu'elles seront remboursées et donc voilà...

Il est alors plus facile pour eux de réaliser ces cotations différentes chez les personnes n'ayant pas à avancer les frais médicaux comme les personnes bénéficiant de la CMU ou de l'ALD. Pour ce fait, il leur arrive d'utiliser les ALD non en rapport avec l'acte effectué.

MG9

Bah il faut faire marcher les cotations. Mais le problème c'est que souvent ces personnes-là ne sont pas en CMU, elles me règlent, si quelques fois elles sont en ALD, mais il faut pouvoir les faire rentrer... parfois elles sont en ALD pour autre chose... et les tests voilà il faut aussi que ça puisse rentrer dans quelque chose.

Le type d'acte coté semble avoir son importance. Ils acceptent plus facilement de demander une cotation plus élevée pour des actes techniques que pour la réalisation de tests.

MG9

Parce que c'est codifié. 23 euros c'est la base. Mais faire payer en plus j'ai beaucoup de mal. Sauf alors des choses différentes, un frottis par exemple, un ECG, poser un stérilet ça me pose pas de problème car c'est beaucoup plus... on fait ça donc on est rémunéré pour quelque chose que l'on fait. C'est beaucoup plus... alors que faire les tests c'est beaucoup plus vague, c'est moins... palpable.

Le rapport à l'argent chez les médecins est vu par certains comme un frein à la bonne prise en charge.

MG5

C'est notre prise en charge à nous en fait. C'est peut-être ça le problème. Parce qu'on est toujours en train de courir après l'argent. Faut vraiment avoir un bon mental pour se dire que là c'est bon, c'est juste ce qu'il faut. Peut-être il faudrait avoir moins de charges ? (rires). Non je ne sais pas.

Le salariat est alors évoqué comme une solution possible à cette problématique du financement à l'acte.

MG4

C'est de pouvoir travailler en adéquation avec nous, d'avoir, le mieux c'est d'avoir quelqu'un de salarié, mais ce serait mieux aussi pour nous si on n'était pas payé à l'acte, voilà...

Toutefois, d'autres médecins ne conçoivent pas le salariat comme une solution viable. Le système libéral est pour eux le moyen de répondre aux besoins de santé de la population avec plus de pertinence en termes d'accès aux soins. Celui-ci serait renforcé par un sentiment de responsabilité directe aux patients.

MG4

Oui mais, le secteur libéral. Le problème c'est que c'est toujours un problème de fric. Moi je trouve ça bien et plus efficace que le système public, mais notre problème à nous c'est qu'on court toujours derrière l'argent. Alors est-ce que si un jour on devenait des salariés, on garderait toujours la même pertinence ? Je ne sais pas faut voir.

[La pertinence ?]

La pertinence c'est-à-dire, c'est se dire, ah, tiens il est 17heures, c'est bon, je rentre chez moi. Ou le fait de se dire, oui mais j'ai tel patient qui ne va pas très bien, je vais quand même repasser le voir, voir s'il n'est pas tombé, voir si voilà... des fois on a ça. Et pour moi, j'ai l'impression que ce serait pareil, mais voilà, c'est une globalité. Est-ce qu'il n'y aurait pas une déviance après à se dire, je suis salarié,... Nous on est pertinent car on a envie que nous patients aillent bien, on a envie qu'ils ne tombent pas, qu'ils soient... c'est ça notre « supériorité ».

Quel que soit le mode de valorisation, ils proposent que celui-ci ne concerne pas uniquement les médecins mais l'ensemble des professionnels concernés dans la prise en charge. Ils signalent la possibilité de mise en place de forfait de prise en charge.

MG3

Alors là ? Moi je n'ai jamais trop de soucis, car pour les soins palliatifs, moi si j'allais en visite, j'avais une visite prise en charge, mais ce qui m'embêtait beaucoup c'est de demander à une infirmière de venir pour qu'on fasse le point et d'en discuter avec eux ; aide-soignante ou autre au pied du lit car je sais qu'ils ont des forfaits. Donc peut-être un forfait ?

Un manque de compétence

Le manque de compétence à la recherche de ces déterminants de santé est évoqué comme un frein à la recherche de ces déterminants.

Les raisons évoquées sont un manque de formation sur ces questions et les problèmes de mises à jour.

MG1

C'est vrai que je ne suis pas formé, je ne suis pas sensibilisé, alors c'est vrai que je ne suis pas forcément compétent.

MG3

Oh, il faut peut-être entretenir ses compétences.

D'ailleurs un des médecins s'était formé à la capacité de gériatrie pour devenir médecin coordonnateur en EHPAD et reconnaît que cela lui a permis d'être plus sensibilisé à ces préventions.

MG8

Chez les personnes âgées oui j'y fais attention. J'ai suivi un cursus non pas pour être gériatre mais pour être médecin coordonnateur en EHPAD. Donc a été assez sensibilisé là-dessus.

Certains médecins reconnaissent ainsi une méconnaissance de ces tests de dépistage ou une méconnaissance de la façon dont ils peuvent être utilisés en pratique courante.

MG4

Oui car si je ne les connais pas, je ne les connais pas, je ne sais pas les faire.

MG5

Peut-être mieux formés à tous ces tests. On les connaît dans la théorie, dans la pratique, ne les en jamais fais, je ne suis pas sûre d'être hyper performante. Euh... Je ne sais pas trop.

Enfin, certains médecins généralistes pensent être moins performants que d'autres professionnels pour réaliser ces préventions.

MG8

On n'a sûrement pas toute la compétence, comme je disais, les gens qui faisaient ça en neuro en consultation sont plus compétents que nous.

Regards croisés

Les professionnels paramédicaux soulignent également des fréquences de mises à jour des connaissances trop peu importantes de la part de l'ensemble des professionnels de santé.

KINE2

De part ma formation je suis au fait des dernières recommandations, que ce soit au niveau de l'état, de l'ARS, de toutes ces choses-là, le personnel gardent ses formations depuis 15-20 ans. Donc il y a un décalage là.

Un manque de temps

Le manque de temps est le facteur qui revient le plus fréquemment et avec le plus d'insistance parmi les freins évoqués. Il est même expliqué qu'aucune valorisation financière ne pourra compenser ce problème de gestion du temps.

MG1

Ce n'est pas en proposant une rémunération qu'on va rallonger mon temps. Pour moi c'est le problème de temps. Ce n'est pas un problème d'argent, non.

Cet argument n'est toutefois pas partagé par tous. Pour d'autres la question financière est ce qui empêche de dégager du temps pour des actes plus long.

MG8

Non je ne vois pas trop. Car je travaille du lundi au vendredi du matin jusqu'au soir et je ne m'arrête qu'une heure à midi. Donc je ne vois pas trop comment dégager du temps dans l'état actuel des choses pour garder et les revenus, car si ça baisse ça pose des problèmes et pouvoir faire des actes plus lents et plus étalés.

La durée des consultations est souvent incriminée comme facteur limitant à la bonne réalisation de ces actes de prévention plus longs.

MG6

On peut tout faire. Après on reçoit beaucoup d'injections, d'injonctions de dépistage, après il faut être plus collé sur la réalité de terrain. Si tu te bases sur une consultation d'un quart d'heure de terrain après c'est compliqué de tout faire.

Certains médecins reconnaissent cependant ne pas prendre le temps car cela est chronophage.

MG1

C'est vrai qu'il faudrait qu'on le soit, mais c'est vrai qu'on ne prend pas forcément le temps.

Les médecins décrivent également une difficulté à prendre le temps de réaliser de la prévention lors de consultations déjà bien chargées par d'autres motifs de consultations. Ils regrettent de ne pas voir leurs patients pour des consultations dédiées à de la prévention.

MG7

Ils viennent pour des motifs aigus, il faudrait qu'ils viennent pour des motifs de prévention

Enfin, il est aussi mis en perspective que le manque de temps ne concernerait pas que les médecins généralistes eux-mêmes mais également les autres professionnels prenant en charge les patients.

MG3

Moi ça ne me dérange pas de faire la prescription, après est-ce que l'infirmière a le temps de faire tout ça ?

Regards croisés

La durée des consultations des médecins généralistes est aussi référencée par les professionnels médicaux.

IDE 3

Ah bah s'il n'y a pas l'infirmière Asalée pour faire des tests cognitifs, ça c'est certain. Ça prend du temps de faire des tests. Donc je pense que quand tu prévois de faire des consultations en 15 minutes, c'est pas assez pour faire le test. Donc manque de temps, ça c'est sûr.

Ils décrivent également la problématique du motif de consultation. Les patients ne se présentent que très rarement pour réaliser des actions de prévention seulement.

KINE1

Le médecin traitant dans sa cahute n'a pas toujours le temps car les patients viennent pour quelque chose d'aigu, un problème cardiaque, un problème vital donc tu n'as pas toujours le temps.

La rareté des visites au domicile

La diminution de fréquence des visites au domicile est pour les médecins généralistes un facteur limitant les actes de prévention.

Ils permettent de prendre en charge les risques réels au domicile et de s'intéresser aux risques spécifiques encourus par chaque patient.

MG2

Alors quand je suis en visite je vais avoir tendance à jeter un œil sur l'environnement, regarder par exemple l'autre jour une dame qui a son truc d'oxygène et il y a un grand fil qui circule partout donc je lui ai fait ranger pour qu'elle ne se prenne pas les pieds dedans.

Par ailleurs, les médecins reconnaissent que les patients nécessitant des soins au domicile n'ont pas les mêmes facteurs de risques que ceux pouvant se déplacer au cabinet.

MG2

Mais parce que je n'y pense pas forcément et parce que je fais peu de visites parce que les gens viennent là et ont peut-être moins de risques de chute que lorsque je vais chez eux. Et donc je vais peut-être moins m'intéresser... bon s'ils sont tombés déjà une fois, donc c'est vrai que je vais rechercher s'ils ont des tapis des trucs comme ça, mais c'est vrai que je fais peu de visites.

Enfin, les visites permettent également de vérifier des comportements individuel par des faits objectifs et non seulement par du déclaratif des patients.

MG3

Oui, des fois je regarde ce qu'il y a dans le frigo,

Regards croisés

Les paramédicaux décrivent l'importance de ces visites à domicile et comment les infirmiers notamment pourraient de ce fait jouer ce rôle-là.

IDE 1

Oui ça devrait notamment une infirmière qui va au domicile des patients pourraient devoir rechercher ces facteurs de risques de chutes et pourquoi pas faire ces test de là.

C'est vrai qu'au domicile on voit plus les facteurs environnementaux, après les tests peuvent être fait au cabinet.

Un manque d'envie

Certains médecins reconnaissent que l'envie peut-être un facteur décisif dans la prise en charge de ces déterminants de santé.

Pour ceux que cela intéresse, l'envie n'est pas un facteur suffisant à la prise en charge. Quant à ceux qui ne souhaite pas le faire, le manque d'envie devient un frein.

MG3

*Moi je sais que je n'ai pas le temps de le faire, et même si ça m'intéresse
[...]
Ah ce n'est pas le manque d'envie.*

MG7

*Alors qu'en gériatrie j'envoie parce que ça ne m'intéresse pas.
Du coup je ne suis pas bien formé. Je vais toujours aux formations de
pédiatrie, je ne vais jamais aux formations de gériatrie.*

MG8

Ce n'est pas ce qui me manque le plus aussi...

La pertinence perçue de ces recherches par les professionnels

Les médecins généralistes émettent par ailleurs quelque fois des doutes sur la pertinence de la prise en charge de ces déterminants de santé.

MG1

*alors après j'aimerais bien qu'on me dise, j'aimerais bien savoir la fin si on
fait tout ça bien, qu'est-ce que ça va nous apporter en termes de
pourcentage d'amélioration etc....*

En premier lieu, ils interrogent le sens de certains dépistages, notamment celui des troubles cognitifs.

MG6

*Je sais aussi qu'en principe, en tout cas dans le cadre de nos protocoles
avec l'infirmière Azalée il y a possibilité de le faire non pas en diagnostic
mais en dépistage systématique à partir de l'âge de 65 ans. Mais je crois
que ça pose quand même une question éthique dans certaines situations
notamment. Est-ce qu'il faut vraiment faire des tests de dépistage à
partir de 65 ans chez tout le monde... Voilà je ne suis pas sûre de la
réponse. En tout ça cela soulève des questions.*

Ils argumentent la violence que peut représenter un diagnostic de troubles cognitifs pour un patient.

MG9

*Je,... je... je trouve que c'est un traumatisme de trop rechercher. De faire
ces tests. Car là ça met trop la patiente ou le patient face au fait qu'il
décline et qu'il va mourir, qu'il va vers la mort... enfin qu'il va vers la fin.
Personne âgée c'est très difficile.*

Ce qui renforce cette violence, c'est l'absence de traitement curatif pour ces pathologies.

MG1

Mais évidemment, qu'est-ce que je fais de ces facteurs de risques ? Mais c'est un peu comme la maladie d'Alzheimer hein... Dépister oui, après à qui le dire ? Je crois qu'il y a certains gériatres qui disent que ça ne sert pas toujours de le dire si on n'a rien à proposer aux gens.

Ils reconnaissent être démuni pour proposer un projet de soins en cas de diagnostics de troubles cognitifs.

MG5

Bah le problème c'est que tu peux difficilement... Bah tu peux travailler sur la mémoire après, mais... à part faire des ateliers, faire travailler la mémoire, il n'y a pas grand-chose de plus à faire de nos jours.

Par ailleurs, certains de ces actes de prévention n'ont lieu qu'en termes de prévention secondaire. Ceci interroge sur la place de la prévention primaire en médecine de premier recours.

MG2

Pas forcément, ça c'est vrai que j'attends parfois qu'ils soient déjà tombés.

Parmi les 4 déterminants de santé, seuls les facteurs de risques cardio-vasculaires semblent être réalisés en prévention primaire. Les médecins généralistes pensent même qu'ils peuvent être les plus efficaces pour cette prévention.

MG2

Je ne pense pas que les autres ne sont pas capables de le faire, je pense que c'est plus efficace si on fait tout nous-mêmes et au cours d'une consultation ce n'est quand même pas quelque chose qui prend beaucoup de temps.

Regards croisés

Les paramédicaux reconnaissent que les MG semblent démunis face aux troubles cognitifs. Ils soulignent par ailleurs qu'il existe des prises en charge à proposer aux patients et à leur entourage auprès notamment du secteur social.

IDE 3

Parce qu'ils ne savent pas quoi en faire après. Quand il y a des tests pathologiques, qu'est-ce qu'on en fait ? Ils sont démunis par rapport à ça. On en a discuté avec Avenir Santé du CCAS, ils ne voient que des Médecins généralistes qui leur disent qu'ils ne savent pas quoi faire alors que le CCAS au contraire leur dit que mais si il y a pleins de choses à faire. [...] ils manquent d'information je crois. Oui. Et puis c'est lien avec même l'infirmière Asalée, moi je fais le lien avec Itinéraire Santé par exemple avec le CCAS, pour voir s'il y a des solutions à apporter. Parce qu'envoyer à un spécialiste pourquoi pas, mais ok qu'est-ce qu'on fait ? Il y a des réseaux qui sont en place pour ça justement.

Un manque d'organisation du travail

Enfin, parmi les freins à la prise en charge des déterminants de santé, les médecins généralistes argumentent un problème d'organisation du travail en général, qui concerne :

- Des consultations surchargées parfois non justifiées

MG1

Je pense que le système de santé il est un peu vampiriser par des gens qui ne devraient pas venir voir le médecin, et qui prennent du temps pour ceux qui auraient vraiment besoin, ceux dont on aurait vraiment du temps à consacrer.

- Un problème de démographie médicale et d'offre de soins

MG3

Je pense qu'en fait c'est la démographie médicale, il y a de moins en moins de médecins, donc on ne peut pas non plus travailler 24h/24.

- La lourdeur administrative de leur métier

MG3

Trop de paperasserie, trop de temps à faire des papiers. Ca je pense que c'est certainement des choses qui prennent trop de temps.

- Une difficulté à systématiser ces recherches de déterminants par manque d'habitude

MG3

Non, j'y pense pas assez souvent.

MG7

parce que je n'y pense pas

- Une carence de management dans la profession en libéral

MG7

Je n'arrive pas à faire une maison médicale, mon projet d'étude je n'arrive pas à l'avancer, sur le plan organisation on n'est pas aidé. Il me faudrait quelqu'un qui manage, un mini-directeur d'hôpital qui ici manage. Car je ne peux pas organiser le soin, manager l'équipe, éduquer les autres professionnels de santé, je ne peux pas être le directeur de l'hôpital, le chef de service, le cadre de santé, il faut qu'il y ait un système qui soit mieux conçu.

Regards croisés

Concernant l'organisation des soins, un des kinésithérapeutes donne l'exemple de séances de kinésithérapie qu'il organise pour des patients ayant des besoins similaires. Cette organisation permet par ailleurs la rencontre entre ces patients qui peuvent ainsi échanger entre eux.

KINE1

Non après je m'organise. J'ai 3 papis que je vois en même temps pendant une heure, une séance de kiné pendant une heure. Ils ont le temps de papoter, le temps de se reposer, le temps de communiquer, et d'échanger sur ce qu'ils ont mangé à midi, ce qu'ils ont fait, ce qu'ils n'ont pas fait. Et c'est donc vraiment un temps pendant une heure, alors ils sont crevés après pendant une heure, ils prennent une journée à s'en remettre, mais voilà je me suis organisé pour faire un travail globale sur ces trois personnes-là qui viennent pour un Parkinson, etc... et là c'est un vrai travail de gériatrie que je peux faire.

Les paramédicaux décrivent également une lourdeur administrative et notamment dans les rapports interprofessionnels pour des prises en charges globales.

KINE2

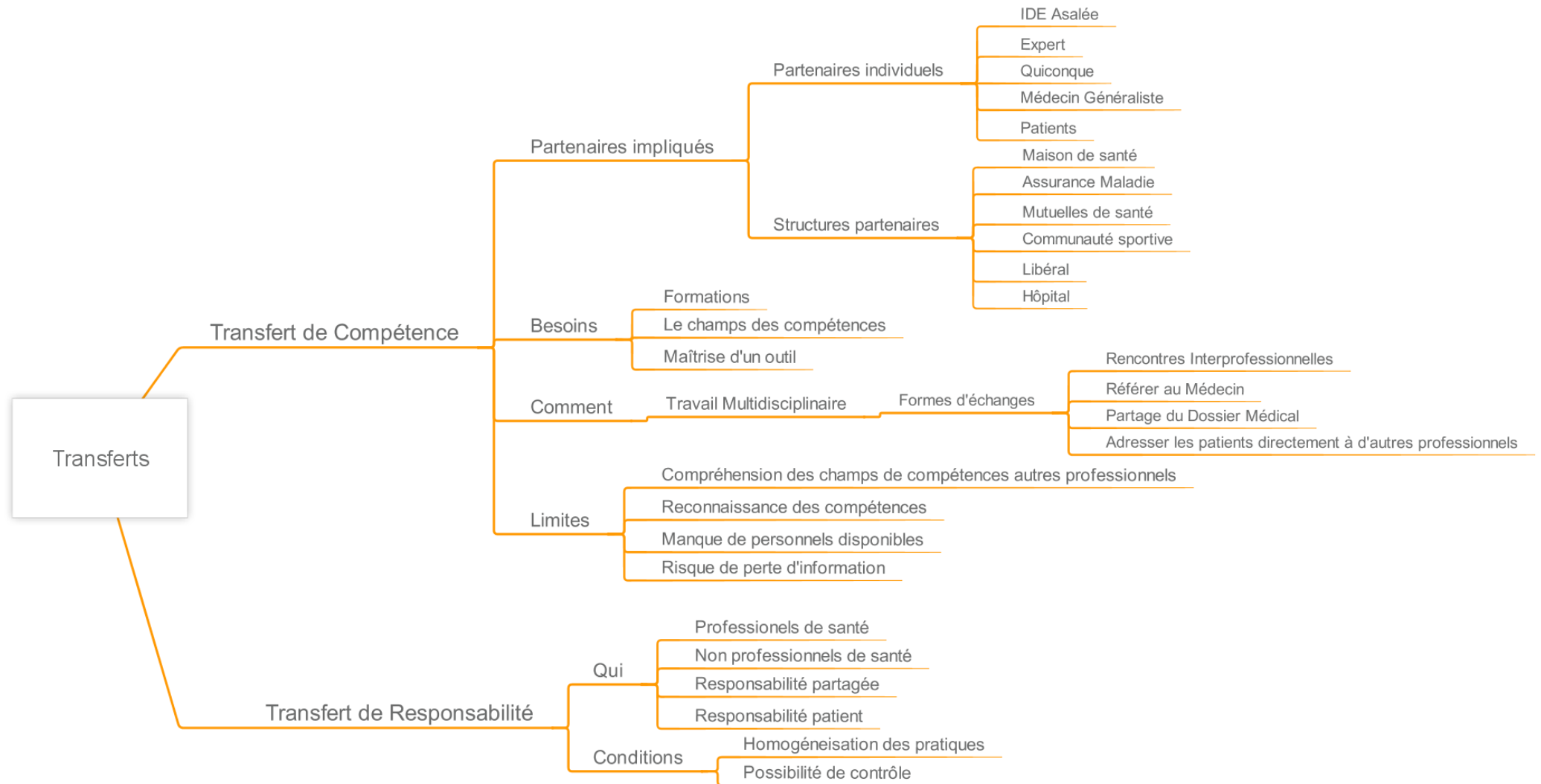
Et on est pas, bon après il y a le système de la lourdeurs administrative, quand il y a une personne âgée qui est obligée de passer par le médecin pour avoir une ordonnance pour que le kiné fasse son boulot, c'est beaucoup de travail et d'argent en plus qui pourrait ne pas l'être. Si l'équipe travaille ensemble, peut-être qu'on peut effectivement éviter quelques petites lourdeurs.

Enfin, ils décrivent comment la routine et les habitudes deviennent un frein à la qualité des soins proposés. Il donne ici l'exemple des EHPAD et de l'apport des intervenants extérieurs.

KINE2

Oui. Il y a alors... en EHPAD, il y a une routine qui se met en place, et mon Dieu, je ne vois pas comment cela pourrait être autrement. Ça me semble difficile. [...] Et quelque part notre présence du coup en tant que libéral, c'est-à-dire qui rentre dans l'EHPAD et qui en ressort peut amener certainement des choses, [...] je pense que notre richesse c'est qu'on est pas complètement dedans, ce qui peut amener un petit mieux à ce personnel qui est dans cette routine.

Figure 4 - Carte Conceptuelle Résultats – Transferts (Phase1)



Les transferts de compétences et de responsabilité

Les partenaires des transferts

Le transfert de compétences et ou de responsabilité n'est pas proposé par tous les médecins généraliste pour tous les partenaires. Chaque médecin a fait des propositions différentes. Toutefois, le tableau ci-dessous représente les partenaires proposés au moins une fois par un médecin, quel que soit le type de transfert par déterminants de santé.

Tableau 4 - Partenaires proposés pour un transfert de compétence et ou de responsabilité par déterminant de santé

	FDRCV	Dénutrition	Chutes	Troubles Cognitifs
Professionnels de santé				
Médecin Généraliste	✓	✓	✓	✓
Médecin spécialiste en gériatrie	.	✓	.	.
Autre Médecin	✓	✓	.	✓
Kinésithérapeute	✓	.	✓	✓
Infirmiers	✓	✓	✓	✓
Infirmier ASALEE	✓	✓	✓	✓
Diététicienne	.	✓	.	.
Ergothérapeute	.	.	✓	.
Sage-Femme	.	✓	.	.
Réseau Gériatologique	✓	.	✓	✓
Tous les professionnels de santé	✓	✓	.	.
Autres Professionnels				
Services Sociaux	✓	.	.	.
Aides au domicile	.	✓	✓	.
Autres	✓	✓	✓	.
Famille	✓	✓	✓	✓
Patient	✓	.	.	✓

Le signe ✓ signifie que le partenaire a été cité au moins une fois.

Regards croisés

Les professionnels paramédicaux rappellent qu'en institution, les professionnels paramédicaux sont formés à repérer certains déterminants de santé comme la dénutrition.

KINE2

En tout cas en EHPAD ils sont très conscient de ça, car il y a une prise de poids hebdomadaire, ceux sont des questions qui reviennent au moment des différents staffs, et des transmissions. C'est un sujet qui revient très régulièrement. Elle a pris du poids, la famille a remarqué que lalala... ça revient assez souvent.

Par ailleurs, ils proposent que le transfert de compétence puissent avoir lieu à n'importe quelle personne formée.

IDE 3

Bah... au niveau d'un kiné, quand tu vas chez un kiné, il peut faire de la prévention primaire aussi. Comment ramasser des objets sans avoir mal au dos c'est un exemple tout bête. C'est de la prévention pour éviter qu'après lorsqu'ils ont mal au dos de faire ces soins là.

Le déterminants de santé à transférer

Concernant ce transfert de responsabilité et de compétence on peut identifier qu'un désaccord existe entre les médecins généraliste sur ce qui peut ou doit être transférer en compétence ou en responsabilité.

Le tableau ci-dessous met en évidence qu'en termes de transfert de compétence, il existe un consensus sur la possibilité de sa réalisation. Cependant celui-ci doit avoir lieu dans certaines conditions.

Par contre, en termes de transfert de responsabilité, les médecins généralistes préfèrent en être garant. On note un gradient de souhait de transfert de responsabilité selon les déterminants. Ainsi, les facteurs de risques cardio-vasculaires et la dénutrition sont les moins transférables en responsabilité. Puis, les chutes et enfin les troubles cognitifs ou presque l'ensemble des généralistes souhaiteraient voir un transfert de responsabilité à d'autres partenaires.

En parallèle, l'ensemble des infirmiers et kinésithérapeute sont favorable à un transfert de compétence et de responsabilité sur l'ensemble de ces 4 déterminants de santé.

Tableau 5 - Souhaite de transferts selon les déterminants de santé

	FDRCV		Dénutrition		Chutes		Troubles Cognitifs	
Compétence	MG	IDE Kiné	MG	IDE Kiné	MG	IDE Kiné	MG	IDE Kiné
Transfert possible	8	5	8	5	9	5	9	5
Transfert nécessaire	7	5	8	5	9	5	9	5
Responsabilité	MG	IDE Kiné	MG	IDE Kiné	MG	IDE Kiné	MG	IDE Kiné
Transfert possible	4	5	4	5	6	5	8	5
Transfert nécessaire	3	5	4	5	6	5	8	5

	FDRCV	Dénutrition	Chutes	Troubles Cognitifs
Compétence	MG	MG	MG	MG
Transfert possible	8	8	9	9
Transfert nécessaire	7	8	9	9
Responsabilité	MG	MG	MG	MG
Transfert possible	4	4	6	8
Transfert nécessaire	3	4	6	8

Regards croisés

Les professionnels paramédicaux soulignent qu'ils manquent de compétences pour rechercher correctement ces déterminants de santé notamment l'impossibilité de prescrire des biologies. Ils font alors appel à leur sens clinique.

KINE1

Il y a ce qu'ils boivent, ce qu'ils mangent. J'ai pas de moyens, ... j'ai pas d'analyse si tu veux. Je ne peux pas les lire, je n'ai pas les compétences pour les lire. Mais après j'ai du bon sens : c'est-à-dire, est-ce qu'ils boivent ? Est-ce qu'ils mangent ? Donc est-ce que je cherche des facteurs de risques autrement ? ce serait la boisson. Après c'est du bon sens.

Toutefois, un infirmier apporte un témoignage personnel pour rappeler que la dénutrition n'est pas un déterminant de santé toujours cliniquement décelable. Elle exige une recherche spécifique.

IDE 3

Alors moi j'ai l'exemple de mon grand-père. Il est suivi par un médecin généraliste. Et quand il a eu une chute par rapport à son diabète il est arrivé aux urgences du CHU, et moi j'accompagnais ma grand-mère, et là on m'a juste expliqué qu'il était dénutri. Et en fait j'en étais super étonné si tu veux. Parce que dans la gestion au quotidien par le médecin traitant, il n'y avait jamais eu cette notion de dénutrition. Physiquement il ne paraissait pas, ce n'est pas du tout au niveau de l'aspect physique.

Il est à noter que dans le protocole ASALEE, les infirmiers peuvent prescrire et être à l'initiative de certaines prescriptions.

IDE 1

Après moi je vais voir un patient pour un problème de diabète et qu'il me parle de problème de mémoire et qu'il a plus de 65 ans, je vais lui proposer des tests de mémoires.

Regards croisés

Les professionnels paramédicaux évoquent également d'autres moyens de recherche de ces déterminants de santé concernant notamment les risques de chutes et les troubles cognitifs.

KINE1

Oui, alors ce n'est pas le Up&Go, mais après il y a les Tinetti tests, il y a pleins d'autres tests que je fais. [...] Il y a le Tinetti, et après moi je pars avec eux et on va se ballader. Je fais un test sur le terrain réel.

IDE 1

Oui j'ai d'autres tests. Les 5 mots de Dubois, j'ai un test de dépression, un test sur les gestes de la vie quotidienne iADL.

Le transfert de Compétences

Les Partenaires du transfert de compétences

Les partenaires individuels

Les médecins généralistes envisagent ce transfert de compétence auprès d'un partenaire avec lequel ils travaillent déjà : les infirmières ASALEE

MG3

Alors moi je connais que la structure Azalée, mais c'est sûr que je suis très content de l'action de Pauline, et je pense que l'on n'a pas encore exploité toute les possibilités que cette structure peut nous offrir. Mais aussi parce que je connais la personne qui en est à son origine

D'autres médecins proposent la création d'un métier d'expert dans le domaine qui aurait la charge de cette prévention.

MG5

Sauf si on créer des postes, des nouveaux métiers avec des gens qui ne feraient que ça. [...] Ce serait des délégués médicaux spécial facteurs de risques. Pourquoi pas. Il y a bien des gens qui ne sont formés qu'à faire des ECG

MG7

Ah oui oui oui, si j'avais un aide dans le cabinet, si j'avais quelqu'un qui s'occuperait juste des vieux, je lui enverrai plus de vieux.

Pour d'autres médecins, quiconque qui serait amené à prendre une personne en charge devrait pouvoir avoir les compétences pour réaliser cette prévention.

MG9

Bah... après c'est ... on peut transférer à l'entourage du patient, on peut transférer au pharmacien, on peut transférer à tout un tas de personne. [...]On peut demander à chaque personne qui est en contact avec le patient d'avoir un contact avec.

MG8

Tous les gens qui vont chez eux, pour les aides à domicile, les infirmiers devraient être à même de le dire aussi.

Cependant, pour certains, les médecins généralistes restent actuellement les mieux placés pour réaliser la recherche et la prise en charge de ces déterminants de santé.

MG6

Je pense que c'est en train de changer. Aujourd'hui si le médecin généraliste ne le fait pas, ce n'est pas encore assez bien structuré pour que ce soit fait complètement ailleurs, mais ça ne me choquerait pas qu'un jour ce soit une infirmière qui le fasse ou un référent soignants pour le patient. Ça ne me choquerait pas.

Une des raisons avancée est la difficulté du partage d'information avec de multiples intervenants.

MG2

C'est que si on commence à tout transférer, après, vu la difficulté qu'on a à coordonner nos actions, si on ne le fait pas nous même, on n'est pas sûr de pouvoir tilter, de pouvoir l'avoir. Je ne pense pas que les autres ne sont pas capables de le faire, je pense que c'est plus efficace si on fait tout nous-même et au cours d'une consultation

En cas d'institutionnalisation, les médecins généralistes souhaiteraient plus de place au médecin coordonnateur d'EHPAD.

MG1

Il faudrait différencier les personnes qui sont en institution, ça devrait être transféré au médecin coordonnateur de la maison de retraite. Ça devrait.

Enfin, deux médecins proposent de transférer la compétence aux patients en tant que partenaires de leur propre prise en charge en santé.

MG9

Bah voilà, simplement en apprenant aux patients à savoir... souvent les patients ils le savent qu'ils ont des risques. Ils ne savent pas comment les gérer ou comment y remédier mais ils sentent bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

Les structures partenaires

D'autres partenaires sont évoqués par les médecins généralistes, les structures

Les Maisons de santé ambulatoire semblent être une solution viable pour les médecins généralistes.

MG2

Surtout aux médecins de maisons de santé

Pour eux, elles présentent des avantages que n'ont pas l'hôpital ou les réseaux gériatriques ; la maison de santé est décentralisée plus au contact des populations et peut agir plus en amont en prévention primaire.

MG1

Hôpital pure non. Peut-être quelque chose de plus décentralisé. Alors là n'est pas très loin de l'hôpital donc c'est pas vraiment un problème, mais envoyé des gens à l'hôpital pour leur faire des bilans de chutes, c'est peut-être une petite chose... Oui, ce serait quelque chose d'un peu moins traumatisant.

MG2

Eh bien peut-être pas forcément avec le réseau de gériatrie parce que lorsqu'ils arrivent au réseau de gériatrie, souvent ils en ont plus besoin, c'est déjà dépassé.

Certains précisent que le milieu libéral serait le plus adaptée pour ce type de prise en charge du fait d'une plus grande souplesse d'exercices.

MG3

Peut-être en libéral ce serait plus simple. Dans le public, j'ai toujours l'impression qu'il y a des restrictions, des restrictions d'horaires, des restrictions de présence, le libéral c'est un peu plus souple. Notamment pour les patients qui viennent seulement le soir car ils travaillent. Je pense qu'on aura du mal à avoir dans le public quelqu'un qui consulte après 18h. C'est juste ça, après si le public élargit ses horaires, pourquoi pas.

D'autres structures sont citées par les médecins généralistes, notamment l'Assurance Maladie.

MG2

Oui l'assurance-maladie simplement parce que c'est être aussi son rôle. Et puis peut être média et des choses comme ça. Car l'on est sûr de toucher tout le public.

MG3

je ne sais plus si c'est à partir de 50 ou 60 ans des bilans, je crois que c'est la MSA, je ne sais pas s'ils le font toujours, pour justement anticiper ce genre de risques par rapport aux chutes, par rapport à la mémoire. Et ça je trouve ça très bien.

D'autres proposent que cela puisse être réalisé aussi par les mutuelles de santé.

MG2

au même titre que la CPAM. Moi je dis CPAM et mutuelles de santé.

MG1

En leur faisant miroiter que le coût de prévention serait moindre que... A évaluer ça !

Enfin, il est aussi proposé qu'une communauté sportive puisse aussi proposer des actions de prévention de ce type.

MG2

peut-être dans les clubs de sports de gymnastique volontaire en particulier pour les femmes.

Les besoins pour ce transfert de compétences

Les besoins référencés sont d'une part des formations adaptées à ces démarches spécifiques de prévention.

MG4

C'est très difficile, car il faudrait avoir plusieurs personnes, les former pour qu'ils deviennent compétents. Puis arriver à ce que leur compétence puisse être supervisée par nous.

Mais le contenu des formations et l'étendu des compétences est discuté par les médecins généralistes. Certains y voient des formations pour maîtriser un outil de dépistage, d'autres pour la réalisation d'un audit des pratiques professionnelles et de proposer des mesures pertinentes.

MG2

Bien, qu'elle sache faire c'est tout. Qu'elle sache le faire. Si vous leur faites faire que de la prévention ou du dépistage, il n'y a pas besoin de déboucher sur quelque chose.[...] il n'est pas besoin d'avoir des compétences extraordinaires, il faut qu'elle sache manipuler l'outil et qu'elles en comprennent l'intérêt.

MG7

Moi je pense que tous les patients doivent être expertisés pour voir si on travaille bien. Faire du ROSP mais local. Et donc me renvoyer les dossiers qui ne sont pas corrects. [...] Toute la prévention, tous les dossiers devraient être analysés par quelqu'un dont c'est le métier, ou dont c'est la délégation de tâche. Si on arrive à le faire pour nous tous. Si on épluche les dossiers, si on épluche tous les dossiers toutes les semaines de tout le monde...

Regards croisés

Les professionnels paramédicaux reconnaissent parfois manquer de compétences pour certains des déterminants.

IDE 1

Tu parlais des tests de chutes. C'est vrai que par exemple moi je n'ai pas été formée donc je ne suis pas très sensibilisé à ça, ça ne fait pas partie des tâches qui me sont attribués mais qui pourraient l'être. Comme pour la dénutrition j'estime que je n'ai pas forcément la formation, la connaissance et les tests en main pour pouvoir évaluer tout ça.

Ceci s'accompagne alors à des doutes sur la légitimité de certaines prises en charge et du transfert de certaines actions.

IDE 1

Je pourrai mais après je pense que j'ai toujours besoin de l'aval... C'est une question de légitimité. Est-ce qu'il est légitime d'envoyer ce patient vers un spécialiste ou pas ? Moi je sais réaliser les tests mais après dans l'interprétation parfois je ne sais pas trop. Le test de l'horloge est pathologique ou pas ? Il y a des fois c'est franc, mais parfois j'ai des doutes et je me dis est-ce que c'est légitime qu'il aille chez le neurologue ? Ce n'est peut-être pas à moi de prendre cette décision.

Par ailleurs, ils rappellent que pour qu'un transfert de compétence ait lieu, il faut au préalable un moyen de communication. Or les paramédicaux ont également besoin de certaines informations médicales pour réaliser certaines prises en charge.

KINE 2

Alors par rapport à des exercices que l'on peut proposer à des personnes, [...] on a besoin d'avoir une norme au niveau de la tension artérielle pour être sûr que... parce que lorsqu'on les fait travailler on fait augmenter la tension artérielle alors s'ils ont de l'HTA, on fait attention et on intègre ça dans notre pratique et notre éducation.

IDE 1

Oui. En général oui. Et je vais aussi consulter le dossier médical du patient pour voir s'il y a eu une consultation neuro. En général la consultation neuro arrive longtemps après ; Mais c'est vrai que chez les patients lorsqu'il y a des anomalies, on en parle avec le médecin et après je vais voir le dossier du patient pour voir ce qu'il en est et les résultats de la consultation neuro.

Les extensions de compétences comme des indications de traitement sont cependant soumis à une condition d'une forte confiance mutuelle.

MG3

Alors si on prend l'exemple des facteurs de risques cardio-vasculaires,[...] je connais les facteurs de risques, donc je pense que l'infirmière est capable de faire ce genre de chose comme moi, il faut simplement qu'elle me le dise, bah voilà tels nombres de facteurs de risques, tels LDL, on traite ou on traite pas, ... Mais il faut tout de même que je puisse avoir une pleine confiance en la personne à qui j'ai délivré la tâche.

Regards croisés

La relation de confiance exigée par les médecins généralistes semble s'améliorer avec les autres professionnels.

KINE 2

Aujourd'hui les médecins font de plus en plus confiance à notre profession. Mais je suis tout à fait ouvert et en l'occurrence je fais passer des bilans diagnostics à mes médecins quand ils m'envoient, je leur renvoie, je les tiens au courant. Je suis en contact assez régulier avec ces médecins. Mais je pense qu'ils font confiance.

Toutefois, les professionnels paramédicaux regrettent que l'étendue de leurs compétences ne soit pas mieux connue des médecins généralistes. Ceci serait à l'origine d'un manque de considération de leurs professions.

IDE 2

j'ai un bien meilleur retour avec les médecins que j'ai rencontré de visu, et notamment ceux avec lesquels j'ai expliqué ce que je faisais, comment je le faisais, quel était la perception de mon travail, et je crois qu'avec cela l'échange se fait beaucoup plus facilement [...]

KINE 1

Je pense qu'une considération de la part des autres professionnels, surtout de la part des médecins, qui envoient des patients pour un genou et qui ne se doutent pas du travail de globalité que l'on peut faire. Je crois qu'un travail de considération est important pour que ce soit mieux fait. La prise de conscience du travail fait.

KINE 2

Prescription en unilatéral c'est quelque chose qui me dérange un peu parce que ça va plus dans « tu feras ça », « oui je veux bien, oui je le fais, mais je vais t'expliquer pourquoi je le fais. Et je te demande d'accepter mon explication. Tout simplement parce que je vais faire des choses que tout simplement dans tes études tu n'as pas eu la possibilité de voir ». C'est tout. [...]
Mais derrière aujourd'hui et la SECU en atteste, on fait de plus en plus des bilans diagnostics, donc on commence à avoir, enfin depuis des années maintenant, [...] et on discute d'égal à égal avec un médecin pour le patient. Ça aujourd'hui ça existe ça aujourd'hui. Ça ne fait pas si longtemps que ça.

Le transfert de Responsabilité

Les conditions de ce transfert de responsabilité

Les médecins qui voient le transfert de compétence prolongé d'un transfert de responsabilité émettent certaines conditions.

Ils demandent à ce que les partenaires partagent les mêmes façons de prendre en charge leurs patients.

MG4

La responsabilité, A condition qu'on ait les autres professionnels qui vont dans le même sens que nous. Plutôt d'accord mais avec cette condition [...] Travailler comme moi ça veut dire, voilà prendre en compte chaque patient avec tous ses facteurs de risques, tout son contexte familial, tout son environnement, voilà,... c'est comme ça que je travaille.

Ils demandent également la possibilité d'un regard sur ce qui a été réalisé.

MG9

Je ne suis pas sure. Enfin... c'est-à-dire qu'on peut transférer mais pas systématiquement, en tout cas pas sans nous enlever la possibilité de vérifier si ça a bien été fait.

Regards croisés

Les paramédicaux sont assez critiques sur cette démarche en rappelant que chaque professionnel de santé a ses propres compétences.

KINE 2

ouais il y a une chose importante en tout cas, cette notion d'équipe et non pas cette notion d'un grand patron qui décide de tout, qui envoie des ordonnances et qui n'a pas de retour, les retours ça ne l'intéresse pas [...], il faut qu'on arrive à travailler ensemble pour le patient et non pas un médecin qui dise aux autres ce qu'ils doivent faire pour le patient.

La notion de l'imputabilité d'une responsabilité à un professionnel pour prendre en charge ou non certains actes de prévention dérange parfois les médecins.

MG6

A la fois on a beaucoup d'injonction, à la fois il faut résister à ces injonctions. On ne peut pas porter toutes les responsabilités sur notre dos. Surtout il ne faut pas tomber dans la culpabilité de ne pas le faire. [...] Il y a du « il faut » évidemment car on est baigner la dedans, mais il faut aussi choisir de ne pas se noyer la dedans. Donc transférer la responsabilité... Je n'aime pas beaucoup cette notion de responsabilité.

La place de la responsabilité des partenaires

Une responsabilité toujours médecin traitant

En premier lieu, les médecins généralistes se voient comme les principaux responsables de ces préventions.

MG4

Moi je pense qu'on peut être responsable, on peut être responsable parce qu'en fait elle va nous apporter des éléments pour lesquels nous après on a intérêt à du coup voir ce qui ne va pas et enclencher soit une prise en charge X, Y de tension, ou une prise en charge de passage à domicile tous les jours. Je pense qu'on doit être responsable, nous.

MG7

Non. Si je suis médecin traitant, c'est moi qui suis garant qu'ils ont été bien soignés.

Une responsabilité partagée

D'autres médecins proposent que la responsabilité soit partagée à l'ensemble des personnes prenant en charge les personnes.

MG5

Bah si c'est au cardiologue, c'est une responsabilité que l'on peut transférer, mais ça n'enlève pas à toi la responsabilité de médecin traitant en tout cas. C'est là où c'est un peu ambigu. [...] Oui car c'est lui qui va tout coordonner à la fin ; enfin la suite en tout cas, pour moi c'est une responsabilité du médecin.

MG1

Je crois que la responsabilité il faut qu'elle soit un peu partagée.[...] Non, parce que je pense que c'est multidisciplinaire l'affaire-là.

Regards croisés

La notion de responsabilité partagée est très largement partagée par les paramédicaux dans un travail d'équipe. Bien-sûr le médecin a sa part de responsabilité mais il n'est pas le seul.

KINE 2

Il y a une responsabilité qui est prise par le médecin ça c'est sûr. [...] je pense que chacun a sa part de responsabilité. [...]

De toute façon on n'a pas les mêmes métiers quelque part. Il y a une personne qui est faite pour une chose, une autre qui est faite pour autre chose et il faut qu'on travaille ensemble en équipe. Il y a cette notion effectivement d'équipe.

IDE 3

A celui qui le fait. La responsabilité ça engendre aussi l'acte de celui qui le fait. Donc s'il la personne fait de la prévention... Je crois que la personne qui fait de la prévention peut supporter la responsabilité.

La responsabilité du patient

D'autres médecins rappellent la part de responsabilité des patients dans leur prise en charge et que tout ne peut-être transférer au système de soins.

MG6

Je n'aime pas beaucoup cette notion de responsabilité. A la rigueur je préfère imaginer un système où la responsabilité appartient au patient et nous on est des facilitateurs.

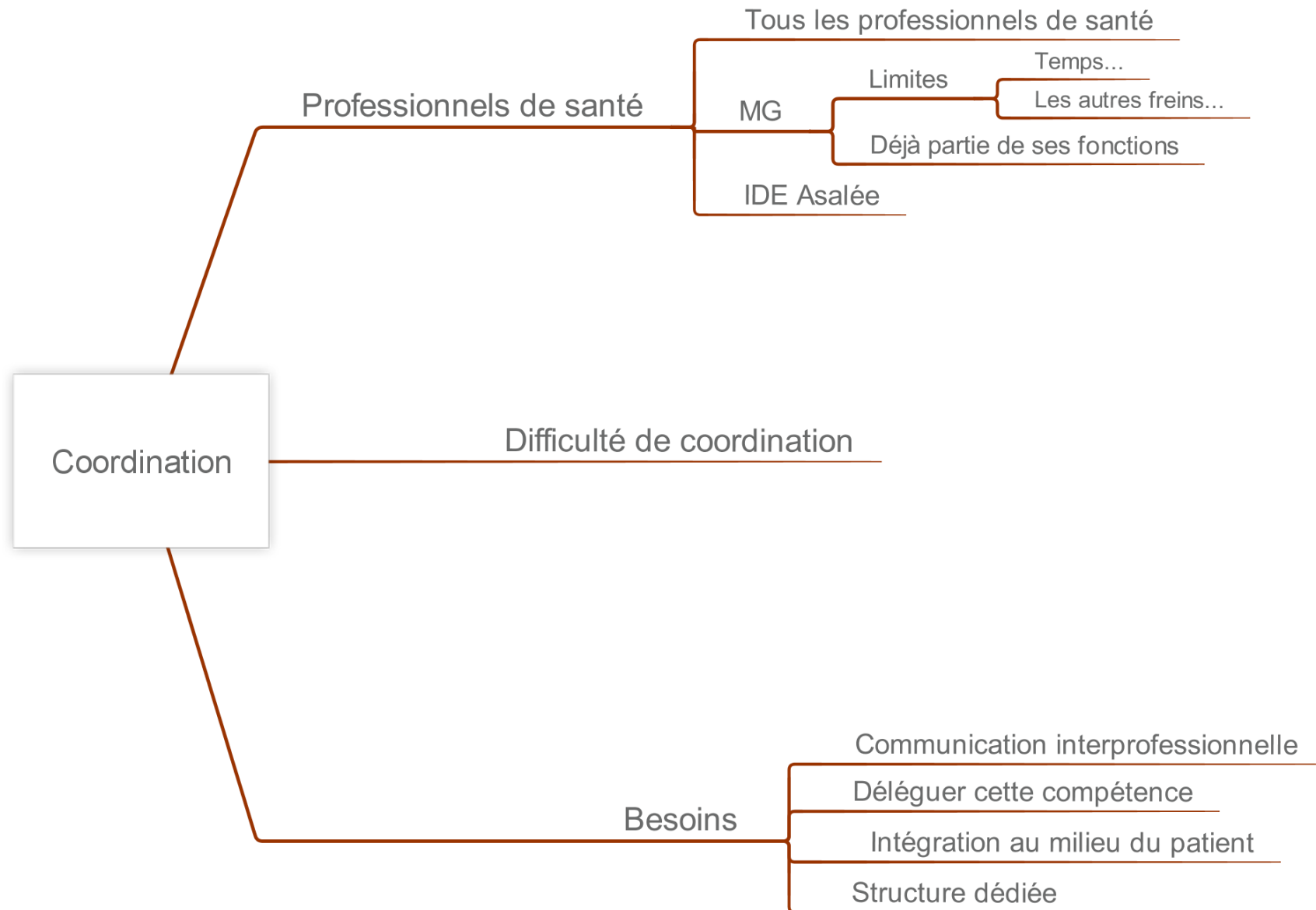
Regards croisés

La notion de responsabilité partagée avec les patients revient auprès des paramédicaux.

KINE 1

A la personne de son choix. [...] Le tout c'est que ce soit la personne de son choix.

Figure 5 - Carte conceptuelle Résultats - Coordination (Phase1)



Le travail de Coordination

Pour la bonne réalisation du transfert de compétence et ou de responsabilité, un travail de coordination devient nécessaire.

Celui-ci est souhaité par l'ensemble des médecins interrogés, mais ils avancent les limites de l'exercice et les conditions de sa réalisation.

Un peu plus haut, les médecins abordaient la difficulté de coordination des prises en charges multidisciplinaires.

Cette difficulté de coordination est partagée par d'autres qui proposent alors qu'un professionnel de santé prenne en charge la coordination tout en conservant une activité de soins.

MG7

Si on se base sur une maison médicale par exemple, il faut qu'il y en ait un qui soit plus en charge de ça. Il faut qu'il y ait un professionnel de santé qui réfléchisse plus à ça. Un coordonnateur spécifique... [...] L'idéal c'est de prendre un mec de l'équipe qui prend ça en charge. Et qui plus spécifiquement mais tout en restant dans le soin de premier recours. Ou si non on tombe dans quelque chose qui ne tombe pas dans notre pratique. Donc j'ai pas d'idée. Mais une infirmière Azalée ce serait bien. Elle fait beaucoup de prévention mais pas que ça.

Cette coordination réalisée par l'infirmière Asalée devrait pouvoir être étendu à tous les professionnels de santé.

MG9

Bha pour les personnes diabétiques pour les patients qu'on envoie à l'infirmière Asalée, elle centralise et s'il a un problème, elle vient nous voir en disant bah voilà il faudrait peut-être faire ça, ça et ça. Après tout dépend de la pathologie parce qu'on n'a pas de référent possible pour tous les, toutes les problématiques. Après... les enfants on peut demander à la PMI. S'il y a un contact avec la PMI.

MG6

Et l'idée serait réussir à mettre en place ce genre de coopération avec les autres professionnels libéraux, car pour l'instant l'infirmière Azalée est salariée donc ça facilite pas mal de chose. Mais je pense que ce n'est pas impossible ; Ça rajoute une complexité. Mais plus ça va, plus on va vers la complexité de toutes les manières. Et que c'est ça qui crée aussi la richesse qu'on peut apporter au patient.

D'autres personnes pourraient réaliser cette coordination.

Le médecin généraliste est pour eux spontanément une personne indiquée, mais n'est pas forcément la seule.

MG5

C'est déjà le cas avec le médecin traitant même s'il ne le fait pas de façon systématique.

MG6

Oui je pense qu'à un moment donné il faut qu'il y ait un archivage des données qui puisse se faire, un traitement des informations, une synthèse. Et il ne faut pas récupérer pour récupérer, il faut après que cela serve. Au jour d'aujourd'hui, je pense que c'est le médecin généraliste qui fait ça.

MG9

Oui c'est au médecin traitant. Oui parce que l'entourage du patient vient toujours voir le médecin quand ça va pas. Ou ils passent un coup de fil, ou ... accompagnent la personne quand il y a quelque chose qui ne va pas. Et nous c'est dans un second temps que l'on délègue à quelqu'un d'autre. C'est qu'il y a un autre besoin, vers une infirmière, ou vers... une aide à domicile ou vers ...

En général c'est systématiquement nous qui faisons le lien. Ou bien sauf si la famille ait suffisamment de moyens pour aller faire les démarches

Regards croisés

La place centrale du médecin généraliste est discutée. Certains paramédicaux le voient ainsi et s'interroge sur la légitimité d'autres professionnels à réaliser de la coordination.

IDE 1

Euh... dans le cadre de mes fonctions il y a une notion de délégué/déléquant. Après je peux référer à d'autres professionnels pour des problèmes de pieds par exemple, orienter le patient vers le podologue, ou avoir des échanges avec le kiné sur certains patients qu'on suit en commun. Mais après tout ce qui va être des tests, des dépistages, je vais plutôt en référer au médecin.

D'autres dénoncent l'exercice d'un pouvoir médical qui ne correspond pas forcément à l'intérêt ou l'envie du patient.

KINE 1

Il faut arrêter la toute-puissance du médecin traitant. [...] Parce que je pense que c'est un leurre et que ce n'est pas toujours la bonne personne. La personne n'a pas toujours élue son médecin traitant. Il a une compétence mais on prend comme une évidence que ce soit le médecin traitant le chef d'orchestre alors que le patient peut décider que ce soit un autre intervenant, qu'il voit plus régulièrement et avec qui il a plus d'intimité.

Cependant, ils craignent une activité supplémentaire qui est chronophage.

MG3

Je pense que ça risquerait d'être un peu chronophage.

MG1

mais c'est vrai que la multiplication des tâches va être compliquée.

Pour d'autres ce rôle de coordination devrait être est la fonction principale du médecin généraliste.

MG7

*on devrait avoir un rôle de chef d'orchestre et non pas de tout faire.
J'adore peser les gamins mais c'est pas à moi de le faire.*

Les infirmiers semblent être pour eux un professionnel adapté pour cette fonction de coordination.

MG3

L'infirmière a beaucoup plus d'intérêt car elle est sur place et on peut en discuter.

Regards croisés

Parmi les paramédicaux, l'importance de la notion de travail en équipe revient fréquemment et avec une certaine insistance.

IDE 2

J'ai pas toujours des retours, mais quand il y en a, ça me donne la sensation qu'on peut vraiment bien travailler en équipe.

KINE 2

*Aux futurs médecins : restez ouvert et sachez travailler en équipe.
On forme aujourd'hui des équipes pluridisciplinaires fabuleuses.*

Un kiné expose une situation vécue avec un médecin généraliste qui selon lieu ne partageait pas cette vision.

KINE 2

Et là il me dit : « tant que je serai médecin vous ferez ce que je dis ». Je lui ai dit : « Ne m'appellez plus jamais ». C'est véridique ce que je vous dis. Et ça c'est une chose anti, complètement opposée à ma façon de voir la médecine en général j'entends. Pour le patient parce qu'on ne travaille plus du tout pour le patient, on travaille pour soi là. Il faut qu'on travaille ensemble tous. Vraiment.

Afin d'améliorer ce travail en équipes ils rappellent l'importance de se rencontrer. Selon eux ceci est réalisable en médecine libérale si ces rencontres ne sont pas trop fréquentes.

IDE 2

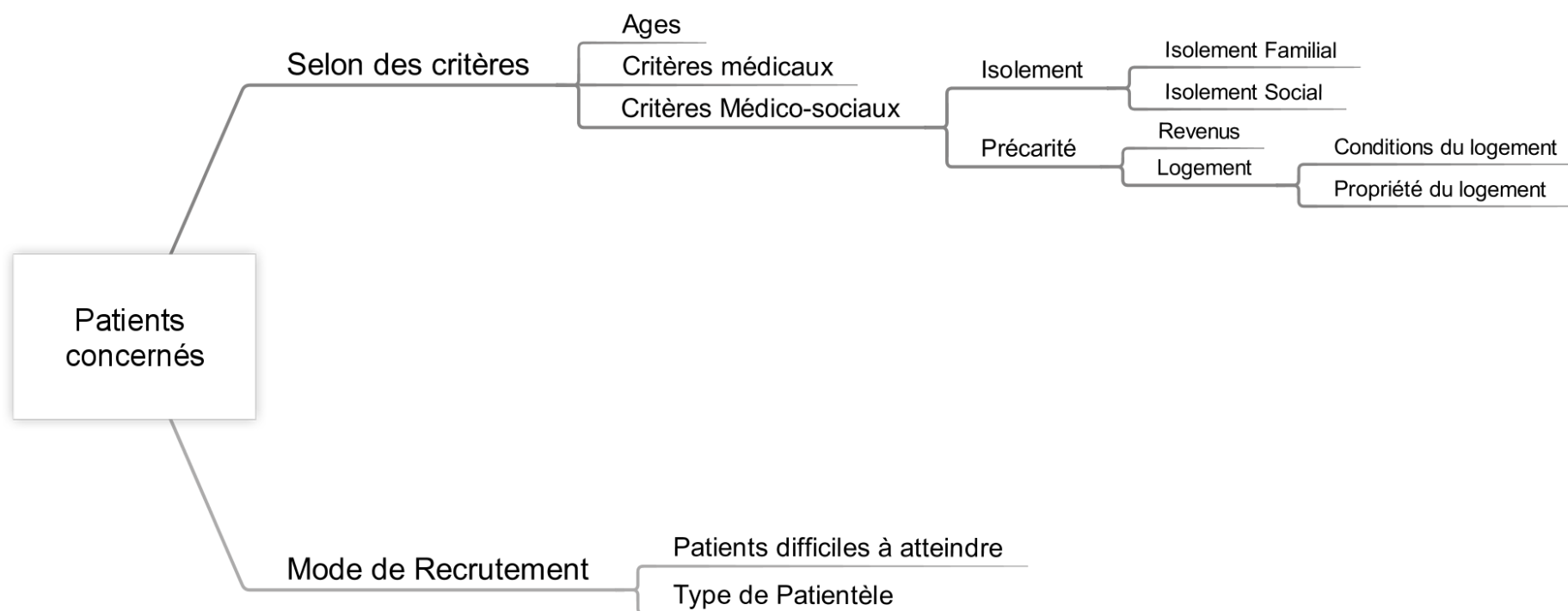
Mais si c'est avec parcimonie je pense que oui ces endroits-là seraient déjà des espaces où l'on pourrait se connaître. Moi je crois que ça change vraiment la donne. Quand j'ai une problématique avec un patient, si c'est avec un médecin que je connais, ça va tout de suite beaucoup plus vite. Et j'ai vraiment le sentiment qu'on est beaucoup plus efficace.

Ils proposent également la réalisation de consultations à deux professionnels de santé.

IDE 1

Ça me paraît pas mal effectivement de faire une sorte de pré-consultation où on pourrait faire passer ces messages-là. De pouvoir vraiment voir la globalité du patient qui vient souvent pour un autre motif et de pouvoir dépister tout ça.

Figure 6 - Carte Conceptuelle Résultats - Patients Concernés (Phase1)



Les patients concernés par cette prévention

Une prévention selon des critères précis

Certains médecins pensent que cette prévention devrait bénéficier à l'ensemble de la population et adaptée à des besoins spécifiques.

MG6

Théoriquement tout le monde devrait passer à a prévention générale et après selon les critères de populations tu fais des préventions chez le vieux, chez la femme chez le machin, donc tout le monde doit rentrer dans un protocole de prévention.

D'autres préconisent des critères de sélection.

Ils avancent trois types de critères de sélection, l'âge, les critères médicaux et les critères médico-sociaux.

Âges

L'âge semble pour les médecins généraliste un critère important mais imparfait et non suffisant.

MG1

Un âge état civil c'est une chose, un âge physiologique ce serait une autre chose, mais bon ce serait assez difficile de cerner les choses.

Ils avancent cependant un âge chronologique consensuel entre 70 et 75 ans pour rechercher ces déterminants de santé.

MG3

Maintenant j'ai des patients de 91 ans qui sont très biens, alors 80 ans sûr, 75 ans peut-être. Et dans certains cas 70.

Un seul médecin propose une prévention plus précoce dès l'âge de 50 ans.

MG3

On a tendance à le faire seulement aux personnes âgées. Mais on devrait le faire dès 50 ans. Pour dépister assez tôt justement les troubles débutants. Ça ne veut pas dire qu'on arrivera forcément à faire quelque chose pour eux car les moyens thérapeutiques sont très pauvres. Mais au moins les aider et voir l'organisation autour d'eux pour les aider dans ce domaine.

Regards croisés

Un des paramédicaux rappellent comment la question de l'acceptabilité du vieillissement est problématique par les injonctions sociales à rester jeune tout au long de la vie.

IDE 2

vieillir aujourd'hui, ... on fait quand même beaucoup de choses pour lutter contre le vieillissement. Des injections jusqu'à la chirurgie esthétique, le photoshop, etc... Comme si on n'avait plus le droit d'être marqué par le temps. C'est insupportable, donc il y a quand même pleins de choses qui sont portées par la société. Pour être bien dans la société il faut être beau, filiforme, jeune et riche.

Critères médicaux

D'autres argumentent que le critère d'âge est secondaire ; la prévention devrait essentiellement être basée sur des critères médicaux.

MG9

C'est à partir du moment où tu te rends compte qu'il y a des troubles de la communication, des troubles qui sont un peu bizarre, tu lui donnes un traitement et il ne sait plus où il le met... il perd son ordonnance, tu es obligé de lui refaire une ou deux fois. Des erreurs au niveau des prises... la oui je pense qu'on peut commencer à faire des tests oui.

MG1

Je pense qu'effectivement, il faudrait en fonction des facteurs de risques cardiaques, etc... peut-être un peu plus tôt, et ceux qui n'ont vraiment rien du tout qui sont en parfaite forme, on leur fou la paix.

Critères médico-sociaux

Des critères médico-sociaux sont également pris en compte pour proposer cette prévention de façon plus ciblée.

Trois critères sont référencés par les médecins généralistes ; la précarité sociale, l'isolement et un bas niveau intellectuel.

La précarité sociale est abordée par les faibles revenus, les droits sociaux dont ils bénéficient et la non maîtrise de la langue française.

MG7

Bah ici on est dans un système où ils ne parlent pas français, ils sont tous à la CMU donc... ils doivent y passer. Ils sont tous défavoriser, donc tout le monde devrait passer à la prévention.

MG3

Ah bah je pense qu'effectivement, le niveau social,[...] les bas revenus, la précarité, tout ça.

Quant à l'isolement et bas niveau intellectuel, il est décrit par un médecin comme un signe d'alerte pour renforcer la vigilance.

MG2

Quelqu'un qui vit toute seule et qui est quand même intellectuellement limitée, obèse, malnutrie, elle est plus facilement repérée.

Regards croisés

Concernant les déterminants médico-sociaux, les paramédicaux reconnaissent avoir déjà utilisés des échelles de précarité dans leur pratique. Mais cette approche leur est difficile.

IDE 1

Je ne fais pas systématiquement la recherche de tout ça ; après il peut m'arriver de demander chez certains patients où ils en sont. S'ils sont suivis par une assistante sociale, ... on avait mis en place un questionnaire qui s'appelait le questionnaire EPISS. Qui permettait d'évaluer la précarité des gens. Mais c'est vrai que je trouve que ce n'est pas évident lorsque les gens viennent pour un motif de diabète de rentrer dans les détails de comment ils vivent, est-ce qu'ils sont propriétaires de leur logement. C'est assez intime de rentrer là dedans, mais ça peut être nécessaire à un certain point.

Une disparité selon les déterminants

On note cependant que ces critères diffèrent selon les déterminants recherchés. Globalement les médecins avancent que les facteurs de risques cardio-vasculaires devraient être détectés le plus précocement possible, et les 3 autres déterminants plutôt chez les personnes plus âgées.

MG3

Pour les facteurs de risques de chutes, je pense que pour les patients de plus de 70 ans ça peut être intéressant, voire avant s'il y a eu chute. Après pour les autres facteurs de risques, c'est-à-dire, cardio-vasculaire, ça, ça peut-être chez tout un chacun en fonction des antécédents, donc je pense qu'il faut le faire au moins une fois, et après ça dépend des traitements et des prises en charges. Pour les troubles de mémoires je pense que 70 ans c'est peut-être un peu tôt, 75 ans peut-être. La dénutrition, c'est plus à mon avis chez les personnes âgées. Il y a juste les cardio-vasculaires qui seraient un peu plus tôt.

Ils argumentent cette différence notamment sur les recours biologiques au dépistage.

MG5

quand tu reçois un patient, et qu'il a même 20 ans, tu vas commencer à lui demander ses antécédents familiaux, et un jour dans sa vie, il aura bien une prise de sang, et qui fera que tu choisiras une dyslipidémie, diabète etc... donc tout ça on commence très tôt finalement, après c'est vrai que le reste, troubles cognitifs, risques de chutes, si tu n'as pas d'éléments qui vont de faire poser la question, tu ne vas pas chercher juste pour le dépister finalement.

Le mode de recrutement des patients

Les médecins généralistes soulignent la difficulté d'atteindre les personnes qui devraient bénéficier des actes de prévention généraux.

C'est pourquoi ils rappellent que les consultations pour certificats de non contre-indication à la pratique d'un sport est un bon moment pour eux pour parler de prévention.

MG9

Oui mais lesquels, car après il faut que ces personnes soient en contact avec ces personnes-là. Nous les médecins généralistes c'est celui qu'on va voir au moins une fois. Les certificats médicaux sportifs pour les jeunes, on les voit au moins une fois.

C'est pour cela qu'ils soulignent l'efficacité de la prévention organisée contre le cancer du sein. Ce dépistage organisé nationalement permettait d'encourager certaines femmes qui naguère n'avait aucune raison ressentie de consulter de se rendre auprès d'un médecin.

MG2

Le système Orchidée c'est bien, parce qu'il y avait des tas de femmes que l'on ne voyait jamais car elles avaient 50 ans, parce qu'elles étaient en forme, et puis parce qu'elles ne sollicitent pas.

De la difficulté d'atteindre les patients qui en auraient le plus besoins

Concernant la prévention ciblée, ils regrettent de ne pouvoir atteindre les personnes qui en auraient le plus besoins. Les patients qui répondent positivement aux campagnes de prévention ou qui viennent régulièrement consulter sont déjà une population favorable aux soins.

MG2

là où je vois les limites, c'est sur ce que l'on fait, la prévention de l'obésité, la prévention du diabète, on va prendre 10 patients, ceux que vous allez choisir c'est ceux que vous savez qui ne vont pas être réfractaires, donc a priori c'est ceux qui n'en n'ont pas besoin, parce qu'ils ont déjà bien compris ce que vous allez leur expliquer. Donc toutes ces campagnes ce n'est jamais que l'arbre qui voile tout le reste. Pour 10 que l'on va prendre et qui sont déjà bien éduqués, on va en laisser 200 qui de toute façon ne voudront rien faire.

Regards croisés

La difficulté d'atteindre les patients qui auraient besoin de cette prévention est également abordé par les paramédicaux. Mais les raisons apportées ne sont pas les mêmes. Ils regrettent que les médecins généralistes ne fassent pas plus de prévention primaire mais se concentrent sur de la prévention secondaire ou tertiaire.

IDE 3

Je crois surtout que lorsqu'ils viennent me voir c'est qu'il y a déjà eu un signe clinique. Une tension qui est élevée, un cholestérol... au-delà de ça, s'il n'y a pas eu quelque chose qui les a interpellés, je ne sais pas s'ils vont aller les rechercher [...] Je répète, la prévention chez le médecin généraliste elle n'est pas primaire.

[...] mon idée c'est qu'à chaque stade de prévention il y a un intervenant. Souvent on va avoir une infirmière, alors ça c'est dans mes représentations, mais souvent on va avoir l'infirmière dans la prévention initiale, et après quand il y a déjà un stade, le médecin va faire de la prévention pour éviter de la complication. On est déjà dans un deuxième stade de prévention. Et je crois que tous ces intervenants ont déjà un rôle bien déterminé en fait.

Par ailleurs, comme les paramédicaux sont des professionnels essentiellement de second recours, ils regrettent également de ne pas être plus sollicités car ils identifient des besoins auxquels ils pourraient répondre.

IDE 1

Je pourrai en faire plus. Après les prescripteurs sont les médecins. Donc je dirais plutôt d'accord sur ceux que je vois, mais je pense qu'il y a énormément de gens qui pourraient en bénéficier.

Ils proposent alors une organisation différente plus horizontale pour pallier à ces carences de prévention.

IDE 3

On les voit parce qu'il y a eu une détection... encore que dans le métier d'infirmière Asalée, on pourrait aller chercher dans les dossiers les signes qui nous interpellent pour faire de la prévention primaire ; mais à la base c'est quand même les médecins qui nous les envoient. C'est ça la collaboration. On devrait faire comme au Canada c'est-à-dire une collaboration dès le départ.

Dépendant du type de patientèle des médecins

Enfin, les médecins précisent que la fréquence de leur prise en charge préventive est fonction de leur type de patientèle. Ils reconnaissent que cela a un impact sur la qualité des soins proposés aux personnes qui ne sont pas représentatif de la majorité de leur patientèle.

MG2

A mon avis je fais plus certaines choses que d'autres car c'est le profil de de clientèle qui est comme ça. J'ai plus de gens qui vont avoir, chez qui je recherche des facteurs de risque cardio-vasculaires que des... c'est vrai que les troubles mnésiques en particulier je ne le fais pas systématiquement. [...]Le risque de chute sûrement que je ne les fais pas assez.

Phase 1 - Discussion

Observations sur la méthode

Les entretiens ont été réalisés exclusivement auprès de médecins exerçant à plusieurs en cabinet. Il nous semblait plus pertinent d'interroger les professionnels exerçant dans des structures qui représenteront l'avenir de la médecine ambulatoire de demain et pour lesquels les évolutions auront plus de poids et de pertinence, car le mouvement est bien en faveur d'un regroupement des professionnels de santé en cabinet de groupe ou en Maison de Santé Pluridisciplinaire.

La loi de santé publique du 9 août 2004 : des paradoxes

L'hypothèse prise dans le cadre de ce travail était que bien que la loi de santé publique de 2004 rappelait l'importance de la prise en charge des déterminants de santé liés au vieillissement, celle-ci n'était pas encore suffisamment prise en compte en soins primaires par les médecins généralistes. Nous avons cherché à en comprendre les raisons et en quoi cela crée des tensions éthiques.

L'esprit de la Loi

La loi de santé publique du 9 août 2004 (6) avait pour objectif de répondre à deux paradoxes français(15) :

- l'espérance de vie chez les moins de 65 ans est avec le Portugal la plus faible en Europe, bien que l'espérance de vie des personnes de plus de 65 ans soit la meilleure en Europe,
- le système de santé français reconnu comme de qualité ne permet pas actuellement de réduire les inégalités sociales de santé.

On sait que les morts avant 65 ans sont essentiellement liés à des causes évitables en Europe en relation directe avec les comportements individuels et/ou collectifs. On cite souvent la consommation de toxiques comme l'alcool ou le tabac, mais aussi les accidents et les suicides. Ces facteurs de risques sont corrélés aux facteurs sociaux. La DGS rappelle par exemple que pour les professions libérales ou les cadres, l'espérance de vie à 35 ans est 6,5 fois plus longue que celles des ouvriers au même âge.

C'est donc pour répondre à ces deux paradoxes que la Loi de Santé publique a essayé de renforcer une approche de santé publique populationnelle.

L'approche populationnelle tend à s'intéresser à l'ensemble des déterminants de santé qui ont un impact sur les comportements individuels. Ces déterminants sont essentiellement

environnementaux. Ils s'intéressent aussi bien aux conditions physiques, sociales, économiques que culturelles des personnes.

Cette approche s'oppose à une approche individuelle qui consiste à répondre par des actions de prévention, qu'elles soient primaires, secondaires ou tertiaires, à une demande initiale des patients.

La loi a donc fixé des objectifs de santé publique dans cette démarche populationnelle pour tenter de répondre aux besoins de santé de la population en réduisant les inégalités sociales dans le domaine de la santé.

Le ministère de la santé ambitionnait alors de mettre en place une « réponse organisée » pour pallier à une « réponse spontanée » des professionnels de santé.

Les principes de la Loi

La loi est annexée à un rapport qui élabore la définition de 9 principes (16) :

- le principe de connaissance : prendre les décisions à partir des « meilleures informations scientifiques disponibles »
- le principe de réduction des inégalités
- les principes de parité et de protection de la jeunesse : prendre en compte les particularités liées au sexe et des groupes d'âges
- le principe de précocité : « suit la logique du principe de prévention, en privilégiant les actions les plus précoces possibles. Il permet toutefois d'envisager les actions de dépistage et de prise en charge précoces visant à éviter l'aggravation d'un problème de santé lorsque sa prévention primaire (qui vise à éviter la survenue d'un événement indésirable) n'est pas possible ».
- le principe d'efficacité économique
- le principe d'intersectorialité : prise en compte de la multitude des intervenants possibles
- le principe de concertation
- le principe d'évaluation

La place des déterminants de santé dans la Loi

La loi de santé publique est annexée d'une liste de cent objectifs de santé publique ; ce qui représente une approche nouvelle pour une loi en France.

Ces déterminants ont le mérite de poser un certain nombre de critères d'évaluation de l'action publique en santé et de la marge de progression réalisables. Il faut toutefois noter que certains

auteurs s'interrogent sur la pertinence de ceux-ci et du choix des populations cibles (17). Ces déterminants sont présentés comme des objectifs et non comme des procédés à employer pour les atteindre : « les acteurs de santé publique disposent de l'alphabet qui permettra d'écrire le texte de la politique des cinq prochaines années, mais ils ne disposent pas de la notice d'emploi »(8).

Parmi ces objectifs, on retrouve les 4 objectifs décrits par les gériatres : les facteurs de risques cardio-vasculaires, les facteurs de risques de dénutrition, les risques de chutes et les troubles cognitifs, qui font partie des cent déterminants.

Les facteurs de risques cardiovasculaires sont regroupés dans une sous-partie intitulée : « Maladies cardio-vasculaires » et regroupant 5 objectifs.

Figure 7 - Déterminants Facteurs de risques cardio-vasculaires dans Loi de Santé Publique 2004

		Objectif	Indicateurs
Objectifs quantifiables	69	Obtenir une réduction de 13 % de la mortalité associée aux maladies cardio-vasculaires : – cardiopathies ischémiques : de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes d'ici à 2008 ; – thromboses veineuses profondes : de 15 % d'ici à 2008.	Incidence et létalité des cardiopathies ischémiques et des embolies pulmonaires.
	70	Hypercholestérolémie : réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne (LDL-cholestérol) dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardiovasculaire d'ici à 2008 : actuellement 1,53 g/l pour le LDL-cholestérol chez les hommes de 35 à 64 ans (objectif PNNS).	Taux moyen de la LDL cholestérolémie dans la population adulte.
	71	Hypertension artérielle : réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française d'ici à 2008.	Valeur moyenne de la pression systolique par tranche d'âge et par sexe, avec la prise en compte des pourcentages d'hypertendus (= 140/90 mm Hg) dépistés, traités et contrôlés.

Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques.	72	Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC.	- Incidence et létalité des AVC. - Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités associées dans les suites des AVC.
	73	Insuffisance cardiaque : diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.	Fréquence des re-hospitalisations par décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque.

La dénutrition, le risque de chute sont intégrés dans un chapitre intitulé « Santé des Personnes Âgées ».

Figure 8 - Déterminants Santé Dénutrition et Chute dans la Loi de Santé Publique de 2004

		Objectif	Indicateurs
Objectifs quantifiables	98	Dénutrition du sujet âgé : réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries (passer de 350 000-500 000 personnes dénutries vivant à domicile à 280 000 - 400 000 et de 100 000-200 000 personnes dénutries vivant en institution à 80 000-160 000 d'ici à 2008).	Prévalence des personnes de plus de 70 ans présentant un taux d'albumine sérique < 35 g/l (par âge, sexe et selon le lieu de vie).
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	99	Chutes des personnes âgées : réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008.	Incidence des chutes chez les personnes de plus de 65 ans (par sexe).

Enfin, les troubles cognitifs sont intégrés dans un chapitre intitulé « Affections Neuropsychiatriques ». Il n'est fait référence qu'à la maladie d'Alzheimer.

Figure 9 - Déterminants Maladie d'Alzheimer dans la Loi de Santé Publique de 2004

		Objectif	Indicateurs
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	63	Maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients.	A construire.

Dans le chapitre « Santé des Personnes Âgées », un objectif concerne également la iatrogénie médicamenteuse

Figure 10 - Déterminant iatrogénie dans la Loi de Santé Publique de 2004

		Objectif	Indicateurs
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	100	Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.	A construire.

Mieux intégrer la culture de santé publique clinique chez les Médecins Généralistes

Le principe de la loi et l'intégration de la santé publique clinique ne fait pas partie de la « culture » des médecins généralistes. Dès 2004, le Dr. Levasseur, médecin généraliste, écrivait pourtant à cet égard (18) que les nouveaux défis des pathologies chroniques notamment, impliquaient une approche de coordination collective et de partage des compétences entre l'ensemble des partenaires de santé. Cependant les médecins généralistes « travaillent le plus souvent seuls et ont du mal à inscrire leurs actions dans ces domaines dans une perspective plus collective. Leur formation fondée sur le modèle curatif individuel ne les prépare guère à des actions menées en partenariat et les conforte dans une vision strictement médicale de la santé. [...] **Pour eux, la santé et la prévention sont avant tout des questions médicales, ce qui traduit une culture de « santé publique » partielle et inachevée.** Bien plus, des activités telles que l'éducation pour la santé ou l'éducation du patient qui posent la double problématique de la prise en charge individuelle et de la prise en charge collective de la population ne sont pas réellement perçues comme faisant partie de leur rôle ».

Dix ans après la promulgation de la loi, ce constat semble être le même. Les médecins généralistes montrent **une approche encore très médicale de la médecine générale.**

Intégration des déterminants sociaux de la santé

La prise en compte des déterminants sociaux de la santé est rappelée dans la loi à travers le principe de réduction des inégalités.

Une inégalité des déterminants en lien avec les examens complémentaires

Ceci se retrouve notamment dans le choix des déterminants de santé que les médecins généralistes abordent plus facilement. **En effet, les facteurs de risques cardio-vasculaires et la dénutrition sont les deux déterminants de santé pour lesquels il existe des examens complémentaires et des traitements qu'ils peuvent prescrire.** C'est probablement également une des raisons qui les poussent à rechercher plus précocement ces deux déterminants de santé.

D'une prise en charge globale à une conception médico-sociale de la santé

L'intégration de l'environnement dans la recherche des déterminants de santé ne se fait pas selon le principe de santé publique décrit plus haut. L'environnement n'est pas intégré dans la pratique comme un déterminant de santé à part entière mais comme un élément qui peut influencer la prise en charge thérapeutique.

On le retrouve dans les propos des médecins lorsqu'ils parlent notamment des chutes. Pour ce déterminant, ils expliquent comment ils prennent en compte l'environnement des patients, comment ils organisent une prise en charge globale allant de la lutte contre la iatrogénie à l'aménagement des conditions de vie au domicile. Ils s'intéressent autant à la prise en charge des conséquences de la chute que des causes possibles de la chute.

Toutefois, concernant les 3 autres déterminants de santé, la place de l'environnement n'est que très peu évoqué, tant dans l'approche du déterminant que dans sa prise en charge. On sait pourtant que les inégalités sociales de santé ne sont présentes en prévalence de pathologies mais aussi en efficacité de prise en charge. Le rapport sur les inégalités de santé de l'IGAS de 2011 (19) rappelle par exemple que :

- « La prévalence de l'hypertension artérielle varie de 25 à 38 % entre le tiers de la population dont le niveau d'études est le plus élevé et celui dont le niveau d'études est le plus faible ».
- « La survie à 28 jours d'un événement coronarien est 2,5 fois plus élevée pour un cadre supérieur que pour une autre catégorie socioprofessionnelle ».

Or la recherche de ces déterminants n'est pas modifiée par ce facteur. **Les médecins décrivent la précarité comme un élément à prendre en compte dans la prise en charge mais ne précisent pas comment cela est intégré dans leur pratique.**

Bien que l'esprit de la loi de santé publique cherche à encourager cette prise en charge des déterminants sociaux de la santé, elle ne précise que deux objectifs sur cette question :

Figure 11 - Déterminants Sociaux de la santé dans la Loi de Santé Publique de 2004

		Objectif	Indicateurs
Objectifs dont la quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques.	33	Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.	Prévalence des personnes de plus de 70 ans présentant un taux d'albumine sérique < 35 g/l (par âge, sexe et selon le lieu de vie).
	34	Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.	Probabilité de décès et espérance de vie selon les catégories professionnelles, le statut dans l'emploi, le lieu de naissance (à partir d'enquêtes longitudinales de cohorte).

Certains auteurs regrettent que sur ces deux objectifs se limitent à « une vision dichotomique du phénomène (précarisés contre non précarisés) et que leur réduction ne soit envisagée que sous l'angle réduit de l'accès aux soins. Les inégalités de santé s'inscrivent pourtant bien dans un continuum, un gradient d'un bout à l'autre de l'échelle sociale »(8).

La difficulté de l'exercice réside cependant dans un des principes de la loi, le principe de connaissance : prendre les décisions à partir des « meilleures informations scientifiques disponibles »(16). « Le risque est qu'à trop vouloir s'appuyer sur des « évidences » comportementales, on construise une réalité dans laquelle les déterminants sociaux, dont le poids est avéré, sont pratiquement exclus »(8). De ce fait, les objectifs concernent pour une grande majorité des comportements individuels de conduites à risques. L'approche populationnelle est alors moins mise en valeur dans ces objectifs.

De l'égalité à l'accès aux soins à l'efficience aux soins

L'ambition de diminuer les inégalités de santé ne s'est pas arrêtée en France à la loi de Santé Publique de 2004. L'objectif est intégré de façon transversale dans d'autres projets comme par exemple les plans cancer. Le plan cancer 2009-2013 comportait 3 thèmes transversaux dont celui-ci : « mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers »(20). Les recommandations insistaient de fait sur l'importance de conjuguer les efforts de préventions des inégalités sociales et environnementales(21).

La médecine de premier recours dès la Conférence d'Alma-Ata de 1978 portait l'idée d'une action sociale en santé(22). De nombreuses politiques publiques sont soutenues par la théorie selon laquelle les soins primaires sont le moyen d'offrir un accès universel aux personnes et de réduire ainsi les inégalités sociales en santé. Il a en effet été montré que les inégalités sociales d'accès aux soins sont moindres dans les pays ayant mis en place des organisations nationales de santé et où les patients ont un faible reste à charge des soins, où les médecins de premiers recours sont garants de l'accès au second recours(23) (24) (25).

En France, le système de santé a intégré ces principes par notamment la création du rôle de médecin traitant dans la loi relative à l'assurance maladie de 2004(26).

Cependant se concentrer sur l'accès aux soins uniquement ne permettra pas de réduire à lui seul les inégalités de santé puisque la santé est également environnementale.

Jusqu'au rapport Black de 1982(27), les inégalités de santé étaient expliquées par les différences de conditions et d'habitudes de vie. Mais ce rapport a mis en évidence qu'il existait un « gradient social

de santé » répondant à la hiérarchie sociale. Ceci a donc remis en cause l'explication unique par le mode de vie. De multiples théories ont essayé d'expliquer ce phénomène avec des modèles étiologiques (mobilité sociale, sélection naturelle de la santé sur le statut social, ...). Puis est apparue la notion de déterminants sociaux de la santé qui se mêlent aux conditions et modes de vie et qui a complexifié l'approche. **Ce gradient social de santé a laissé penser que le niveau de vie absolu n'était pas la cause unique des inégalités, et « l'effet de la position relative » devenait prépondérant.** « Le sentiment de domination hiérarchique et de perte d'autonomie, notamment au travail, serait à l'origine de stress. La généralisation de cette hypothèse fait de l'absence de cohésion de la société un facteur de stress psychosocial, ayant des conséquences sur les pathologies mentales, les maladies cardiovasculaires et plus généralement sur la sensibilité de l'organisme aux maladies »(28).

L'apport des soins de premiers recours ne peut donc pas être le seul levier de l'efficience au soin et de la réduction des inégalités en santé. **La responsabilité sociale doit donc être portée par l'ensemble des acteurs de la société pour se diriger vers plus de justice sociale.** Paul Ricœur définissait la vie bonne comme « une vie bonne, avec et pour les autres dans des institutions justes »(29). Aux médecins et à l'ensemble des professionnels de santé en tant qu'institutions de travailler dans ce sens.

Une approche par pathologie

L'approche par pathologie est très marquée à propos des troubles cognitifs. Les médecins voient les troubles cognitifs comme une pathologie médicale pour laquelle il n'existe pas de thérapeutique efficace. Ceci les pousse d'ailleurs à limiter la recherche de ce déterminant. Un des infirmiers rappelle pourtant qu'une prise en charge est possible et la pense même importante dans le cadre de l'environnement des patients. **Le retentissement social, les mises en danger potentiel et le retentissement sur la santé ne sont pas intégrés dans leur pratique bien qu'ils soient intégrés dans les recommandations de bonnes pratiques.**

Ceci crée une tension éthique forte autour de la prise en charge des troubles cognitifs. Cette prise en charge a été étudiée et il existe même des recommandations nationales éditées par la HAS.

Il y a actuellement 5 recommandations de bonnes pratiques sur les démences qui sont encore d'actualité selon la HAS et disponibles sur leur site internet (30):

Figure 12 - Recommandations de bonnes pratiques HAS actualisées sur les démences

Date	Titre
Juillet 2014	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie (31)
Décembre 2011	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge (32)
Février 2010	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels (33)
Septembre 2009	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic (34)
Mai 2009	Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs (35)

Dans l'ensemble de ces recommandations, l'importance de la place du médecin traitant est rappelée avec force.

Dans un des documents (31), il est notamment écrit : « Le médecin traitant est le coordonnateur de la prise en charge, que le patient soit à domicile ou en institution ».

Dans une autre recommandation(32), après la découverte de troubles cognitifs initiaux, « il est recommandé au médecin généraliste traitant de :

- demander un avis spécialisé ;
- mettre en œuvre si nécessaire des mesures d'urgence ou d'aides au quotidien. »

Les recommandations rappellent qu'il n'est pas indiqué de réaliser un dépistage dans la population générale. Le diagnostic précoce doit cependant être proposé à toute personne avec un point d'appel identifié par un professionnel de santé, le patient ou un de ses proches, ou à l'entrée d'une structure d'hébergement.

Ce diagnostic précoce « ne se conçoit que dans le cadre d'un plan de soins et d'aides, qui comprend en fonction du stade de la maladie :

- une prise en charge thérapeutique ;
- une prise en charge coordonnée médico-psychosociale et environnementale du patient et de son entourage ;
- d'éventuelles mesures juridiques »(32)

« Le plan de soins et d'aides comprend au minimum :

- la mise en place de l'ALD 15 ;
- les interventions non médicamenteuses et les éventuels traitements médicamenteux ;
- la prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque ;
- la surveillance nutritionnelle ;
- l'orientation vers les services sociaux (mise en place des aides et des financements) ;
- une information sur les associations de malades et de familles de malades et les structures de répit. »

Les recommandations insistent donc bien sur la prise en charge globale médico-sociale. Or les médecins doutent encore de la pertinence de la recherche de ces déterminants. Ceci montre que la prise en charge globale et le rôle de chef d'orchestre qu'ils décrivent n'est pas encore totalement assimilés pour ce type de pathologies. Le regard se pose encore beaucoup sur la prise en charge thérapeutique.

Les recommandations préconisent notamment des interventions sur la qualité de vie des personnes, la prise en charge psychologique et psychiatrique, la prise en charge orthophonique, les interventions portant sur la cognition, l'activité motrice et le comportement.

La recommandation s'intéresse à une prise en charge très large des patients. Elle inclut un « suivi standardisé par le médecin généraliste traitant » qui inclue une évaluation médicale sur le suivi des comorbidités comme les chutes, la dénutrition, les facteurs de risques cardiovasculaires, une évaluation comportementale et fonctionnelle sur les activités de la vie quotidienne.

Cette évaluation médicale du patient se poursuit par une évaluation médicale de l'aidant et des proches auxquels il peut être proposé une consultation propre.

Une évaluation environnementale encourage les médecins à tenir compte des risques au domicile comme les cuisinières à gaz sans système de sécurité, les tapis non fixés ou encore les médicaments accessibles.

Une évaluation sociale et juridique permet de s'assurer que les patients ne nécessitent pas des mesures de protection comme une sauvegarde de justice, une curatelle ou une tutelle.

Enfin, les recommandations préconisent une réévaluation et la proposition d'adaptation des aides avec une réévaluation régulière du projet de vie.

L'ensemble de ces éléments met en évidence les attentes médico-sociales de la société sur les médecins généralistes. Or les réponses des médecins généralistes lors des entretiens mettent en évidence que ces attentes devraient être plus intégrées dans leur pratique.

Par ailleurs, comme le rappelle un des infirmiers, une amélioration de la connaissance des partenaires sociaux pourrait permettre une amélioration de la prise en charge globale des patients.

En effet, dans la recommandation, il n'est pas demandé au médecin généraliste de réaliser les interventions non médicamenteuses par exemple mais de faire le lien avec les structures dont ce n'est le travail. C'est d'ailleurs dans ce cadre que le plan Alzheimer 2008-2012 dans sa mesure n°6 (36) avait prévu la création des équipes spécialisées : les Equipes Spécialisée Alzheimer (ESA).

Les ESA (37) sont composées d'une infirmière coordinatrice, d'un ergothérapeute et d'assistants de soins en gériatrie. Elles permettent aux Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de réaliser sur prescription médicale des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement pour réduire les comorbidités associées à la maladie et renforcer les capacités fonctionnelles pour un maintien au domicile.

Par ailleurs, on peut noter que parmi les évaluations préconisées par les recommandations de bonnes pratiques, l'évaluation de l'environnement est citée par les médecins généralistes notamment sur la question des tapis au sol. Toutefois, ceux-ci ne sont cités que lors de la prise en charge du risque de chute. **Cela met en évidence que les déterminants de santé sont abordés comme des « pathologies » plus que des facteurs de risques.** Or en étant dans une approche centrée pathologie, les médecins peuvent freiner sans le vouloir l'accès à des soins.

Si les recommandations préconisent la recherche des risques de chutes chez les personnes souffrant de troubles cognitifs, c'est en partie qu'il existe une majoration des risques de chutes chez ces personnes. **Or la prévention des chutes n'est envisagée par les médecins généralistes que chez les patients chuteurs en prévention secondaire ou parce qu'ils présentent des risques de iatrogénie ou des troubles locomoteurs.** La prévalence des déterminants de santé selon d'autres déterminants de santé ne semble pas totalement intégrée.

Pourtant la médecine générale se définit comme une discipline de prise en charge globale centrée sur le patient. Dans le livre référence de la discipline (38) conçu par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) , il est rappelé dans le premier chapitre que l'approche globale consiste bien sûr à prendre en charge les problèmes aigus et chroniques des patients mais aussi « promouvoir la santé en appliquant de manière appropriée des stratagèmes d'éducation pour la santé et de prévention des maladies ».

Ceci a été renforcé avec la publication en 2013 des 6 compétences de la médecine générale par le CNGE (39) représenté comme « la marguerite des compétences » intégrant :

- l'approche globale, prise en compte de la complexité
- la relation, la communication et l'approche centrée patient
- l'éducation et la prévention
- la continuité, la coordination et le suivi
- le premier recours et les urgences
- le professionnalisme

L'éducation et la prévention sont vues comme la capacité à « accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention ».

Ceci met bien en évidence que la recherche des déterminants de santé fait bien partie des compétences des médecins généralistes.

Cette prise en charge est donc perçue comme la prise en compte de l'ensemble des éléments qui déterminent le comportement d'une personne. Mais on ne le retrouve pas pris en compte dans une vision préventive de santé publique dans les résultats de notre travail.

L'expérience britannique est intéressante sur ce sujet. On peut noter que leur approche est différente dans leurs recommandations de bonnes pratiques¹. En France, les recommandations sont pensées par pathologies où problématique sanitaire posée à la société. Ainsi, l'HAS² a mis à disposition des recommandations de bonnes pratiques comme « *Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire* » (40) ou encore « *Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique* » (41) ou « *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé* » (42). On peut noter que ces recommandations représentent une palette très diversifiée. Les autres recommandations de bonnes pratiques utilisées sont celles fournies par les sociétés savantes des spécialités médicales ou les collèges des généralistes enseignants. Celles-ci sont également fournies par pathologies.

A l'inverse, les recommandations NICE PATHWAY³ au Royaume-Uni sont inscrites dans une autre logique. Les recommandations sont pensées selon le moment d'intervention des professionnels au

¹ Accès libre sur : <https://www.nice.org.uk/guidance>

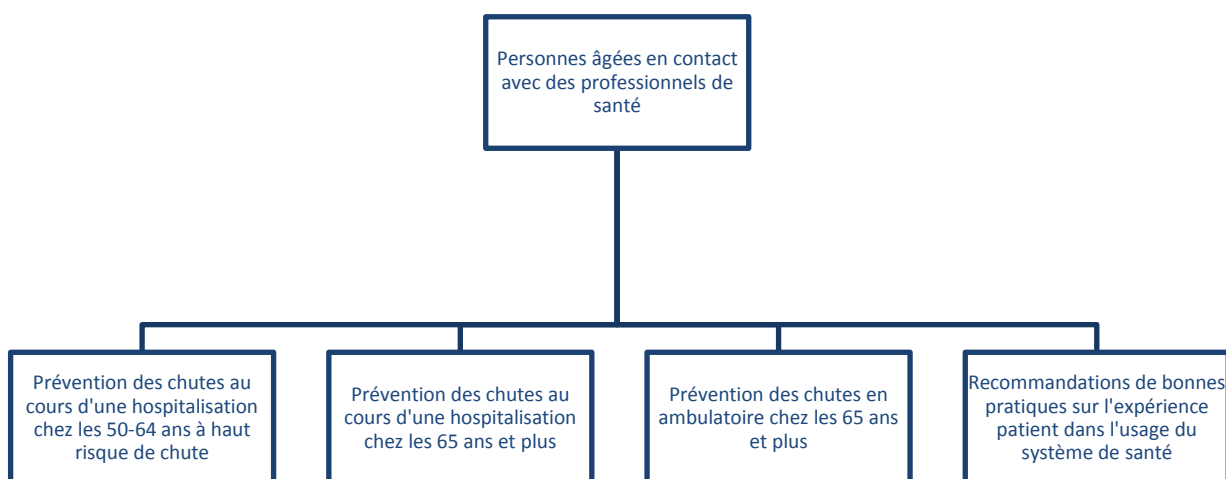
² Accès libre sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-de-bonne-pratique

³ Accès libre sur : <http://pathways.nice.org.uk/>

sein du parcours de santé des patients. Elles sont alors représentées sous forme de diagrammes sur lesquels les professionnels s'orientent selon le cas auquel ils sont confrontés.

Par exemple, dans la prise en charge des chutes chez les personnes âgées, le diagramme commence par un encadré intitulé « Older people in contact with healthcare professionals » (43).

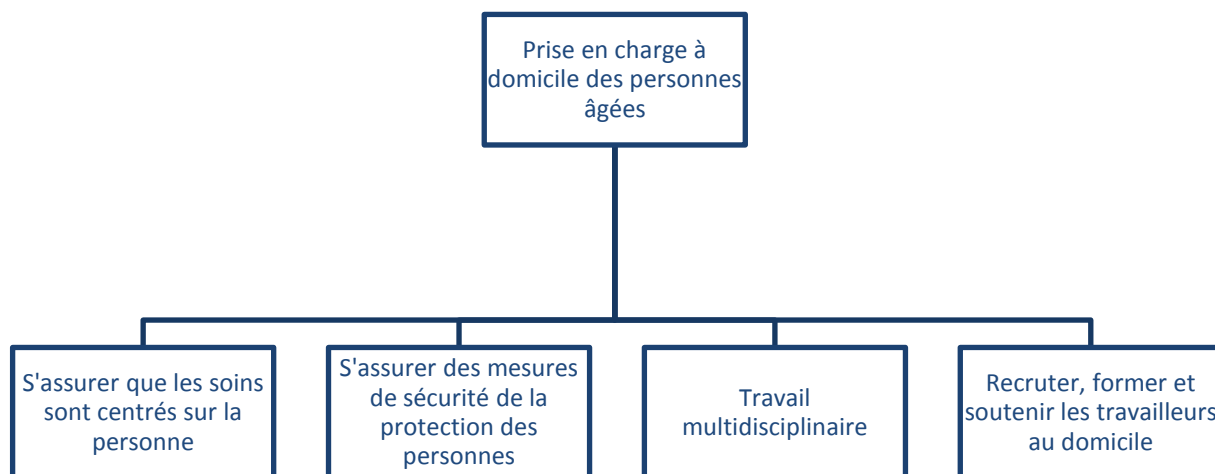
Figure 13 - Recommandations NICE Pathways : Chutes chez les personnes âgées (Rang 1)



Cette recommandation met en évidence que la démarche est vraiment centrée sur les patients dans une approche de prévention populationnelle. Ici, c'est le critère d'âge qui justifie un acte de prévention réalisé par tous les professionnels de santé que le patient peut rencontrer. Par la suite, les recommandations sont différentes si cela a lieu en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Dans la branche « hôpital », après avoir abordé l'évaluation du risque et sa prise en charge, le dernier encadré appelle à partager l'information aux autres services sur les risques de chute.

On retrouve des résultats similaires sur la recommandation NICE Pathways concernant la prise en charge des personnes âgées au domicile.

Figure 14 - Recommandations NICE Pathways : Prise en charge personnes âgées au domicile (Rang 1)



Dans le diagramme « Home care for older people overview »(44), quatre encadrés figurent au rang 1 dont un sur le travail multidisciplinaire. Celui-ci recommande de d'assurer la réalisation de soins intégrés et de support par un groupe coordonné de professionnels qui soient adaptés aux besoins du patients. Des propositions sont faites pour la composition de ce groupe qui comporte notamment et de toute évidence des professionnels de santé mais également des travailleurs sociaux, des assistantes sociales, des associations de bénévoles ou des avocats. Parmi tous ces acteurs, il est demandé d'identifier un responsable de coordination des soins qui soit impliqué dans l'administration des soins. Celui-ci se voit confier alors trois missions principales :

- coordonner les acteurs
- s'assurer que tous les partenaires impliqués connaissent leurs missions et le moment adapté de leur intervention
- s'assurer que tous les partenaires impliqués communiquent régulièrement entre eux.

Cette recommandation de bonne pratique sur la prise en charge au domicile n'existe pas dans le large panel proposé par la HAS. La démarche répond moins à la culture de la HAS centrée sur les pathologies et non sur les prises en charges des personnes.

Par ailleurs, les attentes sur le travail multidisciplinaire sont assez claires dans cette recommandation britannique. Il est de la responsabilité des professionnels de santé de réaliser ce travail de

coordination du parcours de santé. Ce qui est particulièrement intéressant réside dans le fait que le travail de coordination ne se limite pas à coordonner mais il fait appel à la mobilisation de tous les acteurs. En effet, lorsque le coordinateur doit veiller à la communication régulière entre les acteurs, il est inéluctable et donc intégré que la qualité des soins passe par la mise en commun des compétences de chacun.

Ces deux exemples montrent comment le système de santé britannique a intégré dans sa logique de fonctionnement la coordination ville-hôpital et la coordination interprofessionnelle comme un déterminant de santé à part entière. Un système de soins bien organisé centré sur le patient et non sur ses pathologies est en soi un élément de la qualité des soins.

Le financement de la prévention : une source de problème

« Le temps ce n'est pas de l'argent »

Les deux principales limites relatives à la non recherche de certains déterminants de santé sont le temps et l'argent. Soit les médecins généralistes n'ont pas le temps au sein d'une consultation de gérer ces problématiques, soit le temps qu'ils devraient y consacrer n'est pas suffisamment valorisé financièrement.

Ces arguments sont connus et retrouvés dans d'autres travaux.

Hinton (45) avance que ce qui freine les médecins généralistes est le manque de temps, la difficulté de joindre et communiquer avec les spécialistes, une faible valorisation financière de ces actes, un faible réseau avec les structures sociales de terrain et une carence en équipe interdisciplinaire.

Le paiement à l'acte n'est pas le seul responsable

Une limite principale en France réside dans le paiement à l'acte. Pour un médecin généraliste conventionné secteur 1, la consultation est cotée à 23 euros. Ceci quel que soit le contenu de la consultation. Afin d'encourager la recherche des troubles cognitifs par exemple, l'Assurance Maladie a prévu une cotation particulière pour la recherche des troubles cognitifs. La cotation ALQP006 permet de coter à 69,12€ les tests d'évaluation d'un déficit cognitif. Ceci est même cumulable avec la cotation d'une consultation à 23€. Mais malgré cette valorisation importante, cela ne semble pas suffire à ce que les médecins généralistes le réalisent plus souvent.

Dans les résultats de la phase 1 de ce travail, ils précisent bien qu'une valorisation est nécessaire, mais ils ne l'utilisent pas. Cela met en évidence que d'autres éléments influencent la recherche de ces déterminants. **Ils avancent un élément de réponse lié à la gêne occasionnée par le paiement en**

consultation. Il leur est difficile de demander un règlement supérieur à la consultation courante, bien que l'acte technique semble faire exception à cette gêne.

Certains médecins généralistes avouent ainsi des actes de fraude à l'Assurance Maladie en faisant passer sur les ALD des patients des actes qui n'en relèvent pas.

Le salariat n'est pas vu comme la solution

Les médecins avancent des arguments positifs pour défendre le salariat ou une part de salariat dans la prise en charge préventive. Ils précisent notamment que cette nouvelle pratique permettrait de répondre aux besoins avec plus de disponibilité en temps de consultation, de renforcer le travail en équipe et d'augmenter la part préventive.

Toutefois, ils mettent en avant la problématique de l'accès aux soins. La pratique libérale et le paiement à l'acte permettraient de pousser les médecins à une efficacité dans la prise en charge. Par ailleurs, les horaires étant libres, ils peuvent ainsi répondre aux besoins ressentis des patients de façon plus adaptée. Enfin, ce qui ressort également est que ce mode de financement pousserait les médecins à plus se mobiliser en temps et en termes de qualité des soins proposés afin d'apporter un sentiment de satisfaction de leurs patients.

Ce dernier point crée alors un contre poids particulier dans la relation médecin-patient. Le paiement à l'acte induit alors un rapport d'intérêt mutuel entre les patients et leur médecin. Ceci est vu comme une interrelation vertueuse dans la qualité des soins. Les médecins généralistes emploient même un champ lexical fort en évoquant un combat pour défendre la santé des patients. Ceci renforce l'implication des médecins dans le parcours de santé de leurs patients.

Bien sûr le patient peut changer de médecin s'il n'est pas satisfait des soins qu'il reçoit. Mais le médecin peut aussi ressentir le besoin d'entretenir une patientèle. Cette question se renforce avec l'évolution de la démographie médicale. Il n'y a jamais eu autant de médecins par habitant en France(46), mais leur répartition est très inégale. Le problème se pose alors dans ces lieux où la densité médicale est importante.

On peut observer depuis 2008 une augmentation de la part de médecins exerçant une activité mixte ou salariée.

Tableau 6 - Répartition médecins généralistes selon le type d'activité

	Total	Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés hospitaliers	Autres Salariés
2015 (47)	102 485	60,7%	6,7%	17,5%	15,6%
		67,4%			
2013 (48)	101 803	62,5%	5,5%	17,0%	15,0%
		68,0%			
2008 (49)	101 381	67,4%		18,9%	13,7%

Toutefois, selon l'ordre des médecins (46), le nombre de médecins généralistes exerçant une activité régulière en milieu libéral ou mixte est en constante diminution depuis 2007.

Ceci montre donc une tendance vers un début de changement de type d'activité des médecins généralistes.

Une interdisciplinarité à construire

La loi de santé publique rappelle le principe d'intersectorialité. Ceci est vu comme la prise en compte de la multitude des intervenants possibles.

De la délégation de tâche au transfert de compétence

Dans l'ensemble les médecins généralistes sont de plus en plus prêts à déléguer un certain nombre de tâches. Ceci est flagrant par exemple avec l'extension de l'Association ASALEE à l'échelle nationale.

Les freins à cette délégation de tâches sont connus. En 2003, le rapport intitulé « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » (50) avançait déjà les limites de l'exercice. Bien qu'ils pensaient qu'une coopération interprofessionnelle étaient nécessaires, les professions de santé avançaient des limites que l'on retrouve dans les réponses des médecins généralistes : **le besoin de d'une répartition claire des missions de chacun, le besoin d'un coordonnateur principal pour le mettre en œuvre, la peur de la création de nouvelles structures chronophages ou complexifiant la prise en charge, ...**

Dans un travail de thèse de 2007 réalisé à l'Université de Besançon (51), des médecins généralistes interrogés proposaient la création d'assistants professionnels comme des infirmières spécialisées intégrant les spécificités de l'exercice de la médecine de premier recours.

Tout cela concerne la délégation de tâches en partant du principe que le médecin généraliste reste le pivot et le responsable de ces tâches.

En 2005, l'URPS Rhône-Alpes et l'ISNAR-IMG a interrogé les internes en médecine générale sur le transfert de compétence aux paramédicaux sans supervision par un médecin(52). Les internes ne sont pas unanimes puisque 60,8% y sont favorables contre 38,4% y sont défavorables (0,8% ne se prononcent pas).

Cette notion de transfert de compétence est également souhaitée et encouragée par les professionnels de santé paramédicaux. Dans un travail de thèse s'intéressant à l'avis des professionnels paramédicaux sur la responsabilité sociale des facultés de médecine, les paramédicaux affirmaient leur volonté d'une majoration de ce transfert (53). Toutefois, ils rappellent que ce transfert doit se faire de façon réfléchie et encadrée pour éviter de surcharger les professionnels ayant déjà une activité chargée à assumer.

L'étendue de ce transfert n'est pas claire pour les paramédicaux. Bien que pour certains d'entre eux ils encouragent la délégation de tâches, d'autres souhaitent un vrai transfert de compétence.

Au cours des entretiens, il s'est dessiné un rapport au transfert de compétence différent selon le type de professionnel. Les infirmiers semblent intégrer plus facilement une délégation de tâches et s'interrogent sur leur légitimité. A l'inverse les kinésithérapeutes semblent plus favorables à un vrai transfert de compétence pour lequel ils auraient la capacité à en assumer la responsabilité. Bien-sûr cette différence n'est qu'une tendance mais pourrait s'expliquer par la relation que chaque profession entretient avec le corps médical. Les kinésithérapeutes ont développé plus précocement une indépendance par rapport aux infirmiers qui intègrent encore l'idée de la réalisation de prescriptions. Pourtant le métier est en train de changer et la palette de compétences est en train de s'élargir (54).

La coordination médicale, le point faible du travail interdisciplinaire

Les professionnels paramédicaux regrettent que les médecins ne connaissent pas plus les compétences de leurs confrères spécialistes ou paramédicaux. **L'amélioration de la connaissance des champs de compétences de chaque professionnel est rappelé souvent par les paramédicaux (53) (55) car elle participerait alors à une amélioration de la qualité de l'offre de soin. Ce travail de coordination est également réclamé par les patients eux-mêmes** qui décrivent voir trop souvent des

professionnels de santé isolés dans leurs pratiques ne prenant pas le temps de communiquer et de partager sur les prises en charges (53).

En 2004, le « Baromètre des pratiques » édité par l'Union Régionale des Médecins libéraux de Bretagne mettait en évidence que les médecins n'échangeaient que très rarement sur l'état de santé des populations qu'ils soignent (56). **Par ailleurs, en 2003, 64% des médecins déclaraient que l'information et l'éducation du patient ne relevait pas de leur qualification ou de leur responsabilité**(18).

La coordination est actuellement décrite comme efficace par la rencontre entre des professionnels de santé. Tous s'accordent à dire que la rencontre physique est le meilleur moyen d'y arriver.

Les caractéristique du système de soin ambulatoire n'est pas celui d'une entreprise. De ce fait, les leviers pour favoriser la coordination interprofessionnelle ne sont pas les mêmes, bien qu'ils aient montré leur efficacité (57) : incitations financières, évolution de carrière, contraintes hiérarchiques,... **La revue de la littérature permet de mettre en évidence trois leviers pour la coordination pour les réseaux médico-sociaux agissant sur (58) :**

- « la dimension relationnelle »
- « la dimension matérielle »
- « la dimension informationnelle »

La dimension relationnelle est clairement mise en évidence dans les résultats. Elle est souhaitée par des relations interpersonnelles formalisées ou non. Dans leur quotidien, les professionnels de santé insistent sur l'importance des temps de coordination non formalisés. Les effets bénéfiques de la « pause-café » ont été souvent décrits (59). Ces espaces de vies informels permettent aux différents partenaires d'échanger sur leurs pratiques et de développer ensemble des solutions aux problèmes rencontrés.

La dimension matérielle concerne les dispositifs ou les règles sur lesquels s'appuient les professionnels ; il s'agit de repères. Ceux-ci sont évoqués dans les résultats lorsque les médecins évoquent notamment les procédures de délégation de tâches à l'infirmière ASALEE ou des modes de prescriptions des actes de kinésithérapie.

Sur cette dimension, une idée forte ressort dans les résultats. Les règles et les procédures établies sont remises en question par un certain nombre d'acteurs qui n'hésitent pas à parler de « toute puissance médicale » d'un système uniquement centré sur les médecins généralistes qui adressent les patients aux professionnels de santé dont le patient a besoin.

Enfin, la dimension informationnelle est faiblement évoquée dans les résultats. Ceci est probablement lié au fait que le stade de la dimension matérielle est en cours d'élaboration. Il est difficile de penser le support si les conditions de réalisation du travail en réseau n'est pas encore pensé, partagé et accepté par tous les acteurs.

De la coordination à la médecine intégrée

Certains professionnels dénoncent un système de soins centré sur le médecin généraliste, chef d'orchestre du parcours de soin des patients. Cette remise en cause de la place centrale du médecin généraliste est prolongée par la proposition d'un changement de paradigme de parcours de santé.

Il propose alors une vision centrée sur le patient, lui proposant une plus grande autonomie. Ce n'est plus le médecin qui adresse les patients aux différents guichets de soins, mais les professionnels de santé qui répondent aux besoins singuliers du patient. **Le système de soins gravite alors autour du patient selon les besoins identifiés par le patient et les professionnels de santé.**

Ce changement de paradigme n'est pas seulement un effort de conceptualisation de l'organisation des soins. Cela peut réellement avoir un impact sur la prise en charge des personnes. **On parle alors de médecine intégrée ou Integrated Care.**

Il existe une multitude de définitions du concept d'intégration selon les pays et les disciplines qui l'encouragent. On peut cependant mettre en évidence une démarche commune identifiée par D. Somme : *« l'intégration est un processus qui vise à dépasser les frontières de la fragmentation des systèmes de services répondant à des populations en situation de vulnérabilité. Ce processus nécessite une réflexion multi-niveaux notamment sur la façon dont les politiques publiques et les systèmes de financement doivent être modifiés pour répondre à la logique intégrative prônée au niveau des organisations et de la délivrance des soins et services. Ainsi, à tous les niveaux concernés, doit se développer un partage de processus, d'outils, de moyens, de finances, d'actions et de retour sur ces actions. C'est ce partage qui est finalement la preuve de l'évolution vers l'intégration »* (60).

La profonde différence entre l'intégration et la coordination se joue dans les moyens mis en œuvre pour arriver à ce partage (61).

L'intégration implique un partage obligatoire de responsabilité sur le budget mais aussi sur le projet lui-même. De ce fait, les professionnels doivent sortir de leur « logique de mission » et remettre en cause leurs procédures. Enfin, le partage d'outils ne se limite plus à des interfaces, mais à un vrai

« partage d'outils de gestion et de données afin d'assurer une responsabilité conjointe sur la réponse aux besoins de la population » (60).

Cette démarche d'intégration permet alors de résoudre un certain nombre de problématiques soulevées par les médecins.

Au Royaume-Uni, le très influent King's Fund a publié en 2013 un rapport de retour d'exercice évaluant la pratique de 5 centres de santé exemplaires s'étant engagés dans les soins intégrés (62). Le rapport insiste sur les conditions nécessaires au succès d'une prise en charge coordonnée de soins intégrés.

Ces cinq exemples sont :

- **The Midhurst MacMillan Palliative Care Service** (63). Son objectif principal est de permettre aux personnes de mourir dans le lieu de leur choix et d'améliorer la qualité de fin de vie. Initié en 2007, ce centre a pu réduire le nombre d'admissions aux urgences et de décès en milieu institutionnel. Quatre-vingt-dix pourcents des patients ont pu mourir dans le lieu de leur choix. Les professionnels ont aussi diminué leur anxiété au travail. Ils ont également un coût de fonctionnement inférieur à celle d'une institutionnalisation.
- **The Sandwell Esteem Team** (64). Depuis 2006, l'objectif est d'améliorer la santé et la santé mentale chez des patients aux problèmes de santé complexes. Ils sont arrivés à une amélioration significative en termes de résultats cliniques et de sentiment de bien-être. La gestion des budgets a pu être tenue.
- **The Oxleas Advanced Dementia Service** (65). Les objectifs sont d'éviter les passages inutiles aux urgences, de réaliser les soins dans le lieu de leur choix, d'améliorer la qualité de vie des patients et diminuer le stress des professionnels. L'ensemble de ces objectifs ont été atteints. Ils ont même réussi à réduire les coûts pour le système global de santé.
- **The South Devon and Torbay virtual wards** (62). Depuis 2010, ils cherchent à améliorer la qualité des soins en simplifiant l'accès, en réduisant le nombre de bilans et d'hospitalisations, et en améliorant les délais d'attente de rendez-vous chez les spécialistes. Les résultats sont bons puisque les objectifs ont été atteints sans augmenter les coûts de santé.
- **The Pembrokeshire community resource teams** (66). Ils souhaitent diminuer le nombre de passages aux urgences pour les patients aux problèmes de santé complexes et améliorer la sortie d'hospitalisation. Cela passe aussi par une amélioration du travail de coordination et une amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie des patients. L'équipe est en place depuis 2011, les premiers indicateurs sont bons puisqu'ils ont réduit le nombre

d'hospitalisations des patients souffrant de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), et diminué la durée d'hospitalisation des patients souffrant de diabète, de BPCO et de maladie coronaire.

L'ensemble de ces expériences possède un fonctionnement horizontal et multidisciplinaire. Certains d'entre eux se fondent sur une intégration avec les services de second recours et notamment les services hospitaliers. Par contre, le degré d'intégration dans le système de chaque partenaire reste spécifique à chaque expérience.

Ils ont pu par ailleurs montrer que les résultats sont meilleurs, quand les acteurs se concentrent d'une part sur l'autonomie fonctionnelle, le bien-être et les actions qui permettent aux patients de mieux vivre dans leur environnement, ou cherche d'autre part à les aider à s'en sortir plutôt que de se focaliser sur des prises en charge ou des traitements de problèmes cliniques. Cette donnée met en évidence les limites des objectifs de recherche actuels en médecine. La majorité des travaux qui cherchent à évaluer une efficacité d'une action se concentrent sur l'amélioration de problèmes de santé. Or ces travaux mettent en évidence qu'une approche différente est possible et centrée sur l'objectif d'amélioration de la qualité des vies des personnes. L'évaluation de l'amélioration sur la santé reste un objectif essentiel mais doit être évalué dans un second temps.

Un coordinateur de parcours de santé

Par ailleurs, la place qu'occupe un coordinateur semble fondamentale dans ces expériences au Royaume-Uni. Celui-ci permet d'améliorer l'efficacité des réponses aux problèmes rencontrés par les patients. La place du coordinateur de santé est reconnue dans le système de santé britannique, car comme vu précédemment, ses objectifs sont référencés dans les recommandations de bonnes pratiques.

Les missions recommandées pour ces coordinateurs de soins intégrés sont multiples : gérer les transferts des patients entre les partenaires de santé, fournir une continuité des soins et s'assurer que les soins prévus sont réalisés, être l'avocat des patients pour s'assurer que les professionnels soient tenus à jour des évolutions concernant le patient, fournir des soins directement au domicile des patients, communiquer avec l'ensemble du réseau de soins et aider les patients à naviguer dans le système de santé.

En France, les médecins généralistes se voient au centre de la coordination. Ils l'affirment ici dans les résultats de la phase 1. Tant bien même qu'ils affirment le faire, leurs champs d'action ne recouvrent pas les attentes décrites par les recommandations de bonnes pratiques britanniques ou les

recommandations du King's Fund. Les médecins généralistes anglais non plus d'ailleurs. La majeure partie de ces coordinateurs sont les infirmières des centres de santé ou des gestionnaires de cas (67).

D'ailleurs, dans les cinq expériences menées au Royaume-Uni, ils ont tous pu observer un désengagement progressif des médecins généralistes. Ils avaient tendance à ne pas échanger les informations et ne pas faire participer leur expertise médicale sur les situations rencontrées. Ceci a également été retrouvé avec les professionnels de deuxième recours notamment pour les questions des transitions ville-hôpital.

Ceci peut s'expliquer par l'importance des moments dédiés à la communication interprofessionnelle en « face-à-face ». En effet, les soins intégrés passent par des temps d'échange importants entre les professionnels qui sont chronophages mais nécessaires. Le rapport promeut une approche « high-touch, low-tech ».

Une étude de 2004 s'intéressait aux raisons poussant les médecins généralistes français à s'exiler au Royaume-Uni (68). Parmi les causes principales, on retrouvait des problématiques de durée de temps de travail et du nombre de patients à prendre en charge par jour qui était considéré comme trop important. Ceci renforce l'hypothèse que le système de soins en France encourage le nombre d'actes plutôt que les prises en charges complexes en coordination. Ces médecins décrivent également un sentiment de solitude dans leur exercice. La réalité est pourtant différente outre-manche. En effet, le Quality and Outcomes Framework évalue la durée optimale d'une consultation à 10 minutes. En pratique, les consultations durent en moyenne entre 5,7 à 8,5 minutes (69). Alors que les patients se plaignent de ces courtes durées de consultations, l'effort semble plus se tourner vers la manière dont cette même durée devrait être utilisée pour optimiser la satisfaction perçue des patients et optimiser les modifications de comportements proposées (70,71).

Tout ceci montre bien que les médecins généralistes ne sont pas à l'heure actuelle en mesure d'assurer cette charge de coordination, aussi bien en France qu'au Royaume-Uni. Ce rôle spécifique, avec les missions spécifiques correspondantes qui sont les siennes, doivent donc être assumés par des professionnels impliqués dans un autre paradigme du soin.

Les valeurs ajoutées de l'intégration

La démarche d'intégration, en tant que changement de paradigme pourrait résoudre une partie de ce qui freine aujourd'hui les professionnels de santé à travailler dans l'interdisciplinarité et apporter une vraie valeur ajoutée au soin (72).

Améliorer le partage d'information

Les médecins s'inquiétaient du risque de perte d'information entre les professionnels. Ceci poussait même certains à limiter le travail en coordination pour être certain d'être en possession de l'ensemble des données.

Or le partage d'outils de gestion et de données peut permettre notamment d'assurer une conservation et une traçabilité des données sans risques de pertes. **Il ne s'agit pas simplement d'un transfert de données mais d'un lieu où ces données sont collectées et mises à jour par l'ensemble des acteurs et conservées pour les besoins de tous.**

Cet outil commun pourrait être le Dossier Médical Personnel (DMP). Les associations de patients se battent depuis des années pour que les médecins renforcent son utilisation. Ils défendent le DMP comme un outil de coordination des soins pour la prise en charge médicale et médico-sociale des patients (73).

Quelques chiffres, au 1^{er} mai 2014, 456 274 DMP ont été créés, ils sont utilisés par 5780 professionnels de santé libéraux et 427 structures de soins.

Le DMP est aussi le moyen de répondre à une demande des professionnels paramédicaux qui rappellent qu'ils ont besoin pour bien exercer, de connaître un certain nombre d'antécédents médicaux et l'historique des patients. Un des kinésithérapeutes disait avoir besoin notamment d'être sûr que les patients ne soient pas atteints d'hypertension artérielle afin de pouvoir réaliser un certain nombre de manœuvres. Or les médecins omettaient souvent de le lui préciser. Par ailleurs, les paramédicaux regrettent également que certaines prescriptions ne soient pas systématiquement accompagnées d'un courrier expliquant les problématiques du patient et les objectifs attendus des prescriptions(53).

Le DMP pourrait donc être le moyen de récupérer une information pour l'ensemble des professionnels de santé apportant des soins au même patient.

Du transfert de compétence à la mutualisation des compétences : un plus

Les professionnels paramédicaux regrettent que les médecins ne connaissent pas plus l'étendue de leurs compétences.

Il est important que chacun sorte de ses missions propres pour construire ensemble les objectifs et développer des moyens d'y arriver. Cette démarche avec et pour le patient est le moyen d'échanger sur la réalité des pratiques de chaque professionnel impliqué. **Dans le respect d'une éthique de discussion, les professionnels de santé peuvent ainsi mettre en commun leurs compétences et**

définir ensemble le champ de celles-ci dans le cas d'une prise en charge singulière d'un patient. En sortant d'une uniformisation des prises en charges pour se concentrer sur les besoins réels des patients, le parcours de santé intégré prend alors tout son sens.

Les professionnels de santé peuvent alors définir l'étendue des transferts de prise en charge pouvant aller d'une simple délégation de tâche à un transfert de compétence. Ce transfert ne se fait plus sur un exercice normé, fragmenté d'une mission d'un professionnel de santé. Il s'agit de sortir de la dispense d'un acte sanitaire standardisé. L'intervention d'un professionnel de santé s'intègre alors dans un parcours de santé ; et ce n'est que dans l'intégration de cette action dans ce parcours qu'elle prend alors un sens.

Ainsi un acte médical n'est plus simplement un acte technique standardisé et coté par l'Assurance Maladie mais l'exercice d'une expertise professionnelle qui permet d'intégrer des soins divers et complexes au sein d'un parcours de santé d'un patient.

Ceci permet notamment de réduire les doublons de prises en charges réalisés par les différents intervenants en santé. La mutualisation des compétences permet alors de mobiliser les actions sur les besoins réels des patients en le positionnant acteur de sa prise en charge.

Partager les responsabilités

La question de la responsabilité est un point de discorde pour les médecins généralistes. **Autant le transfert de compétence est imaginable et parfois déjà réalisé, ils restent moins enclins à un transfert de responsabilité. Les médecins se sentent toujours responsable de leurs patients.**

A l'inverse un certain nombre de professionnels paramédicaux ne comprennent pas la difficulté des médecins à céder une part de responsabilité aux autres professionnels. Cela est interprété comme le besoin de rester au centre de la prise en charge, comme la garantie d'une prise en charge de qualité.

Il semble cependant que l'interprétation de la notion de responsabilité n'ait pas été comprise de la même façon par l'ensemble des personnes interrogées.

De quelle responsabilité parle-t-on ?

En effet, pour certains la responsabilité médicale était vécue comme la capacité à rendre des comptes sur les prises en charges effectuées. Pour d'autres, la notion de responsabilité englobe une notion éthique comme le développe José Antonio Salcedo (74).

Salcedo interroge le lecteur sur la définition du terme « Responsabilité » dans les cultures latines et anglo-saxonnes. Il met en évidence qu'en portugais le terme responsabilité se définit comme la qualité d'une personne à répondre de ses actions. En français, le sens donné est le même. Le Larrousse définit d'ailleurs le terme « Responsabilité » comme une « Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres » ou une « Fonction, position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte (surtout pluriel) » (75). Le Petit Larousse de 2007 propose la « Capacité de prendre une décision dans en référer préalablement à une autorité supérieure » (76).

Cette deuxième définition commence à se rapprocher de la définition anglo-saxonne que l'on retrouve dans le dictionnaire Oxford (77). Celui-ci définit la « Responsabilité » comme un comportement humain mis en évidence dans trois types de situations indépendantes qui généralement se superposent.

1. « **Handling reality** » : faire face à une réalité
2. « **Acting autonomously** » : la capacité à prendre des décisions ou d'agir de façon indépendante sans avoir à en référer à une autorité supérieure
3. « **Being accountable** » : la capacité à justifier à un tiers les décisions prises ou les actions réalisées

Ces trois notions ne sont donc pas incluses dans la définition du terme « Responsabilité ». Pourtant **elle intègre une dimension éthique ; celle de prendre en charge des situations réelles, de prendre des décisions et agir de façon autonome avec toujours l'idée que l'on devrait rendre des comptes à un tiers. C'est ce sur quoi Edgar Morin insistait en**

En effet, ces trois conditions sont nécessaires pour agir de façon responsable car :

- celui qui agit sans prendre en compte la réalité des pratiques et des patients devient « irresponsable » puisqu'il agit sans connaissance de cause
- celui qui agit sans être autonome devient lui aussi « irresponsable » puisqu'il n'est pas capable de prendre de décision par lui-même
- celui qui ne rend pas de comptes à un tiers est également « irresponsable » puisque personne ne peut évaluer ses actions

La « Responsabilité » réclame alors un questionnement permanent sur la qualité des pratiques mais aussi sur le sens des pratiques professionnelles.

Dans le cadre d'un travail de coordination et d'intégration des pratiques professionnelles, cette définition peut résoudre la problématique abordée par les médecins. **La responsabilité n'est plus**

vue comme le verso de la punition, mais le moteur d'un devoir éthique de qualité envers les patients.

Les nouvelles procédures de prises en charges interdisciplinaires doivent donc intégrer cette notion de responsabilité à 3 volets partagés.

Cette notion de responsabilité permet alors d'être au fondement de la démarche éthique. Elle devient avec la « solidarité » les deux sources de l'éthique(78).

S'intégrer dans une démarche de responsabilité sociale

En 1995, un rapport de l'OMS définissait la responsabilité sociale des facultés de médecine comme **l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent, vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région, et/ou nation qu'elles ont comme mandat de servir.** Les principaux problèmes de santé seront identifiés conjointement par les gouvernements, les organismes et les professionnels de santé et le public (12). **Avec la loi de Santé Publique de 2004, les gouvernements ont établis des priorités sur les besoins en santé des personnes en France. Les organismes et les professionnels de santé ont collaboré à l'identification de ces besoins en santé.**

Les compétences communicationnelles

Dans le cadre du projet francophone Recherche Action Responsabilité Sociale soutenu par la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM), la Conférence Internationale des Doyens de Médecine d'Expression Française (CIDMEF) et Training For Health Equity Net Equity Network (THEnet), une série de thèses de médecine a pour ambition de recueillir les différentes attentes de l'ensemble des partenaires de la faculté de médecine (79). Une de ces thèses s'intéresse aux attentes des patients (53). **Un des points majeurs évoqué par les patients concerne une demande adressée aux médecins d'améliorer leurs compétences en communication.** Les patients ne connaissent pas le contenu du programme des études médicales et interrogent les médecins pour savoir si les habiletés communicationnelles sont au programme.

Dans la même optique, madame Claude Rambaud interroge les médecins lors des Rencontres Hippocrate du 16 avril 2013 sur le thème *Information et communication aux patients* : « Comment, dans ce cadre asymétrique intégré au statut du patient et du soignant, développer une véritable communication élément de la guérison, objectif principal de la relation de soins, accessoirement contribuant à l'amélioration de la vie du patient, à l'épreuve du système de santé ? ».

Les compétences communicationnelles sont donc un besoin identifié par les patients dont il est de la « Responsabilité » des professionnels de santé de prendre en compte. Cela implique bien sûr une

modification du paradigme du soin à intégrer dans le « moment du soin » défini par Frédéric Worms comme l'espace entre deux extrêmes ; celui de « l'urgence vitale, ou mortelle, qui nous révèle tout à coup une double dépendance vis-à-vis du monde, mais aussi d'autrui (que nous appelons alors « au secours »). Mais ce sera ensuite, en un sens tout à la fois très large et historiquement situé, le moment présent dans son ensemble, l'époque, si l'on veut, où nous vivons, comme si celle-ci pouvait se caractériser par une sorte d'extension de cette vulnérabilité, de cette urgence, des réponses à y apporter, à tous et à tout » (80).

Ecouter le discours narratif pour répondre aux besoins de santé

Définir les besoins des patients est un exercice difficile. D'une part car ceux-ci sont en perpétuel mouvement, mais aussi car cela nécessite de développer des compétences empathiques et d'écoute.

En mettant la personne au centre de sa prise en charge et favorisant son autonomie, la médecine intégrée permet aux professionnels de santé de mieux répondre aux besoins des patients. Pierre Le Coz rappelle comment face à la découverte d'une maladie « grave » le patient se pose des questions sur le sens de sa propre existence et sa destinée. Face à ces interrogations, le médecin peut composer avec 3 attitudes (81):

- une attitude « synchronique » qui « consiste à anticiper les étapes de l'aggravation de la maladie jusqu'à la mort afin de mieux s'y adapter au fil du temps »
- une attitude qui « consiste à appréhender la temporalité du patient sur un mode diachronique afin de se rendre attentif à tout ce qu'il y a d'absurde et d'erratique dans la maladie grave »
- une attitude de l'éthique narrative qui « fait droit aux exigences de sens du patient tout en refusant toute grille d'interprétation a priori. Elle n'applique par une logique standardisée et homogène mais laisse le patient prendre l'initiative de construire un sens à travers la « mise en intrigue » de soi dans le récit ».

Les questions sur le sens de l'existence ne se posent pas uniquement lors de l'annonce d'une pathologie « grave ». Dans le cadre du vieillissement, les mêmes questions peuvent se poser avec plus ou moins la même brutalité. **Or la santé des personnes passe également par le regard qu'elles portent sur leur propre parcours, leur accomplissement et le sens qu'elles donnent à leur vie.**

Dans ce domaine plus que d'autres, les patients abordent ces sujets avec les professionnels de santé selon leurs relations de confiance ou les opportunités. Dans le cadre du vieillissement, mais aussi de la maladie, ces informations sont essentielles pour pouvoir répondre aux besoins réels des patients. Les besoins en santé s'intègrent bien-sûr dans une histoire de vie. La médecine narrative a donc bien

sûr toute sa place à jouer dans la médecine intégrée(82). **Mais pour cela, plus que jamais le patient doit être au centre de la prise en charge et en mesure de communiquer ses besoins en santé auprès de professionnels de santé formés à les écouter.**

C'est ainsi qu'une étude s'était intéressée aux déterminants de la qualité de vie chez les personnes vieillissantes vivant au domicile (83). Le premier facteur qui est susceptible d'améliorer ou de dégrader la qualité de vie est le maintien des contacts sociaux, notamment avec les enfants et la famille pour 66% des 65-85 ans et 59% des plus de 85 ans. Ce facteur passe bien devant un état de santé satisfaisant pour 29,4% des 65-85 ans et 10% des plus de 85 ans.

La qualité de vie perçue est donc un élément important dans le récit de vie à prendre en compte dans la prise en charge des personnes.

La lutte contre les inégalités sociales en santé

La réduction des inégalités sociales en santé fait partie des objectifs de santé publiques définis dans la loi de santé publique de 2004 (6). Bien que dans les résultats les médecins évoquent peu les déterminants sociaux de la santé, ils insistent sur leur impact sur la santé des populations. Concernant certaines mesures de prévention, ils décrivent bien comment ils sentent que toute une partie de la population leur échappe pour la recherche des déterminants de santé. Il s'agit essentiellement de population ne ressentant pas un besoin de santé, où ne consultant peu devant des difficultés d'accès aux soins.

La démarche intégrée permet de palier au moins partiellement à ces difficultés en faisant participer l'ensemble des acteurs en santé au contact des populations nécessitant des soins.

Des initiatives originales de médecine intégrée au Royaume-Uni à South-Devon et Torbay intègrent des bénévoles qui participent aux décisions et à la prise en charge des personnes présentant des pathologies chroniques complexes nécessitant des prises en charge pluridisciplinaires (84).

En France, le Réseau ASDES travaille avec les associations d'aides aux personnes en situation de précarité pour repérer les personnes qui pourraient avoir besoin de soins médicaux et qui n'y accèdent pas(85).

L'interdisciplinarité, une visée éthique pour un travail de recherche et de pédagogie.

Dans le cadre de la notion de Responsabilité Sociale, la notion de responsabilité « aux 3 volets » vue précédemment est à prendre en compte.

C'est pourquoi l'interdisciplinarité et le travail avec les patients et leurs représentants est une condition nécessaire pour embrasser pleinement la responsabilité des professionnels de santé.

En effet, pour faire face aux réalités (Handling reality) l'interdisciplinarité permet de recueillir une meilleure perception de la réalité vécue par les patients. L'information est le plus souvent apportée différemment auprès des différents intervenants. La mise en commun apporte alors une vraie valeur ajoutée à la prise en charge.

C'est dans ce sens que des initiatives de recherche et d'enseignement sont nécessaires pour développer cette prise en charge interdisciplinaire intégrée.

C'est dans cette optique qu'a été créé le Diplôme Universitaire de Coordination des Parcours de Santé à l'Université Paris Descartes (86). Parmi les 14 objectifs de la formation, le premier est éclairant sur la nécessité de ce DU : « Intégrer à leur démarche professionnelle la dimension éthique de la santé, les valeurs de respect de la personne malade et de déontologie de chaque profession ».

L'objectif 11 répond à une problématique soulevée par la présent travail : « Participer à l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de protocoles de coopérations pluridisciplinaires permettant des partages de compétences et des transferts d'activités ».

Evaluer : une question d'éthique

L'évaluation des pratiques en médecine ambulatoire est à ce jour encore peu développée. On la retrouve dans certaines démarches individuelles ou de regroupement entre certains professionnels comme les groupes d'échanges et de pratiques ou les groupes de pairs. Ces méthodes d'évaluation ne sont pas génériques et standardisées pour une pratique, mais représentent le moyen d'entretenir une analyse réflexive sur sa pratique.

On retrouve d'ailleurs cette ambition dans la transformation de l'enseignement facultaire de la médecine générale qui revendique depuis des années une approche pédagogique par compétences. Celle-ci implique que l'étudiant ou le futur professionnel intègre sa pratique professionnelle dans le cycle de l'évaluation de ses pratiques.

Toutefois, le contenu de l'évaluation de ces pratiques n'est pas encore élaboré en termes d'objectifs de santé publique.

A l'échelle collective, l'Assurance Maladie a mis en place le système d'un paiement à la performance avec les ROSP : Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique(87). Celui-ci récompense les médecins selon les atteintes d'objectifs fixés au préalable. Concernant les médecins généralistes, des items sont consacrés à l'organisation du cabinet, et à l'informatisation, mais d'autres items s'intéressent à des marqueurs de santé publique. Parmi ces marqueurs, on retrouve 9 indicateurs de suivi des pathologies chroniques, 8 indicateurs de prévention et 7 indicateurs d'efficience.

Tableau 7 - Objectifs des indicateurs ROSP pour médecins généralistes

Types d'indicateurs	Catégories	Objectifs	Médiane en 2011 (87)
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Atteindre 65% de patients diabétiques bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c par an	44,7%
		Atteindre 90% de patients diabétiques de type 2 atteignant un taux d'HbA1c <8,5%	NC
		Atteindre 80% de patients diabétiques de type 2 atteignant un taux d'HbA1c <7,5%	NC
		Atteindre 90% de patients diabétiques de type 2 atteignant un dosage de LDL-Cholestérol <1,5 g/L	NC
		Atteindre 80% de patients diabétiques de type 2 atteignant un dosage de LDL-Cholestérol <1,3 g/L	NC
		Atteindre 80% de patients diabétiques bénéficiant d'une consultation ophtalmologique, d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les 2 ans.	62,2%
		Atteindre 75% de patients diabétiques à hauts risques cardio-vasculaire traités par une statine.	58,3%
		Atteindre 65% de patients diabétiques à hauts risques cardio-vasculaire traités par aspirine faible dosage ou anticoagulant.	50,0%
	Hypertension artérielle	Atteindre 60% de patients traités par antihypertenseurs ait une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90mmHg	NC
Indicateurs de prévention	Vaccination antigrippale	Atteindre 75 % de patients de 65 ans ou plus vaccinés	58,1%
		Atteindre 75 % des patients âgés de 16 à 64 ans en ALD vaccinés	35,7%
	Dépistage Cancer du Sein	Atteindre 80% des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant bénéficié de ce dépistage, conformément à l'objectif de santé publique	65,1%
	Dépistage cancer du col de l'utérus	Atteindre 80% de la population cible bénéficiant de ce dépistage au cours des 3 dernières années, conformément à l'objectif de la loi de santé publique de 2004	59,1%
	Antibiothérapie	Atteindre 37 prescriptions d'antibiotiques maximum par an pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans et sans ALD	40

Indicateurs de prévention (suite)	Risque latrogénie médicamenteuse	Atteindre moins de 5 % des patients de plus de 65 ans traités par Benzodiazépines à demi-vie longue	13,3%
		Atteindre moins de 12 % de patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines ne dure plus de 12 semaines	14,6%
		Atteindre moins de 5 % de patients de plus de 65 ans traités par un vasodilatateur.	9,1%
Indicateurs d'efficience	Prescription dans le répertoire des génériques	Atteindre 70 % de prescriptions de statine dans le répertoire des génériques	36,4%
		Atteindre 85 % de prescriptions des IPP dans le répertoire des génériques	73,3%
		Atteindre 65 % de prescriptions d'antihypertenseurs dans le répertoire des génériques	64,0%
		Atteindre 80 % de prescriptions d'antidépresseurs dans le répertoire des génériques	66,7%
	IEC-Sartans	Atteindre 65% des prescriptions d'IEC ou Sartans soient des IEC	38,8%
	Antiagrégants plaquettaires	Atteindre 85% des patients traités par Antiagrégants plaquettaires soit de l'aspirine faible dosage	82,6%

Ces évaluations sont actuellement, pour une partie, déclaratives par les médecins généralistes.

Ces déterminants de santé définissant selon les termes de l'Assurance Maladie les « indicateurs de qualité de la pratique médicale » ont été définis avec les représentants des médecins lors des négociations conventionnelles. Ils ont été établis selon les référentiels métiers émis par l'HAS et les recommandations internationales (87).

On peut regretter que ceux-ci ne tiennent pas compte d'une approche populationnelle comme le proposait la loi de Santé publique de 2004. Toutefois, il s'agit là d'un grand bouleversement dans les pratiques dont il sera nécessaire d'évaluer l'impact à plus long terme.

Phase 1 - Conclusion

Cette Phase 1 a permis de répondre à la première hypothèse de travail, à savoir que « les médecins généralistes ne prennent pas en charge suffisamment les déterminants de santé liés au vieillissement ».

Dans leurs pratiques, les déterminants de santé liés au vieillissement ne sont pas tous traités de façon égale. Il apparaît notamment qu'il existe une hiérarchie dans la fréquence de recherche pour les facteurs de risques cardio-vasculaires. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène. En premier lieu la facilité d'un recours de traitement médicamenteux et l'existence de recommandations correspondantes claires sur le sujet. En second lieu on peut noter le mode de financement principal des médecins généralistes, puisqu'il apparaît que le paiement à l'acte favorise les prises en charges rapides. Enfin, les objectifs de santé publique ROSP valorisent également davantage les prises en charges des facteurs de risques cardio-vasculaires plutôt que les temps de coordination et prises en charges complexes pluri-professionnelles.

Pourtant, les autres déterminants de santé, bien que pouvant également être financièrement valorisés, rentrent moins dans les pratiques professionnelles. Cela pourrait être dû à une culture médicale ciblée en premier lieu sur l'efficacité thérapeutique par rapport à la culture de l'accompagnement et du soin. Si la démarche préventive intégrant les éléments médico-sociaux et environnementaux est bien connue des médecins généralistes, il apparaît que ces derniers n'ont pas encore intégré ces éléments dans leurs pratiques.

La démarche de santé publique clinique reste donc à construire.

L'implication d'une prise en charge interdisciplinaire et pluri-professionnelle semble être un frein pour les médecins généralistes puisqu'ils se positionnent avant tout dans une démarche de prise en charge par pathologie. Ceci peut au mieux se traduire par une collaboration interprofessionnelle mais qui est encore aujourd'hui trop peu fréquente et difficile à mettre en œuvre devant la méconnaissance des compétences des autres professionnels de santé et des acteurs sociaux de la santé. Par ailleurs, les médecins généralistes semblent souhaiter rester au centre de l'organisation des soins plutôt que de laisser un rôle aux patients lui permettant d'être un acteur principal de soins. Rendre le patient acteur véritable au centre de sa prise en charge est un exercice difficile et exigeant puisqu'il demande aux professionnels de santé d'intégrer le récit de vie des patients en tenant compte du sens qu'ils souhaitent donner à leur existence.

L'organisation des soins sous forme de médecine intégrée pourrait lever un bon nombre des freins liés à la pratique de coordination des médecins généralistes.

L'ensemble des acteurs de terrain et les forces politiques devraient favoriser ce changement de paradigme dans l'organisation des soins. Dans une visée éthique, ceci implique de répondre à un devoir de justice sociale de nos institutions. Il s'agit de la responsabilité de tous les acteurs car la médecine n'est pas là pour répondre aux carences liées aux dysfonctionnements de notre société, mais pour répondre aux souffrances qu'elle peut engendrer.

Phase 2

Phase 2 - Introduction

Après s'être intéressé à la recherche des déterminants de santé liés au vieillissement auprès des médecins généralistes, la suite des travaux s'est intéressée au milieu hospitalier.

Les médecins généralistes ont présenté les freins et les difficultés ainsi que les limites de la recherche de ces déterminants et de leur utilisation pratique dans le soin. Le facteur limitant principal avancé par les médecins généralistes et confirmé par les autres professionnels de santé libéraux est le manque de temps. L'organisation du système de soin autour de médecins de premier recours libéraux n'est pas adaptée à cette prise en charge globale médico-sociale.

Notre seconde hypothèse était alors la suivante : lors des hospitalisations, quelle place est-elle laissée à l'identification de ces déterminants de santé ?

Il faut noter que le système de financement y est différent. Les services perçoivent un forfait hospitalier en fonction du type de pathologies justifiant l'hospitalisation et adapté aux comorbidités des patients. Dans ce contexte, où l'on peut ne pas être tenu au temps très court d'une consultation, comment ces éléments de prévention sont-ils intégrés ? Comment sont-ils alors pris en charge ? Comment sont-ils communiqués aux autres professionnels et notamment aux professionnels de santé de premiers recours ?

Phase 2 - Méthodologie

Nous nous sommes intéressés à l'analyse du contenu des compte rendus d'hospitalisation (CRH). Ces compte rendus sont quasi exclusivement le seul mode de communication utilisé à ce jour avec les professionnels en dehors de l'hôpital d'étude.

Cette analyse ne cherche pas à évaluer si ces déterminants sont recherchés au cours de l'hospitalisation mais d'évaluer si ceux-ci sont communiqués aux autres professionnels de santé. Si cette communication n'est pas réalisée, la pertinence de leur recherche est alors limitée. Puisque les autres professionnels comme les médecins généralistes affirment ne pas les rechercher par manque de temps principalement, nous cherchons donc à évaluer s'ils peuvent récupérer ces informations suite aux hospitalisations de leurs patients.

Protocole de l'étude

Il a été fait le choix d'une étude quantitative et qualitative des CRH.

Notre objectif principal est d'évaluer la fréquence de communication des déterminants de santé liés au vieillissement selon les services. L'objectif secondaire est d'analyser s'il existe un protocole de service concernant la récolte de ces données.

Compte-rendu d'hospitalisation

Tous les services hospitaliers du CHU envoient un CRH au médecin traitant après chaque passage d'un patient.

Selon les services, les CRH numériques sont préalablement envoyés aux médecins traitants des patients par courrier électronique sécurisé. Chaque professionnel de santé peut activer ce système de communication gratuit, le but étant de diminuer le délai de réception des informations sur l'hospitalisation.

Analyse Quantitative

Une analyse quantitative s'intéresse tout d'abord à la démographie des patients dont les CRH sont issus :

- Age
- Sexe

- Nombre d'antécédents médicaux

Un des freins à la bonne prise en charge globale des patients est le délai de d'envoi du CRH au médecin traitant. Nous évaluerons donc également les délais de dictée et de rédaction des CRH, ainsi que le nombre de destinataires du CRH.

Nous chercherons également les déterminants de santé liés au vieillissement tels qu'ils avaient été définis comme prioritaires par les gériatres, à savoir :

- Les facteurs de risques cardiovasculaires
- La dénutrition
- Les chutes
- Les troubles cognitifs

Parmi les autres déterminants de santé cités par les gériatres, nous nous intéresserons également à la fonction rénale et à l'iatrogénie. C'est pourquoi nous rechercherons également les clairances de créatinine et le nombre de médicaments pris par les patients à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation.

Logiciel Informatique

L'analyse quantitative a été réalisée sur Tableur Microsoft Office Excel®.

Analyse Qualitative de contenu

Nous cherchons à évaluer comment les déterminants sont recherchés. Cela répond-t-il à un protocole ? Comment la prise en charge globale préventive des déterminants de santé liés au vieillissement sont-ils pris en compte ?

Codage

Pour le codage des données, l'investigateur principal en avait la charge intégrale. Toutefois, une triangulation a été réalisée à l'aide de deux internes en médecine volontaires à partir de dix CRH des trois services. L'arbre de codage a donc été établi suite à cette triangulation.

Dérivation des Thèmes

Comme pour la phase 1, la dérivation des thèmes a été à la fois établie à l'avance pour les quatre déterminants de santé principaux définis par les gériatres. Par ailleurs, les thèmes ont également dérivé de l'analyse progressive suite aux nouvelles données des CRH.

Logiciel Informatique

Nous avons utilisé le Logiciel Informatique NVivo10® de QSR International.

Sélection des Services étudiés

Les services étudiés sont tous du CHU de Poitiers.

Nous avons analysés les CRH des services de Gériatrie, de Médecine Interne et d'Orthopédie.

Ce choix s'est basé sur deux services de médecine globale dont le service spécialisé dans les personnes vieillissantes. Le choix du service de Chirurgie Orthopédique était basé sur la grande part de prise en charge fonctionnelle que nécessitent les soins post-chirurgicaux.

Le Service de Gériatrie

Le service est réparti sur deux sites : Poitiers et Lusignan. Pour des raisons pratiques de recueil des données, seules les hospitalisations du site de Poitiers ont été étudiées.

Le site de Poitiers a une capacité de 277 lits (88) dont 79 lits de médecine gériatrique « court séjour », 101 de soins de suite et réadaptation (SSR) et 97 lits de « long séjour ».

Nous avons exclus les CRH de l'unité « cognitivo-comportementale », et des unités de « long séjour ». Ces patients ne retournent généralement pas dans le circuit de la prise en charge ambulatoire. Ces patients restent hospitalisés.

Nous avons donc inclus exclusivement les unités comportant des lits de « Court Séjour » et de SSR soit 176 lits d'hospitalisation.

Les lits de « courts séjour » ont pour objectif la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies aiguës et/ou pathologies chroniques instables.

Les lits de SSR offrent des soins de convalescence, de rééducation, de réadaptation, et de soins palliatifs.

A noter qu'une unité de cardio-gériatrie est intégrée parmi ces lits de « court-séjour » et de SSR.

Nous avons donc inclus tous les CRH des patients entrants dans ces unités entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2013.

Nous avons exclus les CRH des patients décédés au cours de l'hospitalisation, et les CRH de patients transférés dans d'autres unités de l'hôpital ou du même service. Dans le cas des transferts dans des unités étudiées dans le cadre de ce travail, seul le CRH de sortie d'hospitalisation a été inclus.

Le Service de Médecine Interne

Le service de Médecine Interne est composé de 3 unités : Médecine Interne, Maladies Infectieuses et Tropicales et Médecine Générale.

L'unité de Médecine Interne prend en charge (89) : les maladies systémiques, les connectivités telles les lupus, les sclérodermies, le syndrome de Sjögren, les maladies rares, les maladies vasculaires, les thrombophilies, les vascularites, le purpura, les acrosyndromes tel le phénomène de Raynaud, l'hypertension artérielle pulmonaire, les capillaroscopies, les sarcoïdose et granulocytoses, les immunodéficits. L'unité est composée de 16 lits d'hospitalisation.

L'unité de Médecine Générale (13) est une unité d'orientation de courte durée. « Elle assure une activité diagnostique et thérapeutique pour des patients dont la durée d'hospitalisation est normalement inférieure à 5 jours ». L'unité est composée de 19 lits d'hospitalisation.

L'unité de Maladies Infectieuses et Tropicales prend en charge (89) : l'antibiothérapie, les pathologies tropicales, les consultations du voyageur, le VIH – SIDA, les accidents d'exposition au sang, les infections ostéo-articulaires, les pathologies de l'immunodéprimé, la rage, la grippe et la fièvre jaune. L'unité est composée de 27 lits d'hospitalisation.

Nous avons exclus les lits de Maladies Infectieuses et Tropicales pour rester sur des unités de pathologies chroniques et plus générales. Nous avons également exclus les CRH des Hospitalisations de Jour. Ces CRH sont de fait plus succincts et souvent des courriers de suivi qui ne témoignent pas de la globalité de la prise en charge proposée réellement aux patients.

Nous avons donc inclus tous les CRH des patients entrants dans ces deux unités (médecine interne et médecine générale) entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2013.

Le Service d'Orthopédie-Traumatologie

Le service est réparti autour de 3 référents médicaux dont les domaines d'expertise sont les suivants (90) :

- la chirurgie du membre supérieur et de la main,
- la chirurgie du membre inférieur et réparatrice, la chirurgie du pied,
- la chirurgie du Rachis.

Le service est composé de 2 unités de 31 lits, soit 62 lits d'hospitalisation.

La méthode d'approche :

Les chefs de services concernés ont tous été contactés par courriel.

Chaque chef de service inclus devait prendre connaissance d'une feuille d'information sur le protocole de l'étude et donner son consentement écrit (Annexe 3 : formulaire de consentement Phase 2. Chefs de service).

Recueil des données

Période étudiée

Nous avons étudié tous les CRH des patients entrant dans le service en question entre le 1^{er} septembre 2013 et le 30 septembre 2013.

Le recueil des données a été réalisé en première partie le 29 et 30 octobre 2013. Puis une deuxième session de recueil a été réalisée le 26 et 27 mai 2014, qui avait pour but de récupérer les CRH non encore rédigés lors de la première session de recueil.

Mode de recueil des CRH

L'ensemble des CRH a été récupéré sur des postes informatiques au sein des services en question et anonymisé sur place.

La liste des patients ayant enregistré une hospitalisation a été fournie par le secrétariat des services concernés. A l'aide du logiciel Télémaque une requête informatique sur les patients hospitalisés dans les unités étudiées entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2013 a pu être extraite.

Avec cette liste nominative de patients, l'investigateur a récupéré un à un les CRH sur le serveur de l'hôpital. L'anonymisation s'est faite sur place. Les CRH ont été enregistrés une fois anonymisés sur une clé USB.

L'investigateur principal

L'investigateur principal a récupéré lui-même l'ensemble des CRH lors des deux sessions d'octobre 2013 et de mai 2014.

Caractéristiques personnelles

Au moment de la réalisation des entretiens, l'investigateur principal n'était plus interne en stage à l'hôpital.

Phase 2 - Résultats

Les Compte Rendu d'hospitalisation

A partir de la recherche sur le logiciel de requêtes de l'hôpital, nous avons identifié 728 hospitalisations. Les patients qui ont été hospitalisés à plusieurs reprises au cours du même mois n'ont parfois bénéficié que d'un seul CRH. C'est pourquoi le nombre total de CRH éligibles n'était que de 665 CRH.

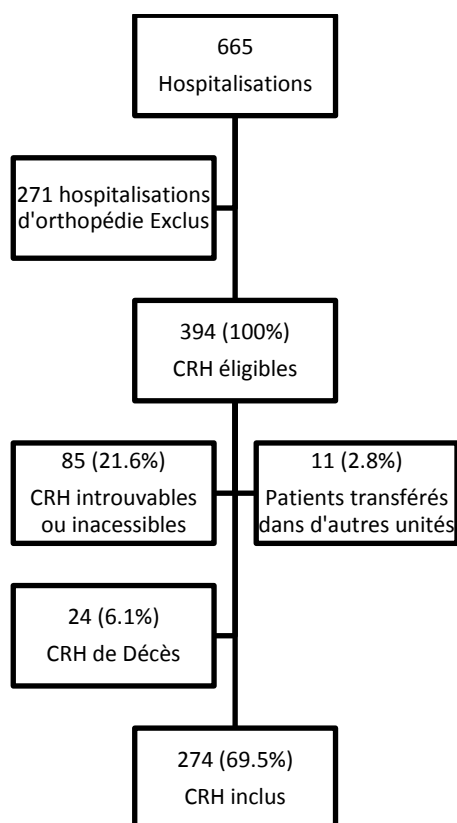
Après analyse de 50 CRH du service d'Orthopédie-Traumatologie, nous avons décidé d'exclure l'ensemble des CRH de ce service car ils n'étaient composés que des compte rendus Opérateurs.

Nous avons donc analysés les CRH des services de Médecine Interne et de Gériatrie, soit un total de 394 CRH éligibles.

Tableau 8 - Répartition des CRH

	Médecine Interne			Gériatrie							Orthopédie - Traumatologie		
	Unité MI	Unité MG	Total Service	Unité A		Unité B		Unité D		Total Service	Unité 1	Unité 2	Total Service
				UGA	SSA	UGB	SSB	UGD	SSD				
Nombre hospitalisations	85	92	177	58	33	69	39	58	23	280	124	147	271
CRH éligibles	75	89	164	44	33	44	39	47	23	230	124	147	271
				77		83		70					
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)		n(%)		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
CRH non trouvable	24 (32.0)	20 (22.5)	44 (26.8)	13 (16.9)		11 (13.3)		17 (24.3)		41 (17.8)	-	-	-
Transferts internes SLD	4 (5.3)	1 (1.1)	5 (3.0)	5 (6.5)		1 (1.2)		0 (0.0)		6 (2.6)	-	-	-
Décès	1 (1.3)	2 (2.2)	3 (1.8)	8 (10.4)		6 (7.2)		7 (10.0)		21 (9.1)	-	-	-
Total CRH Excl	29 (38.7)	23 (25.8)	52 (31.7)	26 (33.8)		18 (21.7)		24 (34.3)		68 (29.6)	-	-	-
INCLUS/UNITE	46 (61.3)	66 (74.2)	112 (68.3)	51 (66.2)		65 (78.3)		46 (65.7)		162 (70.4)	50 (66.7)	0 (0.0)	50 (30.5)

Figure 15 - Diagramme de Flux des CRH (Phase2)



Analyse Quantitative

Démographie des patients

Le service de Gériatrie est plus fortement représenté en femmes que le service de médecine interne. Cela est en lien avec l'âge moyen des patients de ces deux services.

Le Sexe ratio Homme/Femme est globalement inférieur à la population totale.

Tableau 9 - Démographie des Patients

	Médecine Interne	Gériatrie	Population Générale totale ^{†‡}	Population Générale > 20 ans [†]
Âge Moyen (médiane) [Min ; Max]	64.8 (68.5) [17 ; 94]	85.5 (87.0) [75 ; 100]	40.9 (40.0)	-
Sexe				
Hommes (%)	48 (42.9)	51 (31.5)	31 119 314 (48.5)	23 102 997 (47.6)
Femmes (%)	64 (57.1)	111 (68.5)	33 084 933 (51.5)	25 426 912 (52.4)
Sexe Ratio H/F	0.75	0.46	0.94	0.91

[†] Source : INSEE Estimation fin 2014 : Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015, France Métropolitaine

[‡] Source INSEE Estimation fin 2014 : Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian en 2015 (y compris Mayotte)

Caractéristiques des hospitalisations

Parmi les caractéristiques des hospitalisations, nous avons étudié la durée d'hospitalisation, le nombre d'antécédents des patients et le nombre de médicaments à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation moyenne est en règle générale approximativement deux fois plus longue en gériatrie.

Nombre d'antécédents

Le nombre d'antécédents médicaux référencés dans les CRH est proche entre les deux services. A noter, que seule une évaluation quantitative a été réalisée, la qualification des antécédents n'a pas été pondérée en gravité ou en impact sur la santé en cours.

Poly-médications

Le nombre de médicaments d'entrée et de sortie est constant au cours des hospitalisations.

Nous avons réalisé deux analyses.

Tout d'abord le calcul du nombre de médicaments prescrits lors de la sortie d'hospitalisation. Ces données ne tiennent pas compte de la durée des traitements mis en place. Certains traitements, des antibiothérapies notamment sont poursuivis après la sortie d'hospitalisation pour une durée déterminée.

Une seconde analyse a éliminé les traitements de problèmes aigus.

Nous avons exclus les traitements suivants :

- les traitements à durée déterminée à poursuivre après la sortie d'hospitalisation (26 cas d'antibiothérapie, 3 cas de traitements antifongiques, 3 cas de traitement anticoagulant par voie sous-cutanée, 1 cas de traitement par Fer par voie intraveineuse, 1 cas d'injection de Granocytes),
- les traitements en phase de décroissance programmée (1 cas concernant l'Oxazepam avec un arrêt sous 2 semaines, 3 cas de corticothérapie orale avec arrêt sous 1,5 mois, 2 cas de Colchicine pour une durée de 15 jours, 2 cas de Magnésium avec un arrêt sous un mois).

Nous avons conservé les traitements suivants dans le calcul :

- vitamines D en ampoules pour supplémentation des carences, car bien que cela ne soit pas un traitement quotidien, il s'agit d'un traitement de supplémentation au long cours,
- les traitements prescrits en si besoin (Laxatifs, antalgiques, ...),
- l'oxygénothérapie (2 cas),
- les injections sous-cutanées de soluté de réhydratation.

En excluant les traitements à durée déterminée, la quantité de médicaments prescrits reste globalement inchangée.

Cependant, au cours de 77.17% des hospitalisations en Médecine Interne, le traitement a été modifié contre 96.3% de modifications de traitement en Gériatrie.

Tableau 10 - Caractéristiques des hospitalisations

	Médecine Interne	Gériatrie
	Moyenne (médiane) [Min ; Max]	Moyenne (médiane) [Min ; Max]
Durée d'hospitalisation en jours	7.5 (5.0) [0 ; 43]	15.0 (14.0) [1 ; 59]

Nombre d'antécédents	7.3 (6.0) [0 ; 20]	8.1 (8.0) [1 ; 19]
Nombre de médicaments		
A l'entrée	6.0 (6.0) [0 ; 19]	7.7 (8.0) [0 ; 18]
A la sortie	7.2 (7.0) [0 ; 15]	8.0 (8.0) [0 ; 19]
A la sortie (excluant traitement à durée déterminée)	7.0 (7.0) [0 ; 15]	7.9 (8.0) [0 ; 19]
Différence en moyenne Entrée - Sortie	1.2 [-11 ; 10]	0.4 [-9 ; 13]
Différence en moyenne Entrée - Sortie (excluant traitement à durée déterminée)	1.0 [-11 ; 10]	0.2 [-9 ; 13]

En Médecine Interne, 76.8% des hospitalisations induisent une modification du traitement entre l'entrée et la sortie.

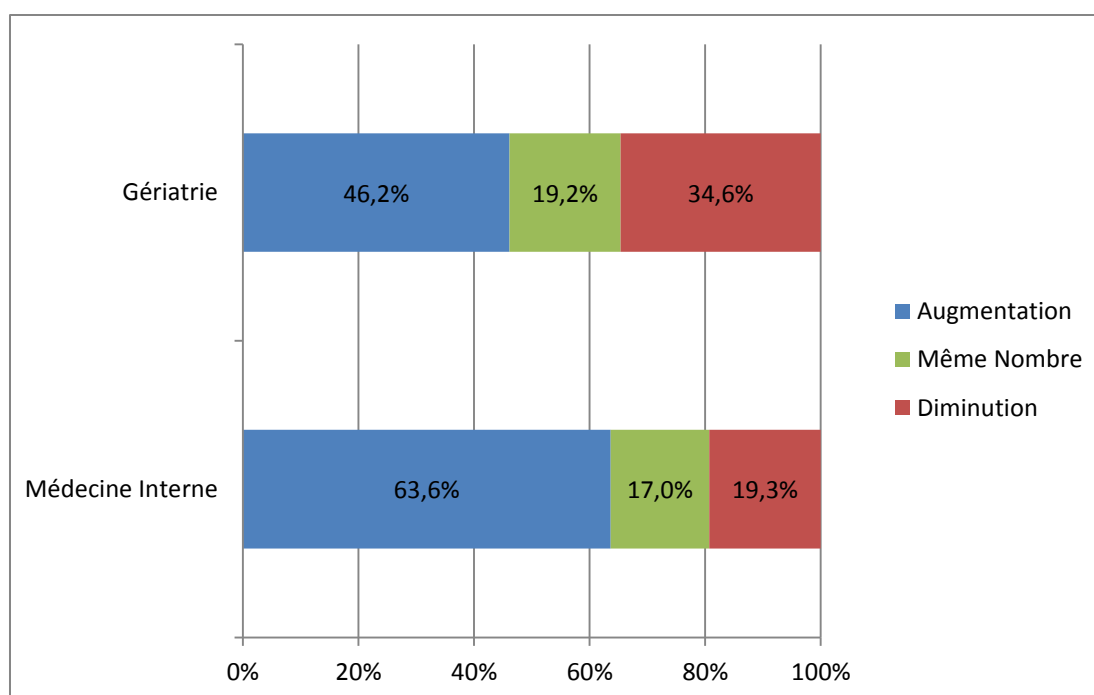
En mettant de côté les traitements à durée déterminée, 51.4% des hospitalisations se terminent avec une augmentation du nombre de traitement, 17.1% une diminution et 31.5% de nombre constant.

En Gériatrie, 96.3% des traitements sont modifiés à la sortie de l'hospitalisation. 46.2% des patients ressortent avec une augmentation du nombre de traitements, 34.6% avec une baisse et 19.2% avec le même nombre.

Tableau 11 - Sens des modifications de traitements

	Médecine Interne	Gériatrie
	Moyenne (%)	Moyenne (%)
Modification du traitement d'entrée (excluant traitement à durée déterminée)	88 (82.2)	156 (96.3)
Augmentation du nombre de médicaments	56 (63.6)	72 (46.2)
Même nombre de médicaments	15 (17.0)	30 (19.2)
Diminution du nombre de médicaments	17 (19.3)	54 (34.6)

Figure 16 - Sens de modification du nombre de traitements



Caractéristiques des CRH

Nous nous sommes intéressés particulièrement à trois paramètres.

Le nombre de correspondants des CRH et les délais de dictée et de rédaction des CRH.

Nombre de Correspondants

Le nombre de correspondants a été recherché pour tous les CRH. Cependant nous n'avons pas qualifié le type de correspondant.

En Médecine Interne, le nombre de correspondants moyen par CRH est de 7.2. Ceux-ci sont les médecins des autres spécialités ayant participé à la prise en charge du patient au cours de l'hospitalisation, ou ayant déjà participé à la prise en charge du patient avant l'hospitalisation.

Le nombre moyen de correspondants en gériatrie est de 1.8 par CRH. La plupart du temps, sauf quand cela n'est pas connu, le CRH est envoyé à un médecin généraliste en première intention. Les autres destinataires sont souvent, d'autres médecins généralistes ayant participé à la prise en charge du patient, des médecins gériatres d'autres unités de l'hôpital ou des spécialistes ayant participé à la prise en charge des patients au cours de l'hospitalisation. Parfois, des structures de prise en charge comme l'HAD ou le réseau gérontologique font partie des destinataires.

Nous n'avons pas réalisé de statistiques sur les médecins traitants car nous ne pouvons attribuer la fonction de médecin traitant à tous les médecins généralistes destinataires des CRH. Par ailleurs, les autres médecins spécialistes peuvent également être choisis comme médecin traitant.

Dans les deux services, nous ne pouvons savoir si le patient est destinataire du CRH. Cela est parfois explicite dans certains courriers, mais il est impossible d'en évaluer le nombre exact.

Délai de dictée et de rédaction des CRH

Dans ces deux services, les CRH sont dictés par les internes du service ayant pris en charge les patients puis rédigés par le secrétariat. Ils sont alors relus par les médecins responsables des unités pour validation et ils sont éventuellement modifiés avant l'envoi.

Le délai de rédaction tient compte de cette relecture. La date d'envoi des CRH est quasi systématiquement le jour de validation du courrier.

Le délai de dictée des CRH est en moyenne de 1.4 jours en Médecine Interne ou 1.8 jours ouvrables. Toutefois, on peut noter un délai important avant envoi, estimé à 10.4 jours et qui est lié principalement au délai de rédaction par le secrétariat et de validation par le responsable de l'unité. A ce délai, il faut rajouter le délai de gestion du courrier par les services postaux.

Dans le service de gériatrie, si le délai de dictée est presque deux fois plus long qu'en médecine interne, ce délai est rattrapé de presque une journée pour la rédaction et la validation. Au final, il y a une différence d'une journée dans le délai d'envoi entre les deux services.

Il apparaît au vu de ces résultats que des marges de progrès existent bien pour les délais de rédaction et de validation.

Tableau 12 - Nombre de Correspondants et Délai de rédaction des CRH

	Médecine Interne		Gériatrie	
	Moyenne (médiane) [Min ; Max]		Moyenne (médiane) [Min ; Max]	
Nombre de Correspondants par CRH	7.2 (7.0) [0 ; 15]		1.8 (2.0) [0 ; 4]	
	Total Jours	Jours Ouvrables	Total Jours	Jours Ouvrables
Délai de dictée des CRH	1.4 (0.0) [-3 ; 15]	1.8 (1.0) [-4 ; 12]	3.3 (1.0) [-3 ; 30]	3.2 (2.0) [-3 ; 21]
Délai d'envoi des CRH après dictée	9.0 (7.0) [0 ; 29]	7.4 (6.0) [0 ; 23]	8.1 (7.0) [0 ; 21]	6.9 (6.0) [1 ; 16]
Délai d'envoi des CRH après sortie Patient	10.4 (10.0) [-1 ; 37]	8.4 (7.0) [-2 ; 29]	11.4 (12.0) [-3 ; 30]	9.2 (9.5) [-3 ; 21]

Déterminants de santé utilisés

Les déterminants de santé utilisés sont divers. Nous avons observé que les CRH du Service de gériatrie avaient prévu un espace dédié pour un tableau intitulé « Indicateurs Gériatriques de Sortie ». Ce tableau prévoit de remplir systématiquement 6 indicateurs :

- Score GIR
- Indice de Masse Corporel (IMC)
- Poids
- Clairance de la créatinine (Calculé selon la formule de Cockcroft)
- Albumine
- 25-OH Vitamine D

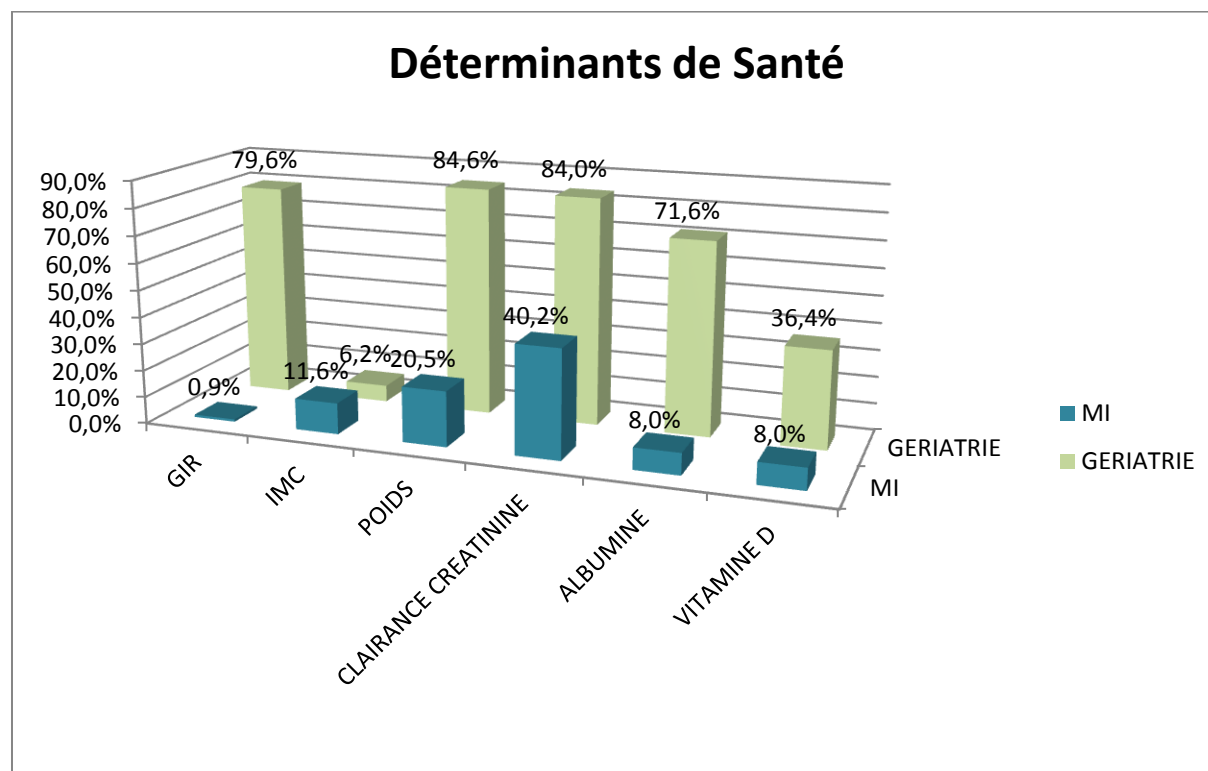
Nous avons vérifié si ces indicateurs étaient systématiquement remplis.

Ces indicateurs sont pour certains spécifiques de la gériatrie comme le score de dépendance GIR. Pour d'autres comme le poids et l'IMC, ils sont pertinents quel que soit l'âge des patients. Nous avons donc également recherché ces indicateurs dans les CRH de Médecine Interne.

Tableau 13 - Répartition Remplissage déterminants de santé

	Médecine Interne	Gériatrie
	Moyenne (%)	Moyenne (%)
GIR	1 (0.9)	129 (79.6)
IMC	13 (11.6)	10 (6.2)
Poids	15 (20.5)	137 (84.6)
Clairance de Créatinine	45 (40.2)	136 (84.0)
Albumine	9 (8.0)	116 (71.6)
25-OH Vitamine D	9 (8.0)	59 (36.4)

Figure 17 - Répartition Remplissage déterminants de santé



Il est à noter que le taux de remplissage des déterminants de santé est hétérogène en gériatrie.

Dans ce service l'indicateur le moins bien rempli est l'IMC. Toutefois le poids est rempli à 84.6% des cas.

A noter également que la première valeur biologique est la clairance de la créatinine. Ceci montre bien que les professionnels hospitaliers sont intéressés par les problématiques de fonction rénale.

En Médecine Interne, le modèle de CRH ne propose pas un tableau préparé pour le remplissage de valeurs d'indicateurs de santé. Ceci permet d'expliquer une des raisons pour laquelle ces déterminants sont moins intégrés dans les CRH. Par ailleurs, au vu de la démographie des patients de Médecine Interne, ces valeurs sont moins essentielles à la prise en charge des patients et elles sont donc probablement également moins recherchées.

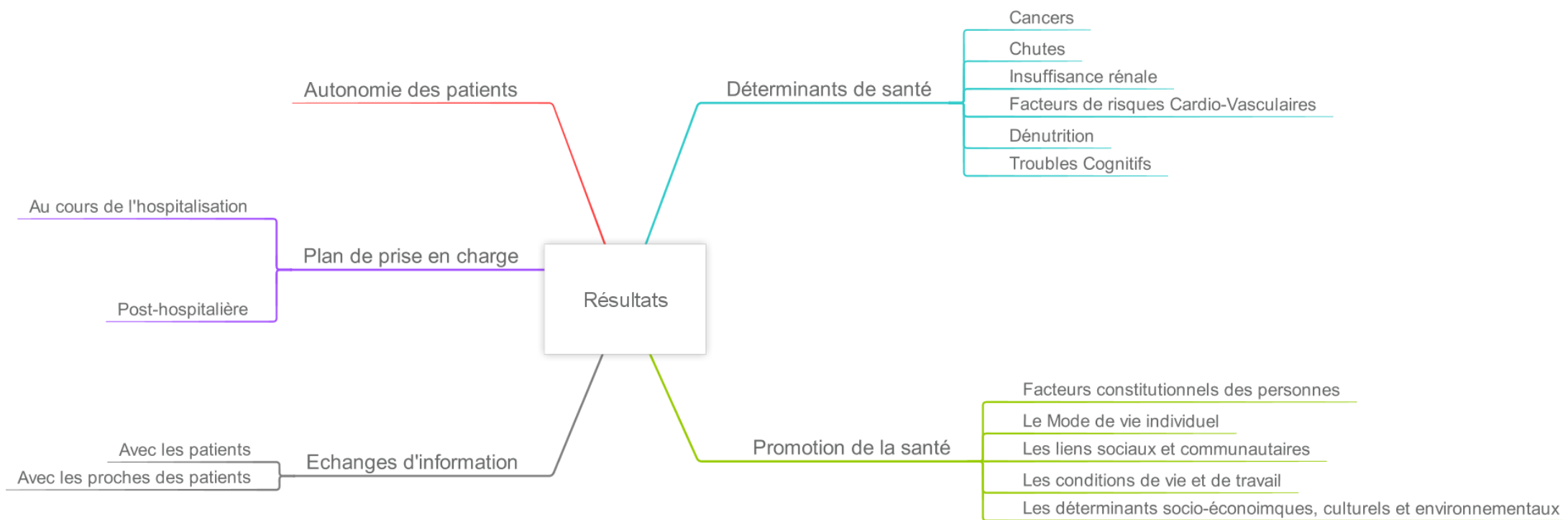
Il est intéressant d'observer qu'en Médecine Interne, la clairance de créatinine est nettement plus référencée que le poids. Pourtant la valeur Poids est nécessaire pour le calcul de la Clairance de la créatinine. L'hypothèse avancée est le besoin de la clairance pour l'adaptation des traitements proposés.

Analyse Qualitative

A l'aide des deux internes en médecine nous avons réalisé une triangulation pour faire une analyse thématique transversale. Nous avons alors articulé des thèmes et des sous-thèmes. Nous présenterons ces thèmes et sous thèmes d'abord selon le plan d'une carte conceptuelle, puis, chaque thème et sous thème sera abordé plus en détail à partir d'extraits des CRH.

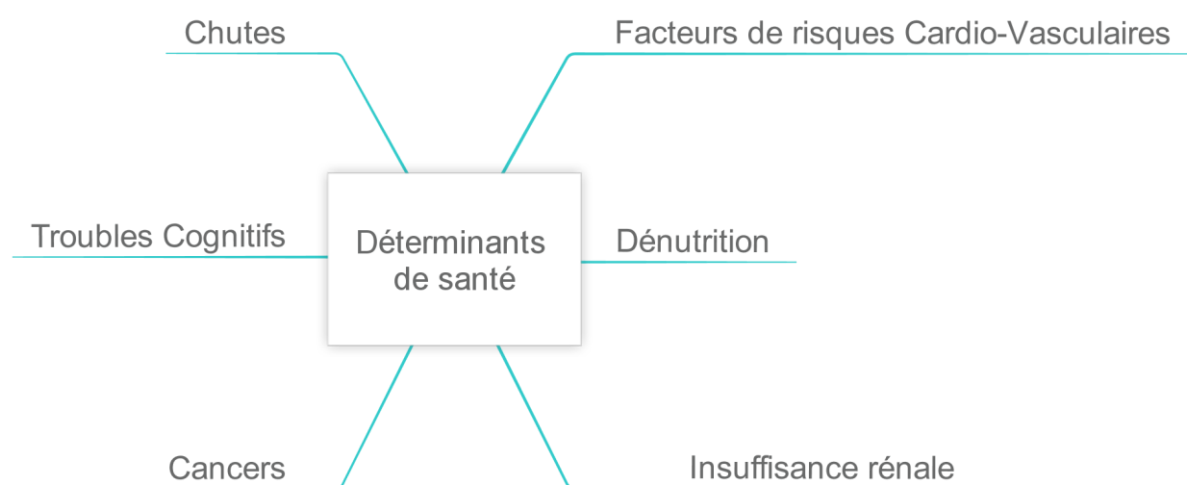
Dans l'identification des déterminants de santé, nous avons rajouté aux 4 déterminants principaux définis par les gériatres, la fonction rénale et les cancers.

Figure 18 - Carte Conceptuelle Résultats de rang 1 et 2 (Phase 2)



Les déterminants de santé

Figure 19 - Carte conceptuelle Résultats - Les déterminants de santé (Phase2)



Fréquence de reconnaissance des Déterminants de santé

A partir du codage du contenu des CRH, nous avons établi la fréquence de références à la prise en charge des 6 déterminants de santé étudiés.

Tableau 14 - Fréquence de la reconnaissance des déterminants de santé dans les services

	Gériatrie		Médecine Interne	
	Par références	Par sources	Par références	Par sources
Cancer	0	0	1	1
Chute	40	34	5	4
Dénutrition	41	34	15	13
FDRCV	14	14	13	13
Insuffisance rénale	4	4	6	6
Troubles Cognitifs	67	63	9	6

Cancers

La prise en charge des cancers et la prévention des cancers n'ont été abordés qu'une fois dans l'ensemble des CRH étudiés. Il s'agit d'un rendez-vous pris par l'unité de Médecine Générale pour une mammographie de contrôle dans le cadre d'un ACR2 bilatéral.

Pourtant en médecine interne, selon l'âge et le sexe, 20 patientes auraient pu rentrer dans le dépistage organisé du cancer du sein, 26 patientes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et 42 patients dans le dépistage du cancer colorectal. Ceci n'a jamais été évoqué dans les CRH de médecine interne. Ces chiffres ne sont pas pertinents en gériatrie où le patient le plus jeune avait 75 ans et donc ces patients ne sont plus éligibles à ces dépistages organisés.

Chute

La prise en charge des chutes est très marquée en gériatrie. On identifie 25 hospitalisations pour chute, dont 21 en gériatrie et 4 dans l'unité de médecine générale.

Sur l'ensemble des CRH, nous avons recherché tous les patients ayant présenté ou présentant une difficulté à la marche et ou ayant chuté. Cela représente 30 CRH. Ceci ne tient pas compte des autres multiples facteurs de risques de chutes liés à l'iatrogénie notamment. Enfin, les patients ne marchant pas ou grabataire ne sont également pas inclus.

Parmi ces 30 CRH, 9 CRH évoquent une adaptation de traitement pour diminuer le risque de chute.

- Soit une prescription de bas de contention pour lutter contre l'hypotension orthostatique :

A37

- *Sur le plan étiologique de la chute : le test d'hypotension orthostatique initialement négatif, devient positif suite à un malaise à orthostatisme le 04.10.2013. Les IPS sont à gauche à 0.9 et à droite à 1. Nécessité de port de bas de contention, les chaussettes actuelles ne sont pas adaptées. Prescription faite à la sortie.*

B47

- *Sur le plan de la chute : réalisation d'un test d'hypotension orthostatique positif, prescription de chaussettes de contention.*

- Soit une aide à la marche

MG20

- *Ordonnance pour déambulateur, canne anglaise*

- Soit une adaptation du traitement en cours

A02

- *un test d'hypotension orthostatique a été réalisé dans le service et revient positif. Il est à noter que lors de la réalisation de ce test, la patiente ne portait pas ses chaussettes de contention. Le traitement par COVERSYL a été arrêté, sans élévation tensionnelle par la suite.*

B13

- *Chutes à répétition imputables à l'hypotension artérielle iatrogène et à la bradycardie liée au traitement anti-arythmique CORDARONE et SELOKEN. Révision de l'ordonnance.*

Insuffisance rénale

Concernant l'insuffisance rénale, elle est abordée de façon peu fréquente. Ce calcul ne tient pas compte de la simple référence à la clairance de la créatinine. Dans les CRH de gériatrie, nous retrouvons pourtant 118 patients en insuffisance rénale chronique entre le stade 2 et 5 selon la classification internationale(91).

Tableau 15 - Répartition par stade d'insuffisance rénale chronique selon les valeurs de clairance de créatinine retrouvée dans les CRH des deux services

Insuffisance rénale chronique	Médecine Interne	Gériatrie
Stade 2		
DFG = 60-89 (ml/min/1,73 m2)	10	51
Stade 3		
DFG = 30-59 (ml/min/1,73 m2)	8	56
Stade 4		
DFG = 15-29 (ml/min/1,73 m2)	1	10
Stade 5		
DFG <15 (ml/min/1,73 m2)	0	1
Total	19	118

Dans 114 CRH de gériatrie, il n'est donc pas précisé ou expliqué ce que cette insuffisance rénale implique dans la prise en charge dans le service ou après l'hospitalisation.

En Médecine Interne, la répartition d'insuffisance rénale chronique recensée par la valeur de clairance de la créatinine est de 19 entre le stade 2 et 5. L'insuffisance rénale est évoquée dans 6 CRH. Trois de ces sources sont simplement descriptive de la fonction rénale :

MI19

- *Il y a une légère insuffisance rénale avec une créatinine à 92 µmol/L, soit une clairance à 49.50 ml/mn.*

Dans les trois autres cas, la fonction rénale est analysée :

MI39

- *Sur le plan rénal : la diurèse est maintenue. On tente de désonder le patient. La créatininémie est stable à 183 $\mu\text{mol/l}$, avec une urée à 8,9 mmol/l, une clairance en MDRD à 32,5 ml/min.*

MG63

- *Sur le plan rénal : La créatininémie se stabilise au cours de l'hospitalisation à 139 $\mu\text{mol/L}$ soit une Cl à 43 ml/min*

MG64

- *L'amélioration est rapide avec une normalisation de la kaliémie, de l'urée ainsi qu'un retour à la créatininémie de base à 122 $\mu\text{mol/l}$ soit une clairance en MDRD à 36 ml/min.*

Les Facteurs de Risques Cardio-Vasculaires

Dans les CRH la place de la prise en charge des Facteurs de Risques Cardiovasculaires (FDRCV) est surtout dans les antécédents.

Sur les 28 entrées FDRCV dans les CRH, seule une hospitalisation a pour motif principal les FDRCV. Il s'agit d'une hospitalisation en Médecine Interne

MG16

- *bilan d'artériopathie chez une patiente avec une sténose très serrée des deux artères rénales (asymptomatique) et sténose de l'artère mésentérique supérieure et syndrome myéloprolifératif JAK 2 positif.*

Les FDRCV apparaissent parmi 22 autres entrées parmi les antécédents des patients.

En gériatrie, seuls les CRH de l'unité de Cardiogériatrie intègre un paragraphe intitulé « Facteurs de Risques CardioVasculaires » parmi les antécédents.

Sont recensés parmi ces facteurs de risques :

- l'âge,
- le sexe,
- l'hypertension artérielle,
- les dyslipidémies,

- l'obésité,
- le diabète,
- le tabagisme,
- l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs,
- l'Angor.

Seulement 5 entrées font référence à des prises en charge des FDRCV au cours de l'hospitalisation dont 4 entrées issues de l'unité Médecine Générale du service de médecine interne.

Trois entrées concernent des modifications de traitements en lien avec les FDRCV.

MG09

- *Le TRIATEC a été arrêté en raison d'une tension artérielle normale.*

MG63

- *Sur le plan diabétique : Une hyperglycémie à 2,36 g/dl a été constatée malgré le régime diabétique. Le NOVONORM a été augmenté à 1 cp matin, midi et soir. Les glycémies capillaires étaient satisfaisantes par la suite.*

Deux entrées permettent d'éliminer des étiologies cardiovasculaires.

D36

- *Par ailleurs, devant une plaie de la malléole externe gauche, il a été réalisé des IPS à 1.05 à droite et 1.25 à gauche qui ne sont pas en faveur d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs.*

MG16

- *Une échographie Dobutamine a été faite le 05 août 2013 avec peu d'argument pour une ischémie myocardique sous Dobutamine*

Enfin une entrée aborde la question de la suite de la prise en charge.

MG46

- *L'équilibration du diabète restera une priorité. Une rééducation à la marche semble nécessaire.*

La dénutrition

La dénutrition est discutée dans 34 sources de gériatrie et 13 sources de Médecine Interne.

Le mode diagnostic

Concernant le diagnostic de dénutrition, le Mode alimentaire apparaît être la première forme de repérage : 11 sources en gériatrie et 3 en médecine interne. Un mode alimentaire normal est cité à 3 reprises.

Les anomalies retrouvées concernent des mauvaises habitudes alimentaires, des régimes hypocaloriques ou hypoprotidiques, des anorexies liées aux troubles du comportement ou liés à des troubles de déglutitions.

La recherche d'hypovitaminose D et d'hypoalbuminémie sont les deux autres modes diagnostics les plus représentés en gériatrie ; respectivement 7 et 6 fois. Par contre, ils ne sont pas cités en médecine interne.

Concernant les données biométriques, la perte de poids est citée 6 fois dans chaque service. Par contre, l'IMC semble être un mode diagnostic marginal puisqu'il n'est cité qu'une fois en gériatrie et une fois en médecine interne.

Pour la prise en charge

Elle n'est explicitée que 16 fois, dont 7 fois en gériatrie seulement sur la supplémentation en vitamine D.

Pour le reste, les choix thérapeutiques sont :

- les régimes hyperprotidiques et hypercaloriques

A37

- *Essai de crèmes hyperprotidiques avec potage et café au lait et laitage enrichis. Prescription de crèmes HP à la sortie.*

- D'autres types de régimes alimentaires

D38

- *On recommande la mise en place d'une alimentation hyperprotéinée et hypercalorique, avec texture hachée et non moulignée.*

La remise de consignes alimentaires est également parfois précisée.

B61

- *Consignes de régime prescrites et remises à la patiente à la sortie d'hospitalisation.*

Enfin, deux cas d'alimentation par sondes naso-gastriques sont évoqués.

Les troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont naturellement plus représentés en gériatrie ; 63 CRH et 6 en Médecine Interne.

Le mode diagnostic

Concernant le contenu des références aux troubles cognitifs, en gériatrie 58 CRH contiennent les résultats des tests cognitifs : 58 MMSE, 30 Test de l'horloge et 34 tests des 5 mots de Dubois.

En Médecine interne, sur les 6 CRH se référant aux troubles cognitifs, 4 citent le MMSE, 2 le test de l'horloge, et 1 le test des cinq mots de Dubois.

A noter, qu'il est également régulièrement cité la réalisation d'un bilan neuropsychologique complet. Son contenu n'est précisé que dans 2 CRH de gériatrie et 1 CRH de médecine interne.

Aucun CRH n'évoque le retentissement fonctionnel ou décisionnel des troubles cognitifs.

La prise en charge

La prise en charge de ces troubles cognitifs est citée dans 9 sources de gériatrie et 1 de médecine interne.

Cette prise en charge consiste à 6 reprises en une surveillance ou une réévaluation des troubles cognitifs.

A01

- *La patiente a bénéficié d'un bilan neuro-psychologique complet, notant une légère altération cognitive avec petits troubles de mémoire à surveiller.*

B47

- *Sur le plan neurologique : réalisation d'un MMS altéré à 20/30. Réalisation d'un test de l'horloge pathologique. Une réévaluation cognitive est prévue en consultation le 04/12/2013 à 10h15.*

L'adaptation d'un traitement médicamenteux est référencée dans 3 CRH. L'adaptation consiste soit en la mise en place d'un traitement soit dans l'arrêt d'un traitement.

B05

- *Tableau de syndrome démentiel évolué avec épisodes d'agitations et cris. Mise en route d'un traitement par benzodiazépine : Seresta 10 (½ matin et midi, 1 le soir), avec adjonction d'un comprimé si besoin.*

B44

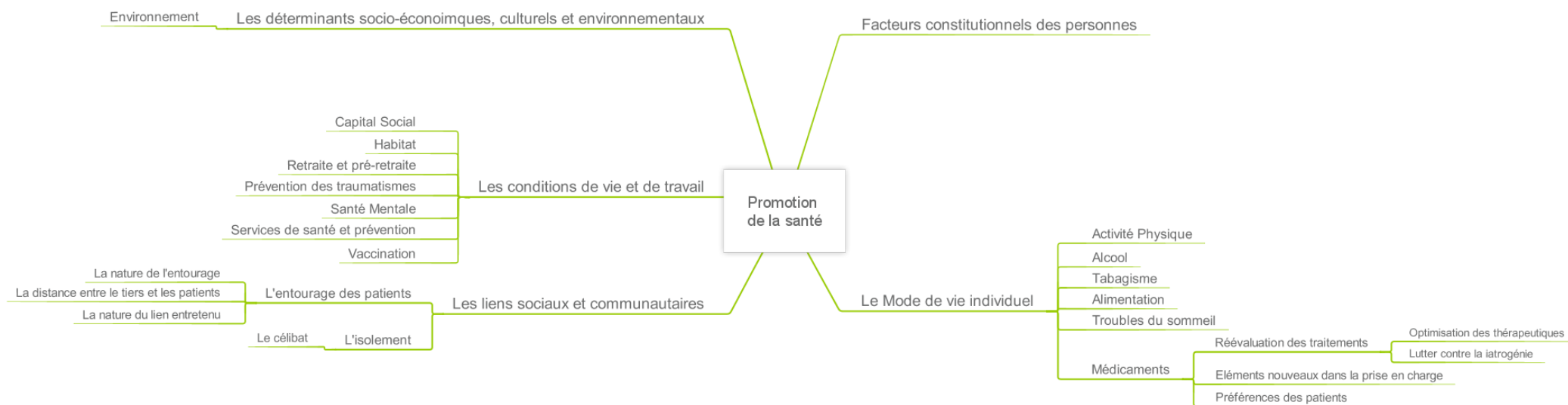
- *Sur le plan cognitif : tableau de syndrome démentiel sur démence à corps de Léwy connu. Pas de trouble du comportement durant l'hospitalisation. Arrêt de l'HALDOL. Patient apathique.*

Enfin, le renforcement des aides à domicile est justifié par les troubles cognitifs à une reprise.

MI18

- *Un avis gériatrique a été pris auprès du Dr M. le 10 septembre au vue de ces résultats devant la majoration des troubles cognitifs (MMS à 26, passant de 26 à 21 en 18 mois), qui préconise la réalisation d'une IRM cérébrale à la recherche d'un AVC lacunaire devant les résultats d'imagerie scanographiques qui ne retient pas l'indication d'une institutionnalisation de la patiente dans l'immédiat et préconise un retour à domicile avec un maximum d'aides.*

Figure 20 - Carte conceptuelle Résultats - promotion de la Santé (Phase2)



La Promotion de la santé

Il existe plusieurs modèles représentant les déterminants de la santé. Leurs contenus sont globalement homogènes. Nous avons fait le choix d'utiliser ici un des modèles les plus répandus dans la littérature médicale, le modèle de Dahlgren-Whitehead(92).

Celui-ci représente les déterminants de santé selon 5 hémicycles concentriques. Du plus central au plus extérieur :

- les facteurs constitutionnels des personnes (âge, sexe, facteurs génétiques, ...)
- le mode de vie individuel
- les liens sociaux et communautaires
- les conditions de vie et de travail (agriculture, éducation, environnement de travail, chômage, accès à l'eau et hygiène, accessibilité aux services de santé et environnement du domicile)
- les déterminants socio-économiques, culturels et environnementaux

Nous avons recherché ces déterminants de la santé selon ce modèle au sein des CRH des deux services étudiés.

Les facteurs constitutionnels des personnes

L'âge et le sexe des personnes ne sont utilisés naturellement comme des déterminants de santé à part entière. Nous l'avons vu précédemment avec l'utilisation par exemple des dépistages des cancers liés à l'âge et au sexe. Mais il est intéressant de voir que l'âge et le sexe ne sont pas décrits comme des déterminants comme les autres. Ils ne sont jamais cités, mais pourtant constamment présents. A noter, en gériatrie, l'âge physiologique est le seul utilisé. Il est bien plus pertinent que l'âge chronologique.

Concernant les facteurs génétiques, à aucun moment ceux-ci ne sont référencés dans les CRH. Au vu des données de la science pour les pathologies rencontrées auprès de ces patients, les données génétiques ne sont pas couramment utilisées.

Le mode de vie individuel

Concernant le mode de vie individuel, 6 déterminants sont référencés dans les CRH. Le nombre de sources les référençant selon le service est donné dans le tableau ci-dessous.

Tableau 16 - Nombre de source référençant les Modes de vie individuels selon les services

Mode de vie individuel	Médecine Interne	Gériatrie
Activité Physique	2	0
Alcool	43	3
Tabagisme	50	0
Alimentation	0	1
Troubles du sommeil	0	1
Médicaments	15	98
Total	111	102

Activité Physique

L'activité Physique est préconisée dans un seul CRH de Médecine Interne.

MG01

- *activité physique quotidienne avec une marche active d'au moins trente minutes par jour, et conseils de la diététicienne.*

L'autre référence concerne un patient de Médecine Interne pour lequel on rappelle dans son mode de vie une activité physique particulière, le VTT.

L'Alcool

En gériatrie, l'alcool est très faiblement abordé dans les CRH. Sur les trois CRH concernés, on recense, une suspicion d'alcoolisation aiguë, une alcoolisation chronique et une référence signalant l'absence d'alcoolisation.

B39

- *Il est suspecté un contexte d'alcoolisation aiguë devant une notion d'alcoolisme chronique. La patiente ne s'est pas relevée seule et a appelé ses voisins.*

D10

- *Le bilan étiologique étant négatif, les chutes sont potentiellement à rattacher à la notion d'alcoolisation chronique.*

| B32

- *Pas de notion d'OH chronique.*

En médecine interne l'alcool est beaucoup plus présent dans les CRH : 43 CRH l'évoquent.

La recherche de consommation d'alcool est systématisée. Ainsi, 30 sources signalent l'absence d'intoxication à l'alcool. Parmi les autres sources, on retrouve 6 alcoolisations occasionnelles ou modérées, 5 alcoolisations chroniques, un sevrage alcoolique en cours et une évaluation non fiable.

Le Tabagisme

En Médecine Interne, le tabagisme a la même place que la consommation d'alcool. Sa recherche est systématique et concerne 50 sources.

Treize patients sont tabagiques actifs. La consommation n'est pas évaluée de façon homogène. Elle est précisée soit en nombre de cigarettes ou paquets par jour et parfois en nombre de paquet année.

| MG53

- *Intoxication tabagique à 1,5 paquets/jour.*

| MI04

- *Intoxication tabagique active à 45 PA non sevrée*

| MI45

- *Notion d'éthylo tabagisme chronique*

Par ailleurs, 37 CRH précisent que les patients ne sont pas tabagiques dont 12 actuellement en sevrage entre 1 semaine et 30 ans.

Il est intéressant de noter qu'à 23 reprises, l'association Alcool et Tabac est faite par l'usage du terme « Ethylo-tabagique ».

| MG15

- *Il n'y a pas d'intoxication éthylo tabagique,*

En Gériatrie, aucune référence n'est faite à la consommation de tabac sur les CRH étudiés.

Alimentation

La prise en charge alimentaire n'est jamais évoquée en médecine interne. En gériatrie elle concerne soit les régimes spécifiques liés aux dénutritions, soit elle concerne les quelques cas de patients alimentés par sonde nasogastrique.

Troubles du Sommeil

Les troubles du sommeil ne sont précisés qu'une fois pour un patient de gériatrie. La référence ne concerne qu'une constatation et une étiologie supposée.

A01

- *Par ailleurs, la patiente présente des troubles du sommeil avec une insomnie à 4h du matin*

Médicaments

Les adaptations thérapeutiques par médicaments sont très présentes dans les CRH. Les modifications de traitements sont explicites et expliquées dans les CRH. Cela représente 99 CRH sur 162 en gériatrie et 21 sur 112 en médecine interne.

Trois raisons poussent à modifier les traitements :

- une réévaluation des traitements lors de l'hospitalisation
- des éléments nouveaux dans la prise en charge : nouvelles pathologies, événements aigus, ...
- les préférences des patients

Les deux situations les plus fréquemment rencontrées sont la réévaluation de traitements et les événements nouveaux. Ils concernent respectivement 84 et 57 références chacune.

Les réévaluations de traitements sont réalisées pour tout type de traitement.

Deux objectifs principaux permettent de justifier les modifications de traitement :

- optimiser le traitement aux problèmes médicaux actuels

B37

- *Augmentation du SINEMET 100/10 mg à 1 prise 3x/j et instauration d'un SINEMET 100 mg LP le soir. Ajout de VALIUM 3 gouttes le soir*

B50

- Dosage de l'INR à 1.9 le 7/10 pour lequel il a été décidé une majoration du SINTROM à ¼ le soir.
- Présence d'une hypertension artérielle principalement le matin au réveil avec systolique entre 16 et 18 pour lequel il a été décidé une majoration du traitement par RAMIPRIL 5 mg (1 matin, ½ le soir).

B37

- Augmentation du SINEMET 100/10 mg à 1 prise 3x/j et instauration d'un SINEMET 100 mg LP le soir. Ajout de VALIUM 3 gouttes le soir

A21

- Par ailleurs, le MODOPAR est arrêté en raison de l'absence de syndrome extrapyramidal.

D06

- Après réunion de concertation pluridisciplinaire, il a été décidé de ne pas reprendre le PREVISCAN devant le rapport bénéfice/risque et d'introduire un traitement par KARDEGIC 75 mg (1 sachet le midi) à débiter dans 3 semaines ou plus si persistance de l'hématome.

MI17

- Concernant le traitement anti hypertenseur, devant la persistance de tension élevée nous augmentons la posologie d'AMLOR en passant à 10 mg/jour et nous poursuivons l'HYPERIUM à la même dose.

- lutter contre la iatrogénie

B31

- Arrêt de la Trinitrine devant des contrôles tensionnels inférieurs à 120 mm Hg.
- Arrêt du Tranxène, devant le risque de chute.

D26

- *Allègement thérapeutique avec arrêt du STILNOX, déconseillé chez la personne âgée pour sa longue demi-vie.*

A04

- *Le DAFALGAN CODEINE a également été arrêté en raison d'une possible part iatrogène à ses malaises (effet de la codéine).*

MI28

- *Dans ce contexte l'hypothèse principale retenue pour expliquer la confusion est la iatrogénie puisque le patient était à ce moment sous morphinique et Topalgic qui avaient été instaurés en post opératoire. Il est donc décidé un arrêt du traitement par Morphine et Topalgic avec un relais par Paracétamol et le patient est transféré en Médecine Interne pour poursuite de la prise en charge.*

MG39

- *Une surveillance de la prise médicamenteuse, la préparation du pilulier et l'absence de médicament à portée du patient est indispensable dans le milieu de vie.*

La deuxième cause de modification de traitements est donc l'intégration d'éléments nouveaux dans l'histoire médicale des patients.

A07

- *Devant la probable crise d'épilepsie, il est introduit du KEPPRA 500 (1, 0, 1) avec surveillance de la fonction rénale.*

A45

- *Apparition de douleurs abdominales nécessitant la mise en place de Spasfon sous cutané et de suppositoires de Doliprane 4 fois par jour, devant une prise per os difficile.*

B02

- *Dans les suites de l'hospitalisation, la patiente a présenté une bronchite virale persistante, justifiant de l'introduction d'un broncho dilateur, Seretide avec chambre d'inhalation et d'une kinésithérapie respiratoire.*

B54

- *Instauration du NEURONTIN dans le cadre de l'AVC, diminué à 1 prise d'1 cp de 100 mg au coucher devant l'apparition d'un syndrome confusionnel.*

Enfin, nous retrouvons un cas où la préférence du patient a clairement induit le choix thérapeutique.

A01

- *Refus des traitements anti-dépresseurs et anxiolytiques.*

Les liens sociaux et communautaires

L'entourage des patients

Parmi les informations transmises dans les CRH, on différencie :

1. la nature de l'entourage
2. la distance entre les différents membres de la famille
3. la nature des liens entretenus

La nature de l'entourage

Les liens familiaux représentent le premier lien d'entourage dans les CRH. Sur les 274 CRH inclus, 384 références sont faites à la famille pour un total de 198 CRH concernés.

Le lien de parenté est très majoritairement représenté dans les deux services par les enfants. La vie conjugale est en deuxième place, le veuvage en troisième, les fratries ensuite.

Tableau 17 - Nombre de sources référençant l'entourage des patients selon les services

Entourage	Médecine Interne	Gériatrie
Enfants	61	96
Conjoints	42	40
Veuvage	5	23
Frères & Sœurs	1	5
Amis	1	1
Voisinage	1	3
Autres	6	2
Total	115	166

La catégorie Autres concerne les personnes suivantes : un cousin, deux cas d'une nièce, un neveu, une belle-sœur, une mère, des parents et une fois le terme « une famille ».

Les amis sont référencés à 2 reprises et le voisinage à 4 reprises.

Pour le voisinage, 3 références sur 4 concernent des découvertes de chutes ou ayant été alerté par l'absence du patient.

A noter que la nature de l'entourage est simplement une information brute sur le nombre d'enfants, si les patients vivent en couples ou sont mariés, s'ils sont veufs, ou s'ils ont des frères et sœurs, s'il existe des amis ou un voisinage.

Enfin, sur l'ensemble des CRH, une seule personne de confiance est évoquée.

B25

- *Personne de confiance : le neveu.*

La distance spatiale entre le tiers et les patients

A de nombreuses reprises, la distance du tiers et du patient est précisée. Cette information est référencée au moins avec un tiers dans 12 CRH de Médecine Interne et 38 CRH de Gériatrie.

La distance est qualifiée soit de façon subjective, soit par une distance ou la ville de résidence.

A38

- 4 enfants vivant à proximité.

A08

- Elle a une sœur de 78 ans à 40 km.

B54

- 4 enfants (1 fils à Angoulême, 1 fille en région parisienne et 1 en Nouvelle-Calédonie).

Dans la prise en charge des patients, ces informations peuvent-être très utiles pour mieux comprendre les ressources des patients. Cependant seulement 50 CRH, soit un quart des CRH évoquant l'entourage des patients, introduit cette notion de proximité géographique.

La nature du lien entretenu

Si la notion de distance est représentée, la nature du lien l'est moins. Sur les 198 CRH évoquant l'entourage des patients, seulement 37 qualifie la nature du lien entre le patient et le tiers.

La nature de ce lien est très diverse. On retrouve :

- des enfants décédés

B63

- Trois enfants, 1 décédé.

des liens rompus

D10

- 6 enfants. Pas de contact avec 5 d'entre eux.

- des liens conflictuels

| D04

- *difficultés de maintien à domicile avec épuisement en rapport avec une conjugopathie.*

| A02

- *Elle est veuve et a trois enfants avec lesquels elle est en conflit.*

- des aidants pour des fonctions particulières

| B59

2 enfants qui passent pour le ménage et les courses

| A29

Les repas sont apportés par une fille traiteur

- des aidants principaux

| B50

avec fille vivant à proximité (principale aidante).

| A24

Vit avec son épouse de 68 ans, qui est son aidant principal

| M145

Aidée essentiellement par ses voisins

Dans d'autres CRH, la nature du lien est simplement qualifiée par le terme « présent » sans que cela ne permette de préjuger du lien entre le patient et son tiers.

| A25

1 fils dans la même ville et 1 fille présente.

| MG06

Fils (médecin généraliste dans le même cabinet) très présent

Il est intéressant de noter que pour les tiers Frères & Sœurs et Autres, leur rôle auprès du patient n'est pas développé. L'originalité du lien n'implique pas systématiquement une explication.

Isolement

L'isolement est qualifié exclusivement par les liens familiaux ou sociaux.

On retrouve 40 CRH précisant que les patients vivent seuls :

| A01

Elle vit seule au domicile

| A20

Madame A20 vit seule au domicile. Elle est veuve depuis 13 ans

Toutefois, un seul CRH évoque l'isolement de façon explicite.

| MI35

Vit à la campagne, isolée avec une amie.

Célibat

Le célibat n'est évoqué clairement qu'à 6 reprises. Systématiquement il est associé à l'absence d'enfant. Il est donc référencé comme facteur d'isolement.

| A08

Elle est célibataire sans enfant.

| MI15

Célibataire, sans enfant

A aucun moment, un nouveau couple après un veuvage n'est évoqué. Seuls apparaissent les cas des seconds mariages.

Les conditions de vie et de travail

Capital Social

Le capital social est représenté par 16 références sur l'ensemble des services. Il est essentiellement évoqué l'activité des personnes au sein de la société.

En Gériatrie, on ne retrouve qu'une référence qui s'intéresse à l'activité fonctionnelle de mobilité.

| A01

| - *Elle conduit toujours sa voiture.*

En Médecine Interne, le travail ou le niveau d'étude représente la majorité des entrées.

MG12

- *Ancien commerçant, actuellement sans emploi.*

MG02

- *elle est en arrêt de travail depuis environ 1 an et demi,*

MG24

- *étudiante en deuxième année de Médecine,*

MG45

- *sans emploi depuis la chirurgie cardiaque en 2009,*

On retrouve également une entrée précisant de façon globale l'activité d'une patiente :

MI14

- *Patiente très active.*

Et une entrée précisant les origines d'une patiente et son parcours de vie.

MG15

- *elle est originaire de l'Ile Maurice, a quitté l'Ile pour le Danemark, elle vit en France depuis 15 ans, elle n'a pas travaillé depuis son départ de l'Ile Maurice, elle travaillait dans une maison de retraite.*

Habitat

L'habitat est essentiellement représenté par la problématique d'accessibilité. Sur les 44 CRH s'intéressant à la question de l'habitat, 23 posent la question du nombre d'étages.

Les deux entrées représentées sont la résidence de plain pieds, ou les étages au domicile.

A01

- *Elle vit seule au domicile dans une maison de plain-pied.*

MG28

- *Vit dans une maison à étage, avec la chambre au premier*

Quatre CRH abordent la question de l'aménagement du domicile.

A02

- *Madame A2 vit à domicile dans une maison à étage aménagée pour vivre au rez-de-chaussée uniquement.*

A29

- *Aménagement du domicile avec douche, WC, lavabo+ chambre au rez-de-chaussée.*

MG27

- *elle vit chez elle dans une maison de plain- pied aménagée*

B54

- *Evaluation gériatrique globale : la patiente est classée GIR 2 et nécessite des aménagements de son domicile avec un lit médicalisé et des soins de nursing. Arrêt de l'accès à la cave, à l'étage et à la cour. Augmentation des aides le midi.*

La précarité du domicile est également abordée à 2 reprises.

D13

- *Ils vivent dans des conditions précaires sur terre battue,*

MI42

- *Patiente vivant dans des conditions non adaptées du fait de son refus de la modernité (refuse d'avoir le téléphone, utilisation du lave linge, du réfrigérateur).*

Seulement 9 CRH précisent explicitement que les personnes sont en EHPAD.

Enfin, un seul CRH précise l'absence d'animal collectif au sein de la maison de la personne.

Retraite et pré-retraite

Concernant le déterminant de santé lié à la retraite, celle-ci n'est évoquée que dans les CRH de Médecine Interne. L'arrêt de l'activité professionnelle est cité à 16 reprises.

Cette information est soit dévoilée de façon isolée, soit associée à l'activité professionnelle précédant la retraite.

MG10

- *Retraité, travaillait dans les moteurs électriques.*

MI44

- *Retraîtée, ancienne veilleuse de nuit dans un centre pour handicapés.*

A aucun moment la retraite ou la pré-retraite n'est analysée comme un déterminant de santé. Elle n'est pas intégrée dans les CRH comme pouvant avoir un impact sur la santé.

Prévention des traumatismes

Parmi la prévention des traumatismes, deux éléments sont référencés en Médecine Interne.

- la prévention des fractures soit sur ostéoporose, soit sur lésions osseuses néoplasiques

MG08

- *A l'ostéodensitométrie : le T-SCORE total lombaire est à -2.2, le T-SCORE total du col fémoral est à - 3.3. Questionnaire de Fardellone : Apports classiques évalués à 475 mg/jour.*

MG06

- *Prévention de fracture sur lésions osseuses néoplasique par AREDIA 60mg.*

- la prévention des infections sexuellement transmissibles et contraception

MG57

- *en couple, avec des rapports protégés, associée à une contraception orale.*

MI33

- *pas de conduite sexuelle à risque*

Santé Mentale

Parmi les différents éléments sémiologiques retrouvés dans les CRH, on retrouve en premier lieux les troubles anxio-dépressifs à des grades de sévérités plus ou moins marqués.

A49

- *Depuis 15 jours, date de ses 90 ans, elle ne se sent pas bien sur le plan du moral*

B16

- *Un syndrome dépressif du sujet âgé a justifié la majoration du SEROPLEX et l'introduction du SERESTA.*

MG10

- *Sur le plan psychiatrique : la thymie est triste avec des idées noires récurrentes. « Si je retournais chez moi je me pendrai ». Le patient explique avoir réalisé brutalement son grand âge lors de son hospitalisation à l'OREGON pour sa chute : « je suis vieux, je ne suis plus bon à rien », il exprime également un grand dégoût de la société « j'ai hâte de quitter ce monde ». Un retour à domicile ne paraît pas envisageable.*
- *Le patient verbalise peu sa douleur.*

Sur les 29 sources évoquant les troubles anxio-dépressifs, 9 sources explicitent les éléments qui les favorisent.

On retrouve ainsi :

- des difficultés face au vieillissement et à la perte d'autonomie.

B37

- *Sur le plan psychologique : le patient souffre des périodes off et développe une grande anxiété devant la perte d'autonomie et l'impossibilité de retour à domicile.*

D09

- *Lors de l'entretien psychologique, elle évoquera des ruminations par rapport à sa perte d'autonomie et à la prise de conscience de sa fragilité. Il existe une tendance à masquer sa souffrance psychique actuelle en évoquant surtout des problèmes somatiques.*

D01

- *Il a eu plusieurs entretiens avec l'infirmière psychiatrique au cours desquels il a pu verbaliser son besoin de se sentir utile et de reprendre son rôle dans sa famille.*

- des difficultés en lien avec un isolement socio-familial

B26

- *Sur le plan thymique : tableau de syndrome dépressif manifeste avec apathie, humeur triste, idées noires, envie de mort, dans un contexte d'isolement socio-familial,*

- des conflits familiaux ou des événements de vie difficiles

D04

- *Sur le plan thymique : le patient présente une humeur triste, des épisodes d'anxiété (contexte familial particulier avec conjugopathie),*

D44

- *une patiente très anxieuse avec des symptômes de tristesse, des idées noires, sans idée suicidaire, des ruminations surtout vis-à-vis de la maladie de son fils.*

Les autres CRH décrivent les troubles et la prise en charge décidée.

MG02

- *Du point de vue psychologique : la patiente présente une détresse psychologique marquée, un avis par la psychologue est pris, la patiente présente donc un syndrome dépressif marqué avec une perte de l'élan vital ainsi qu'un épuisement psychique mais la patiente ne souhaite pas débuter un traitement par antidépresseur et ne souhaite pas pour le moment de suivi psychiatrique. Il faudra donc probablement lui proposer régulièrement un suivi psychiatrique.*

Quatre patients sont hospitalisés en Gériatrie pour ces motifs.

Toutefois, il n'y a pas de signe négatif de ces troubles dans les CRH. Il n'y a donc pas de dépistage systématique.

On retrouve à trois reprises des commentaires sur le vécu des patients sur leurs troubles de l'humeur ou syndrome dépressif.

B17

- *Sur le plan psychiatrique, pas de d'idée de mort, pas d'idée suicidaire (pas de formulation de mode, lieu ou d'acte, de mise en œuvre d'une tentative de suicide). Tristesse de l'humeur. Patient qui reste dans l'échange et souhaite « s'accrocher à la vie ».*

B48

- *La patiente présente des signes de syndrome dépressif. Devant le contexte d'une pathologie neuro-dégénérative sous jacente, une évaluation par l'infirmière psychiatrique du service est réalisée. La patiente est compliant avec un bon contact, difficultés d'acceptation de sa baisse d'autonomie, fragilité psychologique, se sent en difficultés lorsque son entourage met en évidence ses troubles mnésiques.*
- *Prise en charge psychologique centrée sur la réassurance et la stimulation.*

A08

- *Elle se sent diminuer depuis son hospitalisation de janvier 2013 avec perte d'activité physique entraînant une prise de poids et une asthénie.*

Les autres troubles mentaux retrouvés dans les CRH sont une patiente présentant une personnalité de type névrotique, un patient présentant des troubles psycho-somatiforme, une patiente présentant un détachement affectif suite au décès de son petit-fils, un patient psychotique, une patiente présentant une addiction à l'alcool.

Services de santé et prévention

Parmi les services de santé et la prévention, les aides à domiciles sont très représentés. Parmi les 120 CRH faisant références aux services de santé en général, 160 références concernent soit les passages infirmiers, les aides au ménage, à la toilette, du portage des repas ou de l'intervention de kinésithérapeutes au domicile.

Les passages infirmiers à domicile permettent la réalisation de soins comme des pansements, la distribution des médicaments ou la mise en place de pilulier. Ces visites au domicile sont également l'occasion de protocoles de Soins Infirmiers qui permettent une surveillance particulière dont la fréquence peut être établie par les infirmiers eux-mêmes. Ils sont référencés à 35 reprises. Ces références correspondent exclusivement à la fréquence de passage, la durée des soins et parfois le type de soins.

B27

- *Sur le plan social : organisation d'une sortie avec retour à domicile : passage d'une IDE 1 jour/2 pour pansement et pilulier*

MG20

- *passage de l'infirmière au domicile pour préparation du pilulier, aide à la toilette, mise en place des bas de contention.*

Parmi les autres aides au domicile, l'aide pour le ménage, la toilette et la préparation des repas font aussi parti des services référencés. Comme pour les soins infirmiers, les références ne concernent que la fréquence des passages et parfois l'objectif de ces passages. Ces aides sont les plus retrouvées dans les CRH avec 120 références.

A44

- *Aide à la toilette et à l'habillage (2 h le matin et l'après-midi). Aide au coucher et au repas.*

B13

- *Le retour à domicile est envisageable avec majoration des aides et réassurance.*

D04

- *Sur le plan social : concertation entre l'équipe de gériatrie de l'unité D, l'assistante sociale, la famille de Monsieur D4, le réseau gérontologique et les différents intervenants au domicile le 23/09/13. Il a été décidé au décours de cette concertation, une augmentation des aides avec le SSIAD 3 x /semaine puis une demande pour 7 jours /7 jours ; un passage du CCAS le soir avec aide au coucher. Il a été aussi prévu l'installation d'un lit et d'un fauteuil médicalisé, le portage des repas.*

Le portage des repas ou les repas réalisés au domicile sont également très présents avec 22 références. Là encore, ces références n'évoquent que la fréquence des passages.

A28

- *Bénéficie d'un portage des repas 1 x /j*

MG28

- *Aide par un membre de la famille et par une aide ménagère, qui l'accompagne pour les courses et la préparation des repas. Pas d'aide à la toilette.*

La fréquence des séances de kinésithérapie sont présentées à 3 reprises. On ne retrouve pas d'explication particulière pour leurs objectifs.

Un autre élément important que nous avons classifié dans l'item « Services de Santé » concerne les mesures de Protection Juridique, la Curatelle et la Tutelle.

La protection juridique référencée à une reprise chez une patiente refusant la mise en place d'aide supplémentaire et une institutionnalisation :

A02

- *la patiente refuse la mise en place d'aide supplémentaire et une éventuelle institutionnalisation. Elle souhaite un retour au domicile. Il a été évoqué avec l'assistante sociale la mise sous protection juridique qui sera à évaluer si une nouvelle hospitalisation se présentait.*

Sur les 9 autres cas de curatelle ou de tutelle, un CRH précise la raison de la mise en place de cette protection.

A23

- *Elle est sous tutelle depuis l'âge de 40 ans en raison d'un bas niveau socio-culturel*

B45

- *Patiente sous tutelle*

D34

- *Une protection juridique de type curatelle est en place.*

Parmi les « Services de Santé » seulement 4 CRH retranscrivent l'avis des patients ou des proches :

D04

- *Sur le plan social : concertation entre l'équipe de gériatrie de l'unité D, l'assistante sociale, la famille de Monsieur D4, le réseau gérontologique et les différents intervenants au domicile le 23/09/13. Il a été décidé au décours de cette concertation, une augmentation des aides avec le SSIAD 3 x /semaine puis une demande pour 7 jours /7 jours ; un passage du CCAS le soir avec aide au coucher. Il a été aussi prévu l'installation d'un lit et d'un fauteuil médicalisé, le portage des repas.*

A02

- *la patiente refuse la mise en place d'aide supplémentaire et une éventuelle institutionnalisation. Elle souhaite un retour au domicile. Il a été évoqué avec l'assistante sociale la mise sous protection juridique qui sera à évaluer si une nouvelle hospitalisation se présentait.*

| B25

- *La patiente nécessite l'augmentation du plan d'aide à domicile en accord avec la patiente et sa famille.*

| MI28

- *L'épouse du patient refuse néanmoins pour l'instant l'idée d'une admission en institution pour le long terme et envisage le retour à domicile avec la mise en place d'aides qui a été tentée mais n'a pas été réalisée devant la présence de fortes discordances familiales et la non disponibilité des aides.*

Vaccination

La vaccination n'est retrouvée que dans 6 CRH.

En gériatrie il s'agit d'une préconisation de la vaccination anti-pneumococcique et anti-grippale et d'une mise à jour de la vaccination anti-tétanique au cours de l'hospitalisation.

En médecine interne, 4 CRH précisent que le calendrier vaccinal des patients est à jour.

Les déterminants socio-économiques, culturels et environnementaux

Environnement

Parmi ces déterminants, nous avons évoqués précédemment l'activité professionnelle, l'habitat et l'entourage.

Les déterminants socio-économiques ne sont pas inclus dans les CRH comme des déterminants de santé, c'est-à-dire ayant un impact sur la santé ou nécessitant une prise en charge préventive spécifique.

Parmi les facteurs environnementaux, on ne retrouve qu'une référence évoquant la précarité de l'habitat chez une patiente.

Enfin, concernant les déterminants culturels, il est cité dans 6 CRH les origines culturelles des patients :

A01

- *Madame A01 est originaire du Vietnam.*

MG49

- *Patient anglais,*

MI27

- *Patiente originaire de Côte d'Ivoire,*

Autonomie des Patients

L'évaluation de l'autonomie des patients est un élément qui revient comme une constante dans les CRH des patients, et cela autant en gériatrie qu'en médecine interne.

On retrouve ainsi 120 CRH de gériatrie sur les 162 inclus s'intéressant à l'autonomie des patients et 50 CRH sur les 112 en médecine interne.

Cette évaluation de l'autonomie est retranscrite de différentes façons :

- L'avis d'un Ergothérapeute ou d'un Kinésithérapeute :

D18

- *L'évaluation ergothérapique ne retrouve pas d'anomalie praxique, gnosique ou phasique majeure.*

A04

- *Durant l'hospitalisation, la patiente a bénéficié d'une évaluation ergothérapeutique retrouvant un ralentissement psychomoteur, des troubles visio-constructifs, une désorientation temporo-spatiale modérée.*
- *La patiente a bénéficié également durant l'hospitalisation d'une prise en charge par kinésithérapie pour rééducation à la marche et réassurance*

- L'utilisation de Grille d'autonomie GIR plus ou moins explicitée :

A30

- *Elle est GIR 1.*
- *Elle ne marche plus et se déplace uniquement en fauteuil roulant.*

D19

- *Elle est GIR 2. Elle marche sans aide.*
- *Elle n'est pas autonome pour la toilette et les actes de la vie courante.*

- L'indice de performance OMS est utilisé exclusivement en Médecine Interne

MI23

- *OMS 1-2. Autonome à domicile*

Toutefois, la plupart du temps, l'évaluation de l'autonomie est une évaluation d'un certain nombre de fonctions dont le plus représenté, celui de l'autonomie de déplacement ou de certaines tâches de la vie quotidienne :

MG43

- *Sur le plan de l'autonomie : le patient marche sans aide.*

B19

- *Sur le plan de l'autonomie : mise en route de séances de rééducation par kinésithérapie ayant permis une réassurance et une reprise de la marche de Monsieur B19. Régression du tableau de syndrome post-chute. A sa sortie, le patient fait ses transferts seul et marche quelques pas sans aide.*

B59

- *Sur le plan de l'autonomie : mise en route de séances de kinésithérapie pour rééducation ayant permis une reprise de la marche avec un déambulateur. Le patient est capable de se verticaliser seul et de réaliser ses transferts seul.*

A46

- *Autonome pour la toilette*

Les autres

déterminants de santé référencés sur l'autonomie sont les troubles cognitifs :

MI28

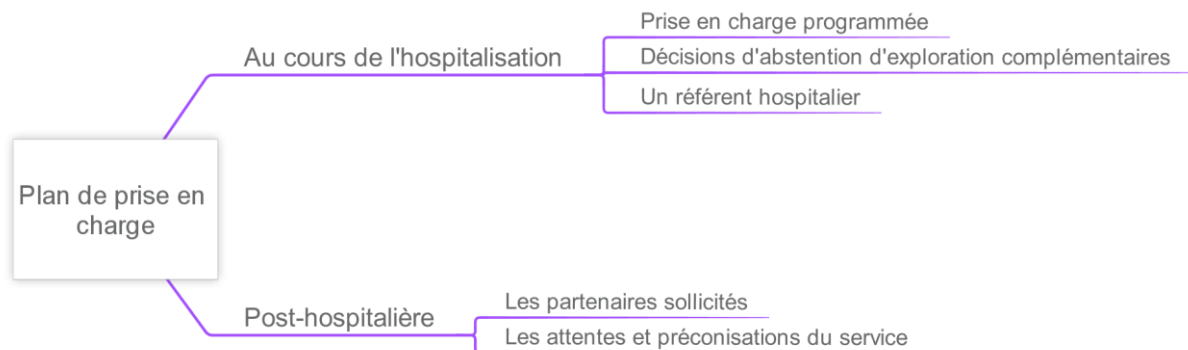
- *Par la suite l'évolution est stable sur le plan cognitif avec la persistance d'une désorientation temporo spatiale, un état d'agitation fluctuant avec perte d'autonomie conséquente.*

L'autonomie décisionnelle n'est jamais évoquée dans les CRH. Par ailleurs.

On ne retrouve pas d'éléments en faveur des attentes des patients en termes d'autonomie ou de projet de vie.

Plan de prise en charge

Figure 21 - Carte conceptuelle Résultats - Plan de prise en charge (Phase2)



Le plan de prise en charge après l'hospitalisation concerne tous les éléments qui permettent le suivi des patients une fois sortis de l'hôpital.

Il comporte ainsi :

- Le recueil des décisions prise sur la prise en charge,
- Un plan de prise en charge selon l'évolution des pathologies

Décisions de prise en charge en cours de l'hospitalisation

Prise en charge programmée

Selon les problèmes rencontrés par les patients et les prises en charge effectuée au cours des hospitalisations, un certain nombre de thérapeutiques, d'explorations complémentaires ou de consultations de suivis sont nécessaires.

A02

- *Dans le cadre du bilan cognitif, une consultation est prévue avec le Dr M. en janvier 2014, ainsi qu'un scanner cérébral (la patiente recevra la convocation à son domicile).*

A19

- *Décroissance des corticoïdes devant une maladie de Horton datant de plus de 20 ans, sans signe d'activité de la maladie actuelle : décroissance de 1 mg/mois avec dosage du cortisol ou au mieux test au Synacthène avant l'arrêt de l'HYDROCORTISONE.*

B06

- *nous prévoyions une échographie transthoracique le 15/10/13 avec une consultation de suivi cardiologique le 27/11/13, un Holter-ECG est prévu en externe afin de contrôler le ralentissement de la fréquence cardiaque.*

MG12

- *TEP prévu le 24/09/2013 à 12h00 au CHU.*
- *Ponction Biopsie sous scanner maintenue le 25/09/2013 à la Polyclinique.*

MI32

- *Concernant la suite de la prise en charge, un scanner thoraco abdomino pelvien sera à réaliser à la recherche d'une compression profonde le 11/10/13 à 15 H 50 au CHU.*

Décisions d'abstentions d'explorations complémentaires

Lors d'un certain nombre d'hospitalisation, il est parfois décidé de ne pas poursuivre des explorations de certaines pathologies.

Ces décisions sont citées dans 17 CRH. Elles concernent des examens complémentaires diagnostics ou des actes techniques thérapeutiques.

Les conditions de ces décisions sont précisées dans 10 cas.

L'avis d'expert est avancé dans 5 CRH.

D05

- *Devant l'altération de l'état général associée à une suspicion d'épanchement pleural et à une hépatomégalie clinique, il est réalisé un scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté, retrouvant une hépatosplénomégalie, des adénopathies diffuses sus ou sous diaphragmatiques et un épanchement pleural droit enkysté. Après avis hématologique, il est décidé d'une abstention thérapeutique*

A35

- *Avis ORL : compte tenue de l'âge avancé, et de la non présence de symptomatologie sinusienne, il est décidé de ne pas réaliser de prélèvement ORL d'autant plus qu'ils nécessitent une AG.*

Quatre CRH précisent que la décision a été prise en collégialité.

B28

- *Après discussion collégiale, décision retenue de ne pas réaliser d'alimentation artificielle par GPE compte tenu de la situation actuelle (patiente dans la grande dépendance, GIR 1, absence de récupération du déficit neurologique attendu). Ami informé de la décision prise dans le service*

Les participants à la collégialité sont précisés à 2 reprises.

B64

- *De ce fait, décision collégiale après concertation entre les urgentistes, les neurologues et les réanimateurs d'une absence d'acharnement thérapeutique et ce en accord avec la famille du patient. Pronostic initialement défavorable.*

D34

- *En concertation avec les gastro-entérologues, il est décidé de ne pas pousser les explorations digestives, notamment par une coloscopie. Un traitement par fer est mis en place.*

A noter que dans un cas complexe, l'équipe a fait appel à une « consultation d'éthique ». Cette procédure semble être assez rare. Un seul cas est référencé parmi tous les CRH. Les conditions de cette consultation et les participants ne sont pas précisées.

MG62

- **Sur le plan éthique :**
- *Devant une difficulté nutritionnelle de la patiente (absence de nutrition pendant de longues périodes et impossibilité de pose de sonde nasogastrique), on note, durant cette hospitalisation une reprise d'alimentation PO limitée.*
Un nouvel avis phoniatre a été demandé : persistance des fausses routes silencieuses, déglutition non fonctionnelle
->normalement, indication à pose de GPE
- ***Suite à ces événements, demande d'une consultation d'éthique : staff éthique du 22 octobre 2013 :***
indication de la pose de GPE :
 - *ne pas poser la sonde compte tenu de la dénutrition aurait des conséquences graves ; poser la sonde peut faire courir le risque que la malade l'arrache mais laisse une ultime chance de traiter sa dénutrition si elle ne l'arrache pas*
 - *au niveau de la gastro-entérologie : la balance bénéfices/risques pencherait plus vers des risques non négligeables : risque lors de sa pose, arrachage possible de la GPE, éducation thérapeutique lors du RAD pour éviter les pneumopathies d'inhalation.*

A 2 reprises, la participation des patients ou des proches est précisée.

A29

- *La famille et la patiente sont opposées à toute exploration diagnostique de type biopsie cérébrale, ainsi qu'à tout traitement agressif de type chimiothérapie.*

A40

- *Discussion avec la patiente de la réalisation d'une FOGD pour exploration d'une anémie à la recherche d'une mal absorption. La patiente ne sait pas encore si elle accepte cet examen. Nous vous laissons le soin d'en rediscuter avec elle selon évolution de l'anémie.*

Dans 7 cas il semble que la décision ait été prise par les médecins en charge des patients dans le service. Mais le CRH ne précise pas les conditions de décisions.

A45

- *Décision de ne pas réaliser d'explorations invasives, à la recherche d'un cancer colique.*
- *Décision d'arrêt de toutes les mesures invasives et notamment des bilans biologiques, prise en charge par soins de confort exclusifs.*

Parfois, les décisions ne sont pas expliquées ou justifiées.

D21

- *il n'a pas été réalisé d'angioscanner.*

Un référent hospitalier

A 7 reprises, les CRH précisent un référent hospitalier pour les patients.

MG34

- *Il est indispensable de ne pas réintroduire de manière abusive des thérapeutiques sans l'avis du Docteur M. qui s'est proposée d'être contactée en cas de troubles de comportement, ou d'aggravation clinique.*

A29

- *Il est précisé à la famille qu'une hospitalisation à domicile est possible selon l'évolution de l'état général. Il est possible de reprendre Madame A29 dans le service de gériatrie en admission directe, sans passer par les urgences. Le docteur C. est disponible pour une prise de rendez-vous avec la famille.*

Dans d'autre cas, il est rappelé la procédure à suivre pour éviter le passage par le service des Urgences. En gériatrie il est notamment fait référence au service de coordination gériatrique.

B52

- *Poursuivre la surveillance mensuelle de l'hémogramme ; transfusion si l'hémoglobine descend sous les 8g/dl ou avant si il existe des signes de mauvaise tolérance clinique de cette anémie chronique (contacter Me B. pour hospitalisation programmée 05 49 44 37 35).*

D01

- *Il sera revu en consultation gériatrique par le Dr VALERO et d'ici là nous restons à votre disposition dans l'éventualité où l'état général de ce patient ne serait plus compatible avec son maintien à domicile. Il faudrait suivre la procédure habituelle à savoir le contact de l'infirmière coordinatrice de gériatrie Mme B. au 05.49.44.37.35.*

Plan de prise en charge post-hospitalière

Le plan de prise en charge post-hospitalière correspond aux propositions de suite de prise en charge ambulatoire. Elle comporte :

- Les professionnels de santé ou institutions pouvant participer
- Les attentes et demandes du service auprès de ses partenaires

Les partenaires sollicités

Les professionnels sollicités par les services sont très nombreux et très variés dans le corps de texte des CRH. On reconnaît en premier lieu les institutions. Elles sont représentées par les services comme les Soins Palliatifs ou le Centre Antidouleur. Les autres institutions sont d'autres unités des services comme l'hôpital de jour ou l'hôpital de semaine de Médecine Interne. Les Réseaux sont aussi représentés dans les CRH des deux services. Enfin, les EHPAD sont référencées à 4 reprises.

Les professionnels de santé médicaux spécialistes sont également très représentés dans leur grande diversité.

Les médecins généralistes sont aussi cités fréquemment. Toutefois, ce nombre est clairement sous-évalué. En effet, dans 56 CRH de gériatrie, et 15 de médecine interne, des consignes sont données dans les CRH sans qu'il soit explicitement adressé à un professionnel de santé. Il s'agit le plus souvent d'actes de coordination de soins ou de surveillance. Ceci laisse supposer que cela concerne le Médecin traitant des patients, destinataire du CRH.

Les dentistes sont très peu représentés avec seulement 1 cas dans les deux services.

Les professionnels de santé paramédicaux sont aussi très représentés, notamment les infirmiers et les kinésithérapeutes. Les autres professionnels sont cités plus rarement.

Tableau 18- Les professionnels sollicités par les services dans les CRH

Partenaires	Médecine Interne	Gériatrie
Institutions	20	7
Soins Palliatifs	1	0
Centre Antidouleur	1	0
Hôpital De Jour	12	0
Hôpital De Semaine	5	0
Réseau Insuffisance Cardiaque	1	2
Réseau Gériatologique	0	1
EHPAD	0	4
Médecins Spécialistes	75	57
Cardiologue	7	21
Chirurgien Vasculaire	3	0
Chirurgie Viscérale	1	0
Dermatologue	1	0
Diabétologue	1	1
Endocrinologue	1	0
Gastroentérologue	13	0
Gériatre	1	21
Gynécologue	3	0
Hématologue	5	0
Interniste	10	0
Médecin Rééducateur	0	1
Néphrologue	2	0
Neurologue	4	1
Oncologue	3	1
Ophtalmologue	1	2
ORL	2	2
Chirurgien Orthopédiste	3	3
Pneumologue	1	1
Psychiatre	3	0
Radiothérapeute	2	0
Rhumatologue	2	1
Stomatologue	1	0
Urologie	5	2
Médecins Généralistes	23	6
Dentistes	1	1
Paramédicaux	37	56
Diététiciens	1	0
Ergothérapeute	3	0
Infirmiers	16	21
Infirmiers de Psychiatrie	0	4
Kinésithérapeutes	15	31
Orthophonistes	1	0
Podologues	1	0
Non Précisés	15	56
Total	171	183

Concernant la branche « Non Précisés », cela ne permet pas de savoir qui doit réaliser ces préconisations.

Dans le cas du CRH MI37 par exemple, on ne peut savoir si le contrôle de la fonction rénale et l'échographie doit être prescrit et organisé par le médecin traitant ou si cela est déjà organisé par le service. Il en va de même pour le cas MG07 ; est-ce au médecin traitant de l'organiser, où est-ce déjà en cours.

MI37

- **Prise en charge à la sortie :**
 - *IDR à lire le 20/09/13*
 - *Contrôle de la fonction rénale avec protéinurie sur 24h + échographie rénale + contrôle de la créatininurie en externe*

MG07

- *L'antibiothérapie sera à poursuivre pour une durée totale de 4 semaines et un contrôle doppler sera réalisé à 6 semaines pour réévaluer l'arrêt des anticoagulants.*

Les attentes et préconisations du service auprès de ses partenaires

Dans les attentes et les préconisations des services, on retrouve des propositions de modifications thérapeutiques selon l'évolution clinique :

A35

- *Si persistance déséquilibre HTA, majorer le cardésiel selon fréquence cardiaque*

MG64

- *La tension artérielle devra être surveillée au domicile et si nécessaire les traitements antihypertenseurs pourront être réintroduits, de manière prudente, et un par un. Le calcique peut-être le premier traitement à réintroduire, puis des diurétiques si nécessaire mais sous contrôle de la créatininémie et du ionogramme sanguin.*

On retrouve également des préconisations sur le mode de vie et l'institutionnalisation :

A44

- *Si l'autonomie devenait limite, il serait envisagé une entrée en EHPAD.*

Les préconisations peuvent être également de revoir les patients pour améliorer l'observance des patients :

D09

- *A noter que sa petite-fille, tout comme la patiente, refusent cette augmentation thérapeutique prétextant une surmédication qu'elle ne trouve pas nécessaire. Après réexplication de l'intérêt du traitement, la posologie est maintenue à la sortie. Je vous laisse le soin de revoir avec la patiente et sa famille la bonne observance du traitement.*

D43

- *Nous avons proposé à la patiente la réalisation d'une coloscopie pour poursuite du bilan. Elle n'est pas, pour l'instant, favorable à cet examen mais dit y réfléchir. Nous lui avons bien expliqué l'intérêt de la réalisation de ce geste. Nous vous laissons le soin d'en rediscuter avec elle.*

Enfin, les préconisations peuvent également être des réévaluations bénéfiques risques de certains traitements :

MG08

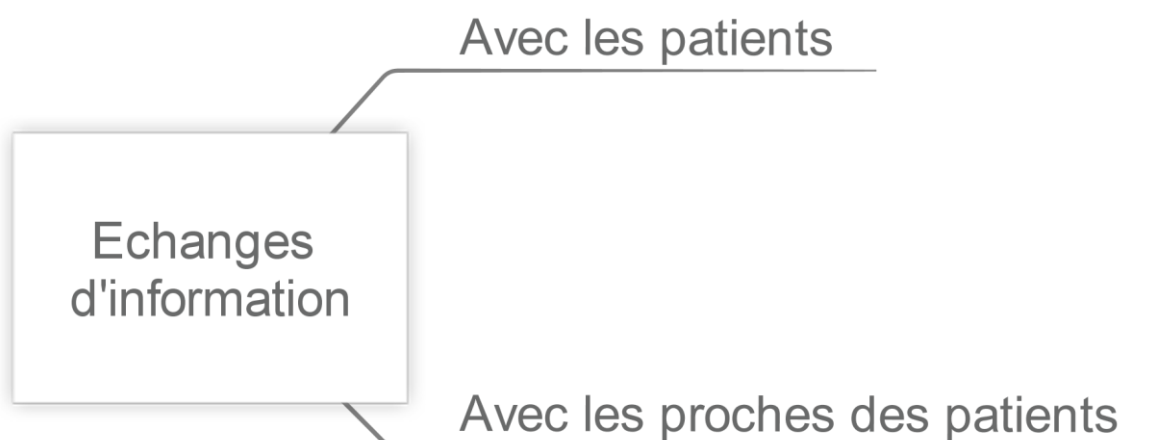
- *Néanmoins avec l'instauration du FOSAVANCE il serait bon de réévaluer l'intérêt de l'UVÉDOSE donné une fois tous les trois mois (afin qu'il n'y ait pas de surdosage en vitamine D).*

MI29

- *En cas de persistance de l'hypokaliémie sur les bilans de contrôle, nous vous laissons ré évaluer l'indication de l'arrêt de l'INDAPAMIDE et le remplacement par un autre anti hypertenseur.*

Echanges d'informations

Figure 22 - Carte conceptuelle Résultats - Echanges d'information (Phase2)



Les échanges d'informations entre les patients et leur entourage au cours des hospitalisations sont parfois référencés dans les CRH. Ceux-ci permettent de transmettre aux autres professionnels de santé :

- Les informations et explications données aux patients et ou à son entourage
- Les avis des patients et de leur entourage sur leurs souhaits de prise en charge
- Les éléments en cours de réflexion sur lesquels une décision est en attente

Pour l'analyse des résultats, nous avons séparé les informations échangées avec les patients de celles échangées avec les proches.

Echanges d'informations avec les Patients

Sur l'ensemble des CRH analysés, 32 CRH évoquent des échanges d'informations avec les patients.

Un CRH informe de la personne de confiance.

MI45

- *A noter que la patiente a souhaité que sa voisine Madame C. née M. Brigitte devienne sa personne de confiance.*

Un CRH signale de l'absence volontaire d'une information familiale auprès de la patiente.

A39

- *Il est à noter que si le déménagement a bien lieu (la patiente n'étant à ce jour pas au courant, à la demande de ses enfants), il faudra reprogrammer les examens complémentaires prévus ainsi que le bilan neuropsychologique.*

Dans 11 CRH, l'échange avec les patients correspond à des explications données sur la pathologie ou sur les choix de prise en charge médicaux ou sociaux. Ces explications sont majoritairement représentées en médecine interne, 10 CRH, contre 1 CRH en gériatrie.

MG51

- *La patiente est informée qu'en cas de réapparition de douleurs lombaires, de frissons ou de signes fonctionnels urinaires, il faut réaliser un ECBU et se rendre aux Urgences pour la mise en place d'un traitement antibiotique par voie intra veineuse devant ses antécédents d'infection à BLSE.*

MI18

- *Mme MI18 est informée qu'il s'agit d'un retour « de la dernière chance » et qu'en cas d'évènement intercurrent, il serait prévu une hospitalisation directe en gériatrie en attente d'une institutionnalisation.*

MI45

- *La patiente a été informée du diagnostic ainsi que du pronostic, ainsi que son fils que nous avons contacté le 5/10 d'une prise en charge exclusivement palliative et du diagnostic d'adénocarcinome rénal bilatéral à cellules claires avec localisations secondaires*

A29

- *Une explication de l'examen et une annonce sont effectuées avec les filles et Madame A29 le 18.09.2013 par le radiologue et l'information est reprise le 19.09.2013 en équipe pluridisciplinaire.*

L'avis des patients est donné dans 20 CRH.

On retrouve 7 cas de refus d'une prise en charge. Ces refus concernent des explorations complémentaires, des traitements particuliers ou des propositions d'aides au domicile.

| A41

- *Madame A41 refuse tout examen complémentaire invasif, à visée étiologique. Les examens et l'évolution lui sont clairement expliqués.*

| B16

- *Néanmoins, une intervention chirurgicale est proposée par cordotomie postérieure, mais la patiente refuse.*

| A48

- *Sur le plan social : la patiente refuse la proposition d'aides supplémentaires.*

Dans 2 autres CRH, l'avis des patients est explicité pour exprimer leur indécision. Il est systématiquement proposé au destinataire du CRH de poursuivre les échanges sur le sujet avec les patients.

| A40

- *Discussion avec la patiente de la réalisation d'une FOGD pour exploration d'une anémie à la recherche d'une mal absorption. La patiente ne sait pas encore si elle accepte cet examen.*
- *Nous vous laissons le soin d'en rediscuter avec elle selon évolution de l'anémie.*

| D43

- *Nous avons proposé à la patiente la réalisation d'une coloscopie pour poursuite du bilan. Elle n'est pas, pour l'instant, favorable à cet examen mais dit y réfléchir. Nous lui avons bien expliqué l'intérêt de la réalisation de ce geste.*
- *Nous vous laissons le soin d'en rediscuter avec elle.*

Enfin, 12 CRH explicitent les autres préférences des patients dans leur prise en charge et comment cela est appliqué en accord avec l'équipe du service et ses partenaires.

| A08

- *Madame A8 désire anticiper l'avenir et va entreprendre des démarches d'inscription en EHPAD.*

| D01

- *L'échographie abdominale a confirmé la progression des métastases hépatiques et dans ces conditions, de l'avis des Dr H. et V., l'indication de la chimiothérapie n'a pas été validée.*
- *Cette décision est conforme au souhait du patient qui souhaite privilégier sa qualité de vie.*

| D46

- *Sur le plan social : Monsieur D46 a émis la volonté de ne pas rentrer à domicile malgré la reprise de son autonomie antérieure. Il rentre donc à l'EHPAD La Valette à Saint Loup Lamère dans le 79 le 04/10/13.*

Echanges d'informations avec les Proches des patients

Toutes les informations échangées et explicitées dans les CRH avec des proches concernent les familles des patients. On retrouve plus de CRH explicitant les échanges avec la famille qu'avec les patients. Au total, cela concerne 57 CRH pour les proches. La répartition est de 50 CRH en gériatrie contre 7 CRH en Médecine Interne.

On retrouve dans 26 CRH une information indiquant simplement que l'équipe du service s'est entretenue avec la famille du patient ; sans information sur le contenu de ces échanges, l'avis des proches, l'avis des patients sur la consultation des proches ou sur les décisions prises suite à ces entretiens.

| A07

- *Des points médicaux sont réalisés avec les deux sœurs les 11/09 et le 16/09.*

| D10

- *Le retour à domicile étant difficilement envisageable pour Monsieur D10, une réunion a été organisée dans le service avec le coordinateur du réseau gériatrique de Poitiers et le fils de Monsieur D10.*

Les autres références concernent dans 17 CRH la mention selon laquelle la famille est d'accord avec la prise en charge proposée par le service.

| A40

- *En accord avec le fils, Madame A40 rentre à domicile avec majoration des aides ; Révision d'APA faite.*

| B09

- *Devant le refus d'une poursuite de l'hospitalisation de la part du patient, et en accord sa famille (femme), décision d'une sortie avec retour à domicile*

| MG06

- *En accord avec la famille, devant l'aggravation de l'état général du patient et le pronostic défavorable, une prise en charge par l'équipe mobile de soins palliatifs est décidée et les soins de confort sont privilégiés.*

Dans 12 CRH, les références sont des explications données sur les pathologies ou le déroulé des prises en charges. Ces informations sont soit données en présence des patients, soit en leur absence.

| B22

- *Sur le plan de l'avenir : famille prévenue de l'état précaire de la patiente avec risque très important de nouvelle décompensation cardiaque chez cette patiente récusée pour la chirurgie de son rétrécissement aortique.*

| D25

- *Madame D25 et sa famille sont informés de la problématique médicale avec les risques hémorragiques et ses conséquences à la poursuite des anti-coagulants, ainsi que du risque d'embolie pulmonaire massive à l'arrêt de ceux-ci. Madame D25 accepte le risque de ne pas être anti-coagulée.*

Six CRH s'intéressent aux souhaits de la famille.

B33

- *Entretien avec la femme de Monsieur B33 au cours de l'hospitalisation le 17/09/2013. Volonté de son entourage d'un retour à domicile. Pas de majoration des aides décidée. Sortie prévue le 20/09/2013.*

MI28

- *Il apparaît clair qu'un retour au domicile n'est pas envisageable dans ce contexte de perte d'autonomie grandissante motivant notre demande de transfert en Maison de convalescence.*
- *L'épouse du patient refuse néanmoins pour l'instant l'idée d'une admission en institution pour le long terme et envisage le retour à domicile avec la mise en place d'aides qui a été tentée mais n'a pas été réalisée devant la présence de fortes discordances familiales et la non disponibilité des aides.*

Phase 2 - Discussion

Préambule

Le choix de l'analyse des CRH de deux services Médecine Interne et Gériatrie a été fait pour élargir l'analyse des pratiques hospitalières à différents âges de la vie. **A aucun moment, il s'agit ici de comparer les pratiques de ces deux services. Le but est simplement d'analyser les pratiques professionnelles au regard d'une visée éthique, objet du présent travail.**

Par ailleurs, ces analyses ne viennent en aucun cas à porter une opinion sur les pratiques des professionnels au sein des services. **L'analyse des CRH ne vise qu'à vérifier la teneur des informations choisies par les professionnels pour être transmises aux autres professionnels prenant en charge le patient.** Car en pratique, le CRH est le moyen principal, si ce n'est le moyen unique de communication entre les services et les professionnels ambulatoires. De ce fait, tout ce qui ne figure dans ces supports sera de l'information perdue une fois le patient sorti d'hospitalisation.

Prise en compte de la iatrogénie médicamenteuse

L'analyse statistique des CRH a mis en évidence qu'en moyenne, le nombre de médicaments pris par le patient à la sortie d'hospitalisation reste inchangé. En gériatrie, on retrouve en moyenne une augmentation de +0.2 médicaments et +1.0 en médecine interne.

Toutefois, on peut remarquer qu'au cours de 96,3% des hospitalisations, les traitements ont été modifiés au cours de l'hospitalisation. **Ceci laisse donc à penser que, bien que le nombre des médicaments n'ait pas diminué, le choix des traitements conduits a été optimisé.**

Il est particulièrement intéressant de noter que pourtant, parmi les CRH, seulement une minorité des hospitalisations permette une diminution du nombre de médicaments prescrits : seulement 34,6% en gériatrie et 19,3% en médecine interne. **Par ailleurs, on peut également en conclure que pour que la différence de nombre de médicaments à l'entrée et à la sortie soit proche de zéro, la réduction du nombre de médicaments a eu lieu chez les patients gros consommateurs de médicaments.**

Un document de recommandations de pratiques professionnelles édité par l'AFSSAPS en 2005 rappelle que la lutte contre l'iatrogénie est inscrite dans les objectifs de la loi de Santé Publique de 2004(93).

En France, on estime que parmi les effets indésirables des médicaments, 30 à 60% seraient prévisibles et évitables (94). La DRESS a relancé une enquête réalisée en 2004 sur la iatrogénie dans les hôpitaux français. Entre 2004 et 2009, l'enquête met en évidence une augmentation non significative du nombre d'hospitalisations en service de médecine causées par des effets indésirables graves ; respectivement 4,7% en 2002 contre 5,3% en 2009. Parmi l'ensemble des hospitalisations étudiées, l'enquête estime à 2,7% les séjours hospitaliers causés par des effets indésirables graves évitables en 2002 et 3,2% en 2009 (95).

Parmi les différentes causes de iatrogénie, la premier facteur est le nombre en valeur absolue de médicaments consommés par jour(96). Le problème de la polymédication est la hiérarchisation des priorités chez les patients. En effet, les médicaments prescrits sont certes légitimes pour chaque pathologie ou pour chaque symptôme. Toutefois, la science est pour le moment incapable d'évaluer l'impact réel sur la santé de cette polymédication à titre individuel. De ce fait, le choix entre le risque iatrogénique et le risque des complications des pathologies est rendu très difficile pour les professionnels de santé. Dans la littérature, on commence à voir apparaître les notions de « polymédication appropriée » et de « polymédication inappropriée »(97),(98,99).

Toutefois, on estime que l'ajout d'une nouvelle spécialité augmenterait de 12 à 18% le nombre d'effets indésirables et que ceux-ci sont en lien direct avec la multi morbidité (100).

Ces notions apparaissent dans les CRH puisque une bonne partie des modifications de traitements sont explicitées et justifiées.

Le nombre de correspondants des CRH, du compliqué au complexe ?

Il est intéressant de noter la différence du nombre de correspondants auxquels les CRH sont adressés entre les deux services ; **en moyenne 7,2 correspondants pour la médecine interne et 1,8 en gériatrie.**

Cette donnée met en évidence que la gériatrie hospitalière est clairement une spécialité à part entière. Les gériatres sont un recours médical à des problématiques complexes liées à l'âge. Ils deviennent un intervenant médical de prise en charge holistique unique chez les personnes âgées regroupant l'ensemble des pathologies qu'ils pourraient présenter. Mais cela est également dû au mode de recrutement. Le service de gériatrie a clairement énoncé les critères d'hospitalisation ; les patients doivent être âgé de plus de 75 ans et présenter soit des multi-morbidités, soit des troubles amnésiques affectant son autonomie(101).

A l'inverse, les patients hospitalisés en médecine interne, plus jeunes et plus autonomes seront amenés à parfois être suivis par des internistes et/ou être de nouveau hospitalisés, mais également être suivis par d'autres spécialités médicales ou chirurgicales lors de consultations ou d'hospitalisations.

Systématisation de recherches des déterminants de santé

Systématiser la recherche des déterminants pour améliorer leur transmission

Parmi les déterminants de santé étudiés, on peut remarquer qu'intégrer certains déterminants dans le CRH types, permet d'améliorer leur transmission aux professionnels de santé partenaires.

En effet, pour la gériatrie, le CRH type demande aux internes en médecine qui dictent la première version de préciser systématiquement le score GIR, l'IMC, le poids, la clairance de la créatinine, l'albuminémie et le taux de 25-OH-Vitamine D. Ceci est aussi encouragé par une biologie type proposée à tous les patients entrants dans le service. Ceci permet donc des scores importants en termes de présence dans les CRH autour de 71% à 84% de remplissage.

Seules deux valeurs ne sont pas renseignées, la 25-OH-Vitamine D et l'IMC.

Concernant la vitamine D, ceci peut s'expliquer par le fait que ces carences sont systématiquement compensées selon un protocole. Le respect de celui-ci ne propose pas un contrôle biologique à distance systématique.

Concernant l'IMC, la taille est nécessaire à son calcul. Ceci peut être en partie expliqué par un plus grand nombre de patients alités, ce qui complique la mesure. Des modes de calculs existent pourtant à partir de la longueur des membres inférieurs bien que cela soit moins fiable. Cependant, cette raison ne permet pas d'expliquer ce faible taux. Les patients de gériatrie sont évalués sur le plan de la dénutrition par un ensemble de signes cliniques et biologiques. L'IMC n'est pas le seul déterminant pertinent. Dans un second temps, le poids peut-être un bon indicateur de suivi.

En médecine interne, ces valeurs sont moins présentes. Par contre, l'observation médicale d'entrée intègre systématiquement les questions de la consommation d'alcool et de tabac. Ceci entraîne alors une forte représentation de ces questions dans les CRH de médecine interne. Cette approche est rentrée dans les habitudes du service. Cela se retrouve dans la sémantique des CRH puisque l'on retrouve à 27 reprises l'expression « absence d'intoxication éthylo-tabagique ». On peut voir que le signe négatif est donc très fréquemment employé.

En revanche, en gériatrie la consommation d'alcool n'est évoquée qu'à 3 reprises. Bien qu'il soit difficile d'évaluer la prévalence des difficultés avec l'alcool chez les personnes âgées, les chiffres avancés ne sont pas négligeables. Selon la Société Française d'Alcoologie et la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie, 6 à 9% des « aînés » hospitalisés seraient identifiés comme alcoolo-dépendants et 14% dans les services d'urgences (102).

Enfin, on remarque que dans l'unité de cardio-gériatrie, tous les courriers contiennent un préambule énonçant les facteurs de risques cardiovasculaires. Ces courriers sont dictés par des internes de cardiologie en stage en gériatrie. Bien que pas systématiquement pertinents pour la prise en charge, ces éléments sont recherchés et notés systématiquement.

La systématisation ne garantit pas l'utilisation des déterminants

Systématiser la recherche de certains déterminants permet effectivement d'augmenter l'intérêt qui leur est porté, **mais ils ne sont pas pour autant systématiquement intégrés ou utilisés dans la prise en charge.**

On retrouve cela avec notamment la question de l'âge et du sexe des patients. Dans tous les CRH étudiés, ces deux informations sont explicitement données, mais elles ne sont pas utilisées par la suite dans les CRH comme éléments de la prise en charge.

On retrouve cela avec l'exemple du cancer du sein, puisque dans l'ensemble des CRH de médecine interne il n'est évoqué qu'à une seule reprise. Ceci met en évidence que les services hospitaliers sont dans ce cas fournisseur de soins de second recours et qu'ils ne s'approprient pas la prévention de premier recours. Ceci est légitime puisque le dépistage est organisé en ambulatoire. Toutefois, les chiffres montrent que seulement un peu plus de la moitié des femmes de 50 à 74 ans éligibles en bénéficient.

L'Institut National du Cancer avance un taux de participation de la population cible de 52,1%, taux auquel il faut rajouter une estimation de 10 à 15% de dépistage individuel (103).

La coordination Ville-hôpital

Expliciter les choix pour améliorer le parcours de santé

A plusieurs reprises dans l'analyse des CRH, on observe des modifications de traitement, des décisions de prise en charge qui ne sont pas clairement expliquées. Autant ces choix peuvent paraître évidents, ils ne le seront toutefois pas toujours pour les autres professionnels à qui les CRH seront adressés.

Concernant les adaptations de traitements pour diminuer les risques de chutes par exemple ; un-tiers seulement sont clairement expliqués. Concernant l'insuffisance rénale omniprésente en gériatrie, les choix thérapeutiques ne sont pas expliqués à la lumière de ce facteur de risque alors que cela est une préoccupation constante des gériatres.

L'argumentation des choix thérapeutiques est primordiale pour répondre à une meilleure observance des prises en charge proposées.

En effet, il est décrit que l'organisation des soins a un impact important sur l'observance des patients (104). A tel point que l'observance diminuerait en fonction de l'augmentation du nombre de prescripteurs(105). Une première explication réside dans le fait que l'observance se joue sur la durée d'une relation médecin patient qui permet d'identifier progressivement les différents éléments qui déterminent les pratiques individuelles et permet alors de trouver ensemble des solutions pour y remédier.

D'autre part, dans l'organisation des soins, si les professionnels de santé tiennent des discours non cohérents sur des prises en charges comme notamment la hiérarchisation des priorités de soins, le patient pourra se questionner légitimement sur leurs pertinences. **De ce fait, expliciter les choix thérapeutiques ou de soins en général permet à l'ensemble des professionnels de santé de comprendre les enjeux de la prise en charge au-delà de leurs champs de compétence. C'est dans l'intégration de cette complexité que se joue le travail interdisciplinaire.** Les professionnels de santé ne pourront s'approprier des modifications de traitements ou de prises en charges sans en connaître les raisons qui poussent à ces changements. Ceci est d'autant plus important que l'observance des patients diminue avec le manque de conviction des professionnels de santé.

Afin d'agir de façon responsable, selon les termes vus précédemment, faire face à la réalité « Handling reality » nécessite de comprendre et de tenir compte de l'ensemble des éléments qui participent à la complexité de la situation. C'est en analysant les tensions créées par cette complexité, par des objectifs parfois opposés, qu'il faut pondérer, hiérarchiser les priorités afin de pouvoir prendre une décision de façon autonome : « Acting autonomously ».

De l'argument d'autorité à l'éthique de la discussion

C'est ainsi par exemple que les décisions d'abstention d'explorations complémentaires mériteraient d'être plus amplement expliquées ainsi que les conditions de ces décisions. Par exemple, sur l'initiative originale de « consultation d'éthique », le CRH reprend les éléments en faveur et en défaveur de la pose d'une sonde de GPE. Toutefois, rien ne laisse transparaître les échanges qui ont eu lieu ou même ce qui a fait trancher la décision vers une des deux possibilités. Par ailleurs, la composition de cette « consultation d'éthique » et les modalités d'exercice ne sont pas décrites. L'absence de ces éléments de qualité à la démarche éthique transforme alors une décision collégiale animée par des personnes engagées dans les réflexions éthiques en un argument d'autorité derrière lequel il convient de se ranger.

Les professionnels de santé ambulatoires prenant habituellement en charge le patient ont-ils été associés à la discussion ? L'information n'est pas fournie. **Les conditions à remplir pour l'exercice d'une éthique de la discussion ne sont donc pas précisées.** Et au même titre que pour l'évaluation d'une étude scientifique, dans le cadre de discussion autour de problématiques éthiques impliquant des prises de décisions sur la santé des personnes, la méthodologie de la démarche se doit d'être de qualité. Dès lors, si les conditions ne sont pas réunies ou connues, l'avis prononcé par ce comité perd de sa pertinence.

Expliquer le sens de la prise en charge des troubles cognitifs pour transmettre cette culture médico-sociale aux médecins généralistes

Concernant les troubles cognitifs, les CRH sont pauvres en explications concernant les prises en charge. Par ailleurs, la phase 1 de ce travail a mis en évidence que les médecins généralistes s'interrogeaient sur les ressources disponibles pour la prise en charge, certains déplorant l'absence de traitement. Les paramédicaux mettaient en évidence que la prise en charge n'était pas curative mais qu'elle résidait dans un accompagnement des patients et des proches.

C'est bien un travail de pédagogie qui permettrait de transmettre cette culture de prise en charge médico-sociale aux médecins généralistes. **Intégrer dans les CRH le contenu de la prise en charge dans cette visée médico-sociale de la prise en charge des troubles cognitifs pourrait permettre aux médecins généralistes de progressivement se les approprier.**

Il en va de même avec les objectifs attendus des aides à domicile mis en place au cours de l'hospitalisation.

Le temps de secrétariat, un temps précieux d'amélioration de la qualité des soins.

L'analyse des temps d'envoi des CRH met en évidence que le principal facteur limitant est le temps de secrétariat pour la rédaction du CRH.

Ceci est primordial pour la qualité des soins puisque l'on sait qu'il existe une diminution des re-hospitalisations dans les 3 mois lorsque le médecin traitant est en possession du CRH (106). La problématique du délai de réception des courriers est constante dans la littérature. Toutefois, un travail de thèse dans la région où l'étude a été réalisée met en évidence que les médecins généralistes sont satisfaits si le CRH leur arrive dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation (107). Leur niveau d'exigence est semblable à celui retrouvé dans la littérature (108)(109).

Ceci met en évidence qu'une mesure principale pour améliorer la qualité des soins des patients en sortie d'hospitalisation est d'optimiser ce temps de secrétariat.

De l'intérêt pour la prise en charge médico-sociale

Les résultats mettent en évidence que le contenu et les objectifs des interventions sociales chez les patients sont faiblement explicités dans les CRH. Ceci est très surprenant puisque les professionnels de santé ambulatoire sont le plus souvent en première ligne exposés aux travailleurs sociaux et aux prises en charges médico-sociales.

En gériatrie toutefois, cela est également dû à la création du modèle type de CRH. En effet, une étude dans le cadre d'une thèse de médecine s'est intéressée aux attentes des médecins généralistes concernant le contenu et la forme des CRH (107). Dans ce travail, il avait été demandé aux médecins généralistes de classer par ordre d'importance les informations qu'ils souhaiteraient voir figurer dans les CRH. Parmi ces informations, il leur était aussi proposé de coter des critères de formes des CRH.

Le résultat est surprenant et présenté dans le tableau ci-dessous par ordre décroissant d'intérêt. En italique ce qui relève de la forme du CRH.

Tableau 19 - Attentes sur les contenus des CRH par les MG (issu de Bureau M.L. 2012)

1	Traitement de sortie
2	Motif d'admission
3	Explication des traitements instaurés
4	Explication des changements de traitements
5	<i>Points important devant figurer en surgras</i>
6	Traitements instaurés
7	Le suivi post-hospitalier
8	<i>La structure du CRH</i>
9	L'évolution dans le service
10	Le mode de sortie
11	Le mode d'admission
12	L'anamnèse
13	La durée de traitement à la sortie
14	Les antécédents
15	Le projet social
16	Les informations données
17	Les différents intervenants au cours de l'hospitalisation
18	Les habitus et mode de vie
19	Le traitement d'entrée

On peut voir que les informations relevant vraiment de la prise de premiers recours ambulatoire ne sont pas prioritaires. En effet, le projet social ou les habitudes et mode de vie sont faiblement sollicités.

Ces attentes montrent que la prise en charge globale s'arrête encore pour les médecins généralistes au stade des pathologies somatiques. La place de la médecine médico-sociale dans leurs pratiques reste encore à valoriser.

Un CRH est-il un courrier de sortie ?

Ces résultats concernant les médecins généralistes mettent également en perspective le sens perçu du CRH. En effet, le CRH comme « Compte Rendu d'Hospitalisation » devrait avoir pour contenu une synthèse et un état des lieux des problématiques rencontrées au cours de l'hospitalisation. Toutefois,

il est important pour les médecins généralistes d'intégrer les données médico-sociales pour optimiser la qualité des prises en charge proposées qu'ils coordonnent en milieu ambulatoire.

C'est ainsi que dans les pays anglo-saxons notamment, ils différencient le Compte-rendu (Report) du courrier de sortie (Discharge letter). Le premier est une synthèse de l'hospitalisation, le second est un courrier adressé aux professionnels de santé pour optimiser la prise en charge lors de la sortie de l'hospitalisation. Ce dernier est donc plus organisé autour du projet de santé proposé, du travail de médico-social mais également des modes de coordination (106,110–112). **Ceci part d'un constat, celui de la majoration des ré-hospitalisations et de leur délai lié à des lacunes de communication entre les différents professionnels de santé entre l'hôpital et l'ambulatoire(113).**

Il est d'ailleurs étonnant de noter que seulement à 7 reprises les CRH contiennent un interlocuteur hospitalier clairement identifié en cas de besoin pour les patients ayant déjà séjourné dans les services. Cela pourrait diminuer le nombre de passages par les services des urgences pour les hospitalisations prochaines. Les médecins décrivaient clairement dans la phase 1 que le fait de connaître les confrères de façon individuelle permettait d'améliorer le travail de coordination. Mais cela dénote une pratique médicale d'une grande inégalité d'accès aux soins. Il est important de répondre aux besoins de tous en coordination sans qu'un médecin ait un carnet d'adresse bien fourni depuis des années. L'organisation des soins doit résoudre cette problématique.

En gériatrie, le service des infirmières coordinatrices permet de réaliser ce travail, toutefois, il n'est pas clairement expliqué au sein des CRH sauf à deux reprises. Néanmoins, le numéro des infirmières est systématiquement communiqué puisqu'il est inscrit dans la colonne de gauche contenant l'ensemble des contacts du service.

Par ailleurs, en ce qui concerne les attentes des services hospitaliers **à la sortie des patients, les tâches de chaque professionnel ne sont pas clairement identifiées.** De nombreux professionnels sont cités, concernés et même impliqués, mais le plan de prise en charge est rarement clair en pratique. Qui fait quoi ? comment s'assure-t-on que les objectifs sont tenus ? Et par qui ? En effet, on remarque par exemple que les demandes d'examens complémentaires ne sont pas précisées si elles ont déjà eu lieu ou non et qui doit s'engager à l'organiser.

Le premier frein à la mise en place de ces deux documents est le temps supplémentaire qu'ils pourraient exiger. Toutefois, un document commun au sein du DMP du patient et accessible aux différents professionnels avec l'ensemble de ces informations pourrait simplifier ces échanges et valoriser l'ensemble des éléments qui sont nécessaires pour une prise en charge globale médico-sociale pourtant soutenue sur le principe par la médecine générale(38).

Le DMP, une solution de médecine intégrée

La question des modalités d'envoi des CRH est également posée. Les médecins généralistes préfèrent la voie postale bien que celle-ci rallonge le délai de réception(107).

Dans ce cas, la place du DMP, déjà évoquée dans la discussion de la phase 1 a toute sa place. Il permettrait de diminuer le délai et il serait consultable par tous les professionnels de santé prenant en charge le patient pour lequel il a donné son accord. **En effet, bien que le destinataire principal des CRH reste les médecins, les données y figurant sont tout aussi importantes pour les autres professionnels de santé travaillant avec les patients, notamment dans les pathologies chroniques (infirmiers, kinésithérapeute, orthophonistes, ...).**

Cette réflexion rentre également dans la vision de la médecine intégrée qui va au-delà de la coordination interprofessionnelle. Il existe des logiciels interprofessionnels médecins et paramédicaux. Toutefois, ceux-ci sont uniquement destinés aux professionnels ambulatoires. **L'hôpital n'est actuellement pas intégré dans le parcours de santé pour ces logiciels (114).**

Remettre le patient au cœur du CRH

Un des éléments surprenants dans l'analyse des CRH est d'observer comment le patient y est absent. En effet, l'ensemble des éléments s'intéressent à une prise en charge globale, en mobilisant l'expertise d'autres professionnels de santé ou sociaux. Les CRH s'intéressent même à relever comment les avis des familles ont été recueillis lors d'entretiens formes ou informels. Cependant, ce n'est que très rarement que l'avis des patients y est évoqué, et les rares cas concernant les situations où les patients refusent une prise en charge, c'est-à-dire une appréciation purement négative.

Transformer une donnée en une information

En gériatrie, les CRH contiennent un paragraphe intitulé « Mode de vie ». Celui-ci contient des données sur l'entourage, l'autonomie des patients avant l'hospitalisation, mais aussi sur les conditions de vie et les aides à domicile.

La place de l'entourage

L'entourage du patient est quasi systématiquement cité, mais quasiment jamais explicité. En effet, le plus souvent, l'entourage est simplement référencé comme la distance spatiale entre le patient et un proche.

Ceci met en évidence que ce n'est pas tant l'isolement qui est mentionné, mais plutôt les ressources disponibles pour organiser un relai de prise en charge ambulatoire.

Cette recherche est pertinente puisqu'il a été décrit que la « distance résidentielle » permettrait aux personnes de retarder leur entrée en EHPAD (115). Cette donnée devient donc un déterminant social de santé.

Toutefois, il est également décrit que l'isolement social et familial sont « des signes prédictifs clairs de dépression chez les personnes âgées » (116). Par ailleurs, une étude de 2013 a montré que l'isolement social et la solitude étaient associés à une augmentation de la mortalité (117). Néanmoins, l'effet de la solitude n'est pas indépendante des caractéristiques démographiques ou des problèmes de santé et ne contribue pas en soi au risque d'isolement social.

En France, l'isolement résidentiel augmente avec l'âge (118). Chez les 60-65 ans, 63,7% des personnes vivent seuls, contre 82,3% chez les 73-78 ans et 94,2% chez les 84-89 ans.

Toutefois, il ne suffit pas de lutter contre l'isolement résidentiel. En effet, il est décrit dans la littérature depuis de nombreuses années que « isolement résidentiel et isolement social ne coïncident pas nécessairement » et que « l'isolement social affecte davantage les personnes socio économiquement faibles »(119). Concernant la fréquence des visites de la famille, l'enquête informe qu'elles sont évaluées à 18% comme très fréquentes, 30% comme fréquentes, 29% comme « de temps en temps » et 11% comme jamais ou presque (118).

Dans les résultats, on peut observer que l'isolement relationnel n'est pas explicité dans les CRH dans ce qu'il a de complexe. Ce n'est pas le rapprochement spatial qui réduit de fait l'isolement social. C'est pourquoi, il serait intéressant de faire rentrer dans les CRH la notion d'isolement relationnel ou social comme déterminant social de santé en plus de celui de « distance résidentielle ». La description des liens relationnels est importante.

Enfin, bien que le fait de vivre en couple permette de se sentir moins seul, le sentiment de solitude n'est pas directement lié à ce fait (120). En effet, les critères de la solitude sont définis par :

- les incapacités physiques
- l'appauvrissement du réseau social
- la probabilité plus grande de perdre son conjoint
- les difficultés de transport

Toutefois, l'isolement social et la solitude agissent sur la qualité de vie et le bien-être (117). Les trois-quarts des personnes se sentent seules dont 1/3 se sentent seules souvent ou très souvent. Ce sentiment augmente en fréquence avec l'âge (118).

Ceci est à mettre en parallèle à d'autres études qui insistent sur les attentes des personnes vieillissantes. **Le maintien des contacts sociaux, notamment avec les enfants et la famille, jouait un rôle au moins aussi important qu'un état de santé satisfaisant.** A la question sur les déterminants de leur qualité de vie, les patients interrogés de 65 à 86 ans répondent à 66% le maintien des contacts sociaux (59% chez les plus de 85 ans) contre 29% pour la santé (10% chez les plus de 85 ans)(83).

Dans la visée d'une médecine holistique et centrée sur la personne, il est donc primordial de tenir compte de ces données et de favoriser l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

Cela passe donc aussi par la lutte contre l'isolement social et la solitude.

Les limites de l'autonomie fonctionnelle ?

Au sein des CRH, l'autonomie des patients se concentre sur l'autonomie fonctionnelle des patients.

Ceci s'explique aisément par le fait que les professionnels de santé sont formés pour restaurer des normes et des habilités fonctionnelles (121). Mais cette approche ancrée dans la culture médicale peut créer des barrières aux soins pour les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie (122). En effet, car la culture médicale situe le problème à un niveau individuel dont la solution se situe dans les mains du clinicien au sein de la relation médecin patient. C'est pourquoi la prise en charge des déterminants sociaux de santé est quelque chose qui peut encore être qualifié de difficile en médecine. Les médecins se sentent démunis face à des pathologies bien réelles dont ils ont l'habitude, mais dont les étiologies sont en partie liées à une autre échelle, celle d'une société.

Or il convient de ne pas médicaliser des problèmes sociaux. On ne peut pas demander aux professionnels de santé de résoudre ce que la société doit prendre en charge.

Par ailleurs, une recherche de fréquence de mots montre que le terme autonomie est nettement plus présent que celui de dépendance ou de handicap dans les CRH étudiés.

Le mot « Autonomie » et ses variantes est employé à 81 reprises, contre 19 pour le mot « Dépendance » ou 29 pour le mot « Handicap ». Le choix des mots est important car « On ne dira jamais assez que les représentations sociales et les politiques publiques qui en découlent sont d'abord véhiculées par le langage »(123).

En effet, le terme « dépendance » semble être de plus en plus évacué dans le langage des CRH au profit de celui d'autonomie et de son corollaire, « perte d'autonomie ».

Le terme de « dépendance » que l'on retrouve associé aux personnes âgées est également favorisé par la différence qui est faite en France au simple fait de l'âge (124). En effet, une personne qualifiée en situation de handicap et pouvant bénéficier d'une Allocation Adulte Handicapée deviendra à l'aube de l'âge du passage à la retraite une personne dépendante pouvant solliciter une Allocation Personnalisée d'Autonomie. **On parle alors d'« adultes handicapés » et de « vieux dépendants »(125).** Ceci donne l'impression que la dépendance est liée à l'âge alors qu'elle est consubstantielle à la vie en société.

« Il ne peut y avoir de société des individus que par reconnaissance de la nécessaire solidarité entre eux. La solidarité est en effet la dépendance réciproque qui de fait s'exerce entre les individus liés entre eux de telle sorte que ce qui arrive à l'un d'eux retentit sur l'autre ou sur les autres »(126).

En remettant en cause cette scission handicap/dépendance sur un critère d'âge, les concepts et la définition du handicap paraissent alors tout à fait pertinents pour comprendre la perte d'autonomie.

Les nouvelles approches conceptuelles autour du handicap, mettent en évidence la place de l'environnement social des personnes comme un facteur déterminant du handicap. En effet, un comportement selon le milieu environnant ne provoquera pas la même situation de handicap ou de dépendance.

Dans les CRH, la perte d'autonomie est évaluée quasi exclusivement sur l'autonomie fonctionnelle évaluée sur le score GIR. **Cette approche ne tient pas compte ni de l'autonomie décisionnelle, ni de l'environnement social dans lequel les personnes évoluent.** En effet, dans les parties intitulées « Mode de Vie », le score GIR apparaît le plus souvent et en écho aux indicateurs gériatriques à la fin du document, mais il ne sera jamais analysé et explicité en lien avec l'environnement des patients. Ceci participe à véhiculer cette approche médicale très somatique et fonctionnelle de la prise en charge des personnes.

Il convient alors d'intégrer de nouveau les personnes dans un projet de soins global pour atteindre un projet de santé pour leur permettre de réaliser un projet de vie singulier.

Des représentations des professionnels sur le vieillissement

L'ensemble des éléments vus précédemment interroge sur la manière dont les professionnels de santé, et les médecins en l'occurrence, véhiculent leurs représentations du vieillissement. Ceci se voit notamment par les expressions contenues dans les CRH, mais aussi par les éléments qui n'y figurent pas.

Les modes de vie en deuxième partie de vie

Parmi les expressions les plus courantes, on peut s'interroger sur les expressions « types » comme par exemple « célibataire sans enfant ». **Le célibat n'est évoqué qu'en association avec l'absence d'enfant. Les autres patients ayant des enfants et vivant seuls sont tous qualifiés de veufs.** On peut voir alors qu'il n'est pas spontanément intégré qu'une personne veuve puisse avoir fait le choix du célibat dans une deuxième partie de sa vie. Là encore, ce n'est pas la situation de la personne qui intéresse les médecins mais les opportunités d'aide à la prise en charge.

La sexualité

Parmi ce qui n'apparaît pas dans les CRH : la sexualité des patients. Ceci est vrai dans les deux services. **Le retentissement des pathologies sur la sexualité n'est jamais évoqué.** Il est pourtant une réalité et ce quel que soit l'âge des patients ici étudiés. La prévalence de l'activité sexuelle décline avec l'âge mais les chiffres restent importants ; l'activité sexuelle est présente chez 73% des 57-64ans, 53% chez les 65-74 ans, et 26% chez les 75-85 ans (127). **Aborder cette question avec les personnes vieillissantes est d'autant plus pertinent qu'il existe des difficultés sexuelles augmentant avec l'âge.** Chez les femmes, le premier problème concerne une diminution du désir pour 43% et des insuffisances de lubrifications vaginales dans 39% des cas. Pour les hommes, le problème principal concerne des troubles de l'érection dans 37% des cas (127).

Le fait que la question ne soit pas évoquée dans les CRH de médecine interne montre également le statut encore particulier que 'on confère à la santé sexuelle. Les patients sont gênés d'en parler lorsque les conditions ne sont pas favorables à l'échange, et les médecins déclarent ne pas vouloir rentrer dans l'intimité des personnes (128–130). Il revient donc bien évidemment aux professionnels de santé de faire l'effort d'aborder ce sujet avec les patients et d'être capable, avec l'accord des patients, de l'aborder avec les autres professionnels de santé comme un autre sujet de santé.

En faisant de la sexualité un sujet rare, les médecins véhiculent par leurs pratiques professionnelles une étiquette particulière à la santé sexuelle. En effaçant cette problématique des pratiques, les médecins finissent par la stigmatiser.

Des troubles anxio-dépressifs

On peut remarquer que les signes négatifs des troubles anxio-dépressifs n'apparaissent pas dans les CRH. Le présent travail ne questionne pas si cela est réalisé au sein du service, mais simplement s'il a été réalisé, qu'il n'est pas communiqué aux partenaires ambulatoires. C'est une information intéressante à donner aux professionnels de santé qui n'ont pas l'opportunité de voir les patients pendant de longues heures successives comme en hospitalisation.

Concernant les personnes vieillissantes, les données sur les troubles anxio-dépressifs sont difficiles à trouver, cependant on estime les symptômes dépressifs à 15% et les syndromes dépressifs majeurs à 3% (131).

Au sein des CRH des patients présentant des troubles anxio-dépressifs, le retentissement psychiatrique est clairement explicité ainsi que les causes ou les facteurs favorisant ces symptômes. **Par contre, le retentissement fonctionnel de ces troubles n'apparaît pas. Pourtant, comme il a été vu précédemment, avec les troubles cognitifs, les troubles anxio-dépressifs ont un impact fonctionnel sur le quotidien, le comportement et le mode de vie des personnes.** L'impact sur la santé est donc présent mais difficilement évaluable. Toutefois, il pourrait être intéressant de prendre en charge les troubles anxio-dépressif avec aussi la vision du retentissement fonctionnel sur les personnes et les conséquences pour la santé. **C'est alors que les troubles anxio-dépressifs pourront être pris en compte comme déterminant de santé.**

L'impact du regard des plus jeunes ?

On peut noter toutefois que dans ces deux services, ce sont les internes qui dictent les CRH. Ils sont relus par les médecins seniors du service et corrigés. On peut penser que ceci puisse avoir un impact sur le contenu de ces CRH. Mais ce travail ne permet pas de l'affirmer.

Phase 2 – Conclusion

Cette deuxième phase s'intéresse à la prise en charge des déterminants de santé liés au vieillissement et a permis de mettre en évidence que seuls les déterminants de santé dont la recherche et l'inscription sont systématisées dans les CRH sont vraiment transmis aux autres professionnels de santé.

La transmission des informations aux autres professionnels de santé répond donc à une politique de service. Chaque service se concentre sur un certain type de pathologies ou de facteurs de risques, ce qui implique une hétérogénéité entre les services.

Par ailleurs, on remarque que la prévention primaire est très peu représentée dans les CRH. Il est donc acté par l'hôpital que celle-ci doit être réalisée en milieu ambulatoire. L'hospitalisation n'est pas ressentie comme le moment pertinent pour faire le point sur la prévention primaire. La prise en charge des patients est guidée par la résolution d'une problématique aiguë, qu'elle soit d'ordre médicale seulement ou médico-sociale.

D'ailleurs, cette prise en charge médico-sociale n'est pas valorisée dans les CRH à l'attention des médecins généralistes. Cependant des travaux précédents ont montré que cela ne correspondait pas aux attentes des MG qui souhaitent un vrai résumé d'hospitalisation plutôt que des recommandations de soins dans le cadre d'un parcours de santé. Ceci montre qu'ils attendent des services hospitaliers une réponse à une problématique aiguë qui est de leur responsabilité. Les hôpitaux répondent dans ce cas à cette demande. En effet, les carences en termes de coordinations des soins retrouvées dans les CRH ne semblent pas être un problème pour eux puisqu'ils se voient au centre de la prise en charge pluridisciplinaire. Toutefois, ceci est dommageable puisque les professionnels de santé n'optimisent pas les soins offerts aux patients. L'efficacité de l'organisation des soins ne semble pas être pour les acteurs concernés une problématique principale dans le transfert ville-hôpital, chaque secteur restant alors centré sur ses problématiques propres.

Ceci se fait toutefois au dépend des patients qui ne se retrouvent pas au centre de ces échanges d'informations. Les problématiques propres des patients ne sont donc pas transférées entre les professionnels. Ceci est de plus renforcé par les représentations du vieillissement par les professionnels de santé qui ont un impact sur le contenu des CRH.

Enfin, concernant les carences des prises en charges des médecins généralistes à propos de certains déterminants de santé, les spécialistes hospitaliers auraient intérêt à mieux expliquer ou justifier les objectifs qu'ils fixent dans les prises en charges réalisées. En effet, lorsque les décisions prises au

cours des hospitalisations ne sont pas explicitées dans les CRH, il est difficile pour les autres partenaires d'en comprendre la pertinence ou l'importance.

Dans une visée éthique, cela permet d'expliquer comment les services exercent leurs responsabilités de prise en charge et de diffuser une culture gériatrique d'accompagnement centrée sur les personnes. Il est important de poursuivre le changement de regard sur les personnes vieillissantes ; il ne faut plus regarder les personnes avec ce qu'elles ont perdu, mais avec ce qu'elles ont encore (124).

Phase 3

Phase 3 - Introduction

Au cours des résultats et des discussions de la phase 1 et 2, nous avons donc mis en évidence un certain nombre d'éléments importants :

- Les déterminants de santé à utiliser sont médicaux et sociaux. La place de l'environnement est essentielle pour une prise en charge pertinente.
- L'intégration des données de santé publique dans la pratique clinique peut être un moyen d'aller vers plus de justice sociale dans les soins
- L'exercice d'un travail interdisciplinaire implique des transferts de compétences dont les champs restent à définir entre les professionnels de santé. Un travail sur certaines résistances médicales reste à mener.
- Le patient ne doit plus simplement être adressé aux différents « guichets » des professionnels de santé, qui se chargeront d'essayer de coordonner leurs activités. La médecine intégrée permet de rendre le patient acteur et au centre de sa prise en charge.
- Cette intégration est actuellement en cours de réflexion au sein des structures libérales comme les MSP. Mais l'intégration doit se poursuivre dans le passage entre la ville et l'hôpital.

Ces conclusions nous ont poussés à étudier un cas particulier de coordination ville-hôpital en y recherchant ces éléments vus précédemment.

Nous présentons donc ici l'activité d'une forme de coordination ville-hôpital en gériatrie du CHU de Poitiers.

Cette phase 3 a été l'occasion d'une publication dans la revue Soins Gériatrie en Mai/Juin 2014.

Nouvelles formes de coordination paramédicale en gériatrie

«Extrait de : Tudrej BV, Hervé C, Pradere C, Besse L, Alonso L, Quoirin É, Lardeur J.Y, Paccalin M.
Nouvelles formes de coordination paramédicale en gériatrie.
Soins Gériatologie. 2014 May;19(107):20–4.
Copyright © 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés ».

Introduction

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelle aux professionnels de santé leur obligation d'un travail interdisciplinaire : « Il ne peut y avoir de système de distribution de soins de qualité, sans une coopération accrue entre tous les acteurs de santé »(132).

Il est intéressant de réfléchir sur les enjeux éthiques posés par une approche pratique de la coordination des soins. Nous nous concentrerons sur quatre enjeux principaux :

- le partage de responsabilité dans cette coordination des soins ;
- le type de déterminants de santé à détecter par les professionnels de santé ;
- l'intégration de la vulnérabilité des personnes dans la coordination ;
- la place qu'occupe cette coordination des soins dans la formation médicale.

La notion de "parcours de soins" est répandue dans les institutions médicales et de santé publique. Les structures se sont approprié ce concept et souhaitent le développer dans l'avenir. C'est ainsi que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) soutient une approche de "parcours" où la coopération interprofessionnelle devient une nécessité au bon exercice de la médecine. C'est d'ailleurs ainsi que le HCAAM a distingué dans ses travaux la fonction de « synthèse médicale » et celle de « coordination soignante et sociale »(133).

C'est dans ce contexte qu'il est apparu intéressant de réfléchir à la collaboration dans un système de coordination des soins ville-hôpital existant dans le cadre du vieillissement.

Méthode

Le cas d'étude proposé ici concerne le système de coordination ville-hôpital de gériatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers (86), qui s'articule depuis 2003 autour de deux infirmières. Elles centralisent la coordination grâce à un numéro de téléphone unique. Le service de gériatrie du CHU comporte 79 lits de court séjour dont 8 lits cardio-gériatriques, 101 lits en soins de suite et de réadaptation (SSR) dont 10 dans une unité cognitivo-comportementale (UCC) et 97 lits en unité de soins longue durée (USLD).

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les deux infirmières coordinatrices. L'une étant responsable du lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(Ehpad), et l'autre avec les professionnels libéraux. Un entretien semi-directif a également été réalisé avec le médecin impliqué dans l'organisation du service de gériatrie et du service de coordination. Il est un des référents du réseau ville-hôpital du Grand Poitiers qui coordonne des prises en charge complexes à domicile.

Une trame d'entretien en cinq parties a permis d'aborder les raisons qui ont poussé à la création de cette coordination, le fonctionnement du système, la démographie des appels téléphoniques, les déterminants pour orienter les patients dans le parcours de soins, et les critères de satisfaction par les différents partenaires et les patients. Les entretiens ont été enregistrés et des verbatim rédigés.

Résultats

Ce service se justifie car plus d'un quart des patients admis aux urgences relèvent de la gériatrie. Nombre d'entre eux sont hébergés pour la gériatrie, d'autres ne nécessitent pas d'hospitalisation. Le système de coordination des soins a pour but de fluidifier le parcours de soins des patients relevant de cette filière et d'éviter les passages inutiles par les urgences.

Un numéro d'appel unique a été créé. Cette ligne téléphonique est gérée par les deux infirmières (IDE) coordinatrices qui sont devenues l'articulation de la plateforme gériatrique de l'hôpital et de ses partenaires ambulatoires. Ce service s'est fait connaître des Ehpad grâce à la convention et aux formations organisées régulièrement dans le cadre de cette convention.

Les appels

Les deux infirmières coordonnent en moyenne une trentaine de situations par jour émanant de médecins coordonnateurs et infirmières d'Ehpad, de médecins généralistes du département, des infirmières libérales, des patients, des familles dont les proches ont déjà été orientés dans cette filière, et des autres services de l'hôpital. Elles sont en particulier en lien direct avec les admissions du service de cardiologie, d'où viennent les patients destinés à l'unité de cardio-gériatrie (les lits étant gérés en commun par une gériatre et un cardiologue). Les infirmières sont en lien direct avec le médecin de l'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière pour l'avis spécialisé auprès des patients hébergés et pour répondre aux demandes des autres services.

Les motifs des appels extérieurs sont variés. Ils peuvent concerner des demandes d'hospitalisations directes, des avis téléphoniques pour des prises en charge spécifiques, des demandes de consultations ou des avis d'orientation dans le parcours de soins des patients. La conversation

téléphonique peut aboutir à un contact direct avec un gériatre qui parfois préconisera le passage par le service des urgences.

La ligne téléphonique est ouverte du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures. En dehors des horaires ouverts, les patients gériatriques sont repérés aux urgences grâce à un filtre élaboré en commun par les gériatres et urgentistes. Si le patient est hébergé, un fax est adressé aux IDE de coordination. Si un avis gériatrique complémentaire est nécessaire sans avoir recours à l'hospitalisation un rendez-vous rapproché de consultation est donné.

L'organisation

Ce travail de coordination est exclusivement géré par deux infirmières. Très occasionnellement, dans des situations limites et complexes, elles font donc appel à un avis médical. Ces avis sont donnés selon les compétences des gériatres (plaies chroniques, neurogériatrie, réadaptation).

Lors du contact téléphonique, les IDE orientent les patients sur des critères médico-sociaux. Si une prise en charge ambulatoire est possible, elles organisent une consultation, font intervenir un réseau gérontologique (le département de la Vienne est globalement maillé de réseaux et/ou centre local d'information et de coordination-CLIC) ou donne un simple avis téléphonique médical ou infirmier. Si les patients relèvent d'une hospitalisation, elles les orientent vers les services gériatriques selon les spécificités des praticiens qui y exercent et tentent d'équilibrer la charge de travail de chaque secteur d'hospitalisation. Les patients sont ainsi admis dans une unité de médecine gériatrique aiguë, ou inscrits, à partir du logiciel Trajectoires, dans une unité de SSR. Elles ont une vision globale, en temps réel, de l'ensemble des patients hospitalisés, des patients hébergés et en attente, et sur la disponibilité à court et moyen termes des places d'hospitalisation (à partir de la planification des mouvements par unité).

En 2012, ont été comptabilisées environ 3 300 admissions en gériatrie dont 612 directes (environ 1 patient sur 5) et 462 au décours d'un hébergement dans une autre unité du CHU. Les infirmières décrivent les déterminants de santé comme médico-sociaux. Les critères d'admission en unité gériatrique sont un âge supérieur à 75 ans et la présence de multimorbidités ou de troubles cognitifs affectant l'autonomie. La qualité de l'environnement familial intervient également dans la priorisation des entrées directes.

Critères de satisfaction

Pour le service, les hospitalisations sont plus pertinentes, et le filtre par compétence gériatrique favorise une meilleure prise en charge. De plus, la coordination globale permet de mieux répartir la charge de travail sur les différents secteurs. Pour le service des urgences, cette coordination permet de diminuer le nombre de passages injustifiés.

Pour les médecins libéraux, ce service est un réel recours pour assurer des prises en charge complexes ou lever des doutes sur une orientation dans le parcours de soins. Le recours de plus en plus fréquent à la coordination est un reflet de leur satisfaction du service rendu.

Pour les Ehpad, cette collaboration permet de limiter les hospitalisations non pertinentes et les passages par les urgences. De plus, les Ehpad ont noté une amélioration des conditions de retour après hospitalisation ou passage par les urgences, révélant l'impact progressif de la culture gériatrique au sein des urgences.

Discussion

Plusieurs éléments de réflexion découlent de cette étude.

Transfert de responsabilité

Du transfert de compétences au transfert de responsabilité ? Bien que le transfert de compétences aux professionnels paramédicaux soit efficace et apprécié par tous les intervenants, il est important de s'interroger sur le transfert de responsabilité. Les infirmières ne font que conseiller. La responsabilité dans la gestion finale du patient est laissée à l'appréciation du médecin traitant.

La coordination des soins est à la fois un acte de soin et un acte de santé publique qui concerne l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge. Ceci est d'autant plus important du fait de la iatrogénie possiblement induite par une hospitalisation non pertinente ou un hébergement hospitalier en attendant une place en gériatrie. Ainsi, le risque de trouble trophique ou de déclin fonctionnel est majoré par une attente trop longue sur un brancard aux urgences ou en raison d'un hébergement dans une unité moins apte à gérer la problématique gériatrique ou par manque de matériel adapté. L'efficacité du soin passe donc par une meilleure coordination du parcours de soins qui devient de fait une exigence éthique du soin. La responsabilité de cette coordination doit donc être assumée et partagée par tous les intervenants.

Des déterminants de santé médico-sociaux de santé publique clinique

Les déterminants médico-sociaux de santé publique clinique (85) existent. Les infirmières expriment très clairement qu'elles sentent le poids de ces déterminants dans leurs décisions de coordination, mais arrivent difficilement à les décrire, les identifier, les valoriser. Dans le cadre du vieillissement, ces critères ont été mis en évidence lors d'un précédent travail(10).

Les gériatres attendent des professionnels de santé d'anticiper principalement quatre déterminants de santé :

- les facteurs de risques cardio-vasculaires ;
- les troubles cognitifs ;
- la dénutrition ;
- les risques de chutes.
-

L'identification de ces déterminants est importante pour cette prise en charge, car plus que dans une autre discipline, les critères sociaux déterminent les possibilités d'une prise en charge en ambulatoire ou le moment de l'hospitalisation (rapide ou temporisable). Les problèmes d'autonomie, de dépendance et les ressources matérielles et physiques de l'entourage sont ainsi intégrés dans les décisions médicales.

Ces problématiques sociales sont souvent à l'origine d'une augmentation de la durée de séjour, source de complications potentielles chez un patient vulnérable : iatrogénie médicamenteuse, complications de décubitus, infections nosocomiales. Il est donc de la responsabilité médicale de prévenir ces complications en diminuant autant que possible les durées d'hospitalisation.

Un travail d'anticipation de ces déterminants de santé médico-sociaux est à faire pour, comme le défend l'HCAAM, « conduire à des séjours moins nombreux, moins longs ou moins répétés, et moins souvent provoqués par une situation d'urgence » (133).

Une « sémiologie » propre à définir

Le but est de sortir des cadres épidémiologiques classiques, souvent simplement médicaux, pour définir les déterminants médico-sociaux afin d'améliorer l'interface ville-hôpital. Ceci est rappelé par tous les travaux nationaux et internationaux (1) sur la prise en charge des personnes vieillissantes. Ces déterminants doivent donc être recherchés par les professionnels. Il s'agit d'une "sémiologie" particulière pour une population sujette à des facteurs de risque particuliers. La place des patients et des professionnels de terrain est essentielle pour définir avec pertinence ces déterminants de santé. C'est ce que font, sans les nommer, les deux infirmières de coordination : elles identifient des

déterminants de vulnérabilité médico-sociale. Ainsi, le concept de vulnérabilité (frailty (134) ou frail elderly) en gériatrie, identifie des caractéristiques médicales comme les facteurs de risque cardiovasculaires, la dénutrition, les risques de chutes ou les troubles cognitifs(10). Mais « si la fragilité est bien une notion médicale, elle est souvent renforcée par une vulnérabilité sociale » (135). Les déterminants médico-sociaux doivent être étudiés et enseignés aux professionnels ambulatoires afin d'améliorer le parcours de santé des personnes vieillissantes.

La recherche sur la collaboration interprofessionnelle en gériatrie est essentielle mais n'a pas vraiment commencé. La spécialité de gériatrie est relativement nouvelle⁴ et de nombreux médecins et infirmières en exercice n'ont eu que peu de formations spécifiques à ces problématiques (136). Ces travaux de recherche impliquent la participation de nombreux acteurs du parcours de soins (137): les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les institutions de santé, les institutions politiques, les associations d'aide aux personnes et bien sûr les patients eux-mêmes.

L'intégration de la complexité des déterminants de santé dans une décision médicale est souvent laissée à la décision du médecin généraliste et de son expérience personnelle. Les professionnels soignants devraient à présent apporter plus à leur patient : pour pouvoir proposer un soin il doit préalablement être scientifiquement valable. Ainsi le soulignait Jean Bernard : « Tout ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique » (138). La compréhension de ces systèmes complexes chez les populations vulnérables devient donc un devoir éthique envers les populations que nous avons le mandat de servir.

Des initiatives sont prises localement.

À Poitiers, ce système de coordination souhaite intégrer la coordination complexe dans le parcours de santé. En Angleterre, un accord vient d'être trouvé entre le National Health System et la British Medical Association pour attribuer aux 100 000 patients anglais les plus fragiles un médecin généraliste coordinateur de leur parcours de soins (139,140). Le but est clairement affiché : diminuer le nombre d'hospitalisations itératives pour soulager les hôpitaux.

La responsabilité sociale des facultés de médecine

Le travail de recherche et d'enseignement que requiert cette nouvelle pratique de la coordination du parcours de soins met la faculté de médecine face à ses responsabilités.

⁴ La capacité de gériatrie a été créée par l'arrêté ministériel du 29 avril 1988. C'est seulement en 2004 qu'est reconnu en France le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 1995 la responsabilité sociale des facultés de médecine comme « l'obligation d'orienter la formation qu'elles donnent, les recherches qu'elles poursuivent et les services qu'elles dispensent vers les principaux problèmes de santé de la communauté, région et/ ou nation qu'elles ont comme mandat de servir » (12).

Dans ce contexte, il est fondamental que la personne soit placée au centre des finalités de toute action institutionnelle (141). Les politiques d'enseignement et de recherche se doivent d'être fondées sur des critères évaluable. Car l'objectif n'est plus le droit à l'accès à la santé pour tous, mais l'efficience de l'accès à la santé pour tous. Bien que l'amélioration des pratiques médicales ne passe pas par les voies réglementaires et législatives, mais bien par l'amélioration de la formation des acteurs et les évaluations des pratiques (142), la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (132) exige des professionnels de santé de rendre des comptes sur leurs pratiques ; cela passe par l'évaluation de l'efficience des soins.

Cette dernière ne peut plus être pensée autrement que dans un parcours de soins. La coordination des soins est donc un nouveau champ à étudier et à enseigner. Cette démarche est nécessaire pour pouvoir rendre des comptes sur les pratiques médicales et justifier des choix d'orientation en répondant à un même principe d'égalité d'accès aux soins.

Cette coordination du soin est en voie d'être valorisée et tout un travail de pédagogie est à réaliser. C'est en ce sens que le programme des examens nationaux classants⁵ 2013 évolue avec la création d'une unité d'enseignement entier intitulé Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle. Par ailleurs, des diplômes niveaux Master⁶ sur la coordination des soins pluri professionnels sont en cours de création.

Conclusion

Des nouvelles formes de pratique de la médecine sont créées quotidiennement. Concernant la coordination des soins, l'exemple de ce service en est une. Cet outil est même devenu indispensable à la qualité des soins des personnes âgées de la région. Parce que cette population est particulièrement vulnérable, elle est la première à souffrir des défauts de coordination dans le parcours de santé. Mais les enjeux médico-sociaux et économiques sont considérables.

Il est de la responsabilité sociale des facultés de médecine de développer des travaux de recherche et des enseignements sur ces pratiques innovantes et efficaces sans s'arrêter sur des catégories

⁵ Concours à l'issue du deuxième cycle des études médicales.

⁶ Diplôme de Master, mention Éthique médicale et bioéthique. Fonctions de coordination dans le système de parcours de santé, université Paris-Descartes.

théoriques factices. **Cette démarche relève d'une approche éthique qui mérite, comme le rappellent les institutions, « la mise en place d'un enseignement et d'une recherche universitaires dignes de ce nom » (143).**

Les professionnels et les enseignants doivent prendre en compte une sémiologie médico-sociale qui identifie des déterminants de santé médico-sociaux propres à cette population vulnérable. Pour réinventer les pratiques de soins dans ce domaine, il est temps de passer de l'éthique de conviction à l'éthique de responsabilité (144).

Phase 3 - Conclusion

La pratique professionnelle de cette forme de coordination ville-hôpital répond à certains points soulevés dans les phases 1 et 2.

Nous avons vu dans la phase 1 que le transfert de compétence n'était pas tout à fait clair pour les médecins généralistes et le cas échéant, les limites de ce transfert encore moins. Toutefois la réalité des pratiques de la coordination des soins réalisés par les IDE dans la phase 3 montre bien que ce transfert de compétence est possible et que les champs de ces compétences sont larges. Les responsabilités attribuées aux IDE sont importantes en termes d'organisation et d'accès aux soins.

Ce mode de coordination est d'autant plus intéressant que les IDE intègrent vraiment une vision holistique de la prise en charge des personnes. De plus, elles intègrent dans leur pratique une démarche d'Evidence Based-Medecine (EBM).

La démarche EBM est définie comme la capacité à prendre des décisions médicales qui reposent sur trois piliers fondamentaux que sont les données actualisées de la science, les circonstances cliniques et les préférences des patients (145). C'est ce que font les deux infirmières qui prennent des décisions en rapport avec les connaissances actuelles de la science (recommandations de prise en charge sur les anémies, les troubles cognitifs, les bilans à réaliser selon les signes cliniques présentés, contexte médico-sociale des patients, présence des aidants,...), elles tiennent compte du contexte clinique (nombre de lits disponibles, répartition par secteurs d'hospitalisation selon les spécialités des autres professionnels,...) et se concertent sur les préférences des patients, notamment pour ceux présentant des pathologies chroniques qui appellent directement le service. Les infirmières intègrent dans leurs décisions les récits de vie des patients, la façon dont le parcours de santé s'intègre lui-même dans un parcours de vie.

Cette démarche permet alors de respecter l'autonomie des patients dans leur choix de parcours de santé personnalisé en améliorant la qualité des soins puisque cela a permis de réduire le nombre de passages inutiles par les urgences.

Les médecins généralistes dans la phase 1 n'envisageaient pas un transfert de responsabilité. L'exercice de coordination géré par les IDE met en évidence une responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs prenant en charge les patients.

Bien que les IDE coordinatrices disent ne pas se sentir « responsables individuellement », elles le sont pourtant, mais elles le sont sur la définition que nous avons évoqué plus haut (discussion phase 1).

Elles le sont d' autant plus qu'elles apportent des compétences particulières dans la façon dont elles pensent les soins de façon holistique en tenant compte des déterminants de santé médico-sociaux.

Dans une visée éthique, c'est probablement par l'intégration de cette démarche EBM, basée sur une rigueur méthodologique et mettant le patient au centre de la prise en charge qu'un tel mode de fonctionnement soit aussi bien accueilli et ait de si bons résultats.

Conclusion(s) du travail

Les trois phases de ce travail ont été construites à partir du résultat suivant : les gériatres, qui sont les spécialistes du vieillissement, demandent aux médecins généralistes de réaliser autant que possible la prévention chez les personnes vieillissantes pour éviter au maximum les hospitalisations évitables et les prises en charges en urgence des situations médico-sociale complexes.

De la phase 1...

A partir de ce résultat, nous avons cherché dans la phase 1 à nous rapprocher des médecins généralistes pour savoir s'ils réalisaient cette prévention et comprendre les limites et les freins qu'ils pouvaient rencontrer. Les résultats, sans équivoque, montrent que les médecins généralistes ne le font pas, ou alors très peu, selon les déterminants de santé en question. Pourtant ces missions sont inscrites dans la loi de Santé Publique depuis 2004.

Concernant la formation médicale, le volet coordination apparaît comme le manquement principal.

La formation initiale reste dans une approche par pathologies et elle est indifférenciée selon le moment d'intervention des médecins (146).

Concernant les médecins généralistes, les programmes du troisième cycle sont basés sur une approche par compétences. « Selon ce modèle, l'acquisition des compétences nécessite que les internes intègrent progressivement des ressources grâce à un apprentissage expérientiel en situation professionnelle authentique ; ils construisent graduellement leurs compétences à partir de celles qu'ils ont déjà acquises. Le rôle essentiel des enseignants est celui de facilitateur d'apprentissage et non de dispensateur de connaissances » (147).

Ce paradigme d'apprentissage devrait permettre de sortir d'un apprentissage par pathologies. Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de modalités de certification validées de ces compétences. On ne peut donc pas s'assurer que la qualité de la coordination interdisciplinaire soit vraiment acquise par les étudiants. Si un étudiant ne se rend pas compte par lui-même que sa prise en charge n'est pas optimale, il ne s'améliorera pas spontanément. Par ailleurs, le CNGE a redéfini les 6 compétences du médecin généraliste dans sa revue vitrine « Exercer ». La compétence 4 s'intitule : Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient. Elle est définie comme la « capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement » (39). Celle-ci place le médecin généraliste comme le

« référent du patient dans l'espace et la durée ». Il est également demandé au MG une collaboration « avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient ».

Or lorsque l'on analyse le travail de thèse réalisé sur les attentes des MG concernant les CRH (107), on peut observer que l'on est loin de ce travail de coordination médico-social. En effet, les informations sociales ne sont pas demandées par les MG, puisque l'intérêt est porté surtout sur le déroulé de l'hospitalisation.

Concernant la prévention, on peut faire le même constat. Le même référentiel métier a défini la compétence 2 : « Education, prévention, santé individuelle et communautaire ». Elle concerne la « capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention » (39). Or, à part les facteurs de risques cardio-vasculaires, les autres éléments de la prévention ne sont pas intégrés dans les pratiques concernant le vieillissement. De plus, il est important de rappeler que tous ces éléments de prévention sont bien intégrés dans la Loi de Santé Publique de 2004, et que cela fait plus de 10 ans qu'elle a été promulguée.

On se retrouve donc face à une problématique éthique forte. La coordination et la prévention font partie du référentiel métier et sont inscrites dans la loi de santé publique, pourtant les médecins généralistes ne les réalisent pas et ne les enseignent pas non plus.

Les médecins réclament pourtant que la coordination et la prévention relèvent de leur responsabilité. Ils avancent que s'ils ne le réalisent pas, cela est essentiellement dû à une problématique d'organisation des soins et de financement. Mais ils ne proposent pas de sortir de ce système, ni ne proposent de solution vis à vis de cette problématique, et ils souhaitent même conserver cette responsabilité.

... par la phase 2...

Face à ce constat, nous nous sommes intéressés aux services hospitaliers pour vérifier si ceux-ci réalisaient cette prévention pour compenser les lacunes du milieu ambulatoire. Les résultats sont mitigés. Si certains déterminants de santé sont bien pris en compte, la prévention primaire reste tout à fait absente des CRH. Les services n'abordent pas la prévention et ne rappellent pas aux professionnels de premiers recours la pertinence de sa réalisation.

En effet, les services hospitaliers sont en mesure d'observer les lacunes en termes de prévention des patients. Les services hospitaliers n'ont pas intégré la prévention primaire dans leurs pratiques et

renvoient le milieu ambulatoire à ses responsabilités. **Mais face à cette réaction, on peut s'interroger sur la responsabilité des services hospitaliers à adresser des patients en milieu ambulatoire sans communiquer sur les risques de re-hospitalisation liés aux carences de prévention.**

Il n'est pas question de réaliser un transfert de compétences en prévention primaire à l'hôpital, mais de penser un mode de coordination dans le parcours de santé pour optimiser les soins proposés aux patients.

Au Royaume-Uni, le National Health System (NHS) est très en avance sur ces questions de prévention pour réduire les hospitalisations non pertinentes, et les soins intégrés faisaient partie des objectifs à la fondation du NHS. A présent, cela commence à rentrer dans les pratiques courantes des professionnels qui se sont lancés dans la démarche. L'obstacle encore résiduel concerne la mise en place de politiques publiques à grande échelle (148), et le frein politique semble être désormais le dernier rempart.

Dernièrement, le NHS a mise en place le programme *Coordinate My Care* ; il cherche coordonner les soins, offrir plus d'autonomie aux patients sur leurs prises en charges et améliorer leur qualité de vie (149).

Le programme permet aux professionnels de premiers recours (médecins généralistes, infirmiers), de créer un plan de soins d'urgence (Urgence Care Plan) sur un serveur sécurisé avec l'accord du patient. Celui-ci est modifiable à tout moment. L'ensemble des professionnels de santé prenant en charge le patient y sont référencés. Ce plan de soins d'urgence est ensuite envoyé au médecin traitant, aux médecins de gardes du secteur, au SAMU (le 111 au Royaume-Uni) et aux ambulanciers du secteur. En cas de problème de santé, les professionnels de santé vérifient le Plan de Soins d'Urgence et peuvent ainsi connaître la prise en charge optimale spécifique pour ce patient, et ceci aussi bien en termes de thérapeutique, que d'organisation de soins, ou encore de préférences des patients. Par ailleurs, dans le cadre des personnes dépendantes, le Plan de Soins d'Urgence peut intégrer l'action de prévention des proches.

L'objectif est vraiment que toutes les informations nécessaires soient disponibles par tout intervenant concerné par la prise en charge d'un patient, et ceci quel que soit le moment de l'intervention.

L'ensemble des données est également utilisé par le NHS pour mieux comprendre et améliorer la qualité de l'offre de soins.

Les premiers résultats sont intéressants, puisque les professionnels de santé semblent s'approprier l'outil et le nombre de patients inscrits ne cesse d'augmenter(150).

Initialement prévu pour les patients en soins palliatifs, *Coordinate My Care* peut bien sûr être étendu aux patients atteints de maladies chroniques. En France, le DMP permet de conserver des données sur un serveur et est consultable par les professionnels et les patients. Mais le plan d'urgence adapté au patient et à ses préférences n'a pas encore été développé ni même pensé. Les auteurs espèrent diminuer le nombre de passages par les urgences pour les patients bénéficiant de ce service, mais faute de résultats, on ne peut pas encore l'affirmer.

Ce programme montre la richesse des possibilités offertes pour améliorer la coordination ville-hôpital. La différence qui résulte pour le moment de ce genre d'initiatives entre la France et le Royaume-Uni reste à explorer. Mais une première hypothèse peut déjà être soulevée, celle du mode de financement des médecins de premiers recours. Dans le NHS, les General Practitioner (GP) sont payés par l'Etat selon des forfaits en lien avec des budgets alloués selon des objectifs de santé et l'étendue de leurs patientèles. Il n'y a pas de paiement à l'acte dans le système public. Bien sûr cela pose d'autres problèmes, mais sur le terrain de la coordination et de la prévention, les infirmiers et les gestionnaires de cas sont de plus en plus présents. A l'exception de quelques cas de soins intégrés développés dans la discussion de la phase 1, les GP se concentrent sur des consultations médicales où la place pour la prévention et la coordination est de plus en plus réduite. Ils deviennent ainsi des experts médicaux.

... à la phase 3.

Face à ce second résultat, nous nous sommes intéressés aux modalités de coordination paramédicale entre la ville et l'hôpital. Ce travail met en évidence comment des transferts de compétences et de responsabilité ont été mis en place. Or ces pratiques qui pourtant semblent être efficaces, n'ont pas été pensées ou étudiées en termes de chaîne globale de responsabilité. Chaque acteur reste responsable de son « pré carré », et cela réduit naturellement les possibilités en termes de soins intégrés.

Par ailleurs, cet exercice de coordination par les infirmières interroge sur la discordance entre les catégories d'activités reconnues par le système de santé et la réalité des pratiques des professionnels de santé.

En effet, le Code de la Santé Publique a édicté par le décret d'application de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) dans les articles R.6316-1 à R.6316.9 du code de Santé Publique (151), publié en octobre 2010, les modalités de réalisation de la télémédecine en France. Ce décret a renforcé l'assise juridique de la télémédecine en précisant les conditions de sa mise en œuvre et de son organisation. A partir de ce texte, l'HAS a défini 5 types d'actes de télémédecine réalisables(152).

La téléconsultation est réalisée par un médecin qui donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic.

La téléexpertise est réalisée par un médecin qui sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

La télésurveillance médicale où un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

La téléassistance médicale où un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

La régulation médicale où les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

On peut ainsi voir que les classifications de l'HAS ne sont pas toujours adaptées à la réalité des pratiques. En effet, dans le cas précis de notre étude, la télémédecine est réalisée par des infirmières et non par des médecins. De plus, leur activité n'est pas cantonnée à ces sous catégories, car au contraire, elles réalisent les cinq à la fois. De ce fait, la problématique de la valorisation financière de ces actes va être posée. La structuration de ce service répondant à un besoin particulier et les classifications pouvant être artificielles, elles ne doivent pas être un frein à un exercice médico-social de qualité.

L'activité de ces infirmières coordinatrices s'apparente à des soins de supports que l'on décrit plus dans le cadre de l'onco-gériatrie (153). Le but des soins de supports est le maintien de la qualité de vie et la gestion des effets indésirables. Ces soins de support s'intéressent également à tout le versant psycho-social. Par l'amélioration de la coordination des soins, les deux infirmières de ce service participent aux soins d'accompagnement qu'exigent l'exercice auprès des personnes vieillissantes.

Au final, il reste une grande marge de progrès pour que l'organisation des soins intègre totalement la médecine préventive dans ses fonctions. Celle-ci devient le chemin naturel de la médecine, les professionnels de santé doivent s'y préparer. A partir de ce nouveau paradigme du soin, une nouvelle organisation du système de santé est à créer. Quant aux expériences qui fonctionnent déjà, ces activités doivent être étudiées et enseignées.

Selon les principes de Responsabilité sociale des facultés de médecine, les enseignements devraient être organisés dans le but de répondre aux besoins des personnes que les professionnels ambitionnent de soigner (12). Or cette démarche de justice sociale n'est pas pour le moment intégrée dans le cadre de la prévention du vieillissement, ni à l'échelle des professionnels de terrain, ni à une échelle de plan de santé puisque les exercices de coordination ici décrits ne rentrent dans aucune catégorie définie.

Mise en perspective

La « progression de l'espérance de vie n'a pas encore atteint son asymptote car on meurt le plus souvent non de vieillesse mais de maladies favorisées par la vulnérabilité croissante liée au vieillissement » (154).

C'est pourquoi il est important de ne pas se tromper d'objectif. La médecine doit se concentrer sur les maladies favorisées par le vieillissement plutôt que lutter contre le vieillissement. Ce sont bien les souffrances qui peuvent accompagner le vieillissement qu'il faut prendre en charge plutôt que lutter en priorité contre une évolution physiologique et inéluctable de la vie.

Dans l'expérience des professionnels, ce n'est pas la confrontation au vieillissement qui est insupportable ; ce qui donne au vieillissement une place toute particulière est qu'il constitue inéluctablement le chemin qui l'emmène vers la mort. Avec l'allongement de l'espérance de vie, ce chemin est devenu parsemé d'embûches telles que les longues maladies chroniques et dégénératives. « La mort devient alors le point final d'une longue période de maladie nécessitant des traitements et des soins de plus en plus sophistiqués [...]. Associée à la mort et à la dégénérescence, la vieillesse apparaît alors comme une tare, comme un fléau contre lequel il faut absolument lutter » (155).

Ce phénomène s'accompagne de nouvelles injonctions sociales. Il faut vivre de plus en plus longtemps en restant jeune et en conservant ses capacités fonctionnelles optimales le plus longtemps possible. Il ne s'agit plus de simplement « bien vieillir » mais de « rester jeune plus longtemps ». La publicité en est un bon exemple « elle, a quelque chose d'impératif et de trompeur, elle dit «Soyez jeune !», «Restez jeune !», et exige de chacun qu'il mime la jeunesse en faisant l'impasse sur ses aspirations personnelles. Il y a quelque chose d'absolument trompeur, quand on se satisfait des apparences de la jeunesse » (156).

Pourtant le vieillissement a de multiples facettes. A la question sur l'image qu'il portait sur sa propre vieillesse, Edgar Morin a répondu : «Cela dépend du regard que je porte sur moi-même : si je prends en considération la simple chronologie, alors évidemment je suis vieux, j'ai 80 ans. Mais tout dépend des moments. Il y a quelques années, j'ai souffert d'une sciatique qui m'a handicapé légèrement, et mon regard sur moi a changé. Pour l'anecdote, dans l'autobus, je n'ose pas demander les places réservées aux personnes âgées de plus de 75 ans. Par coquetterie ! Si je regarde mon carnet d'adresses, c'est un cimetière, et je me sens dinosaure. Si je regarde mon affectivité, je me sens adolescent » (156).

A cela se rajoute la médicalisation croissante de la vieillesse qui contribue à concevoir le vieillissement comme une longue maladie chronique. Le vieillissement fait alors inéluctablement écho à la réalité de notre finitude. Et c'est peut-être là que doit intervenir la démarche éthique avec une grande force.

« L'éthique médicale se construit par la réflexion des professionnels (soignants, médecins ou non, administratifs ou tous autres acteurs de santé) et dans la découverte que leurs pratiques leur procurent – à partir de leur vécus – qui procèdent d'insatisfactions, de représentations de la vérité (de l'acte juste à accomplir dans des situations complexes, profondément humaines) et de volonté » (157).

C'est donc face à la réalité des chiffres des espérances de vie sans incapacités et les inégalités sociales en santé qui en découlent que nous avons présenté dans l'introduction, que réside le fond de cette démarche éthique. Face à ce que ces chiffres ont de pénible et de révoltant, il est nécessaire d'évaluer les pratiques de soins et de mettre en évidence ses dysfonctionnements : « l'éthique médicale doit être conçue comme évaluations, recueil d'expériences, de vécus et de dysfonctionnements voire de sentiments d'injustice, pour penser les actes dans le cadre des pratiques médicales et cela en rapport avec les règles scientifiques et morales actuelles. Point ne suffit de nommer une pratique, de la définir sans l'avoir préalablement vécue, expérimentée dans ses heurts et malheurs ; une véritable responsabilité s'en déduit qui appelle la raison pour ordonner les savoirs faisables qui peuvent en être issus » (157).

C'est alors que l'exercice médical dans une visée éthique devient aussi une pratique sociale. Il s'agit de soulager les souffrances des hommes dans une visée de justice collective et individuelle. C'est dans cette démarche que s'inscrit la médecine médico-sociale qui s'attache à comprendre et tenir compte de l'environnement. Car tant bien même toute inégalité sociale n'est pas forcément une injustice, l'environnement social définit un avantage ou un désavantage sur la santé des personnes. C'est pourquoi il est important de construire une nouvelle sémiologie médico-sociale intégrant les déterminants médico-sociaux de la santé (158).

La personne doit donc être pensée dans ce qu'elle a de complexe. « Quand nous découpons par exemple l'être humain en petits bouts, en petites parties, nous oublions aussi que cet humain est un ensemble et que lui-même est dans un cadre social, physique, biologique. Donc en quelque sorte on finit par ne plus être capables de penser la relation avec l'ensemble, avec le contexte, avec le global. Nous nous trouvons alors dans une situation qui permet cette régression de la solidarité et de la responsabilité » (78).

Dans le respect de ces deux piliers de la démarche éthique, la médecine se doit de poursuivre sa voie dans la médecine de prévention. Celle-ci dépasse la prévention des déterminants de santé liés au vieillissement et concerne tous les actes de prévention et de promotion de la santé.

Ce travail a pu mettre en évidence un certain nombre de dysfonctionnements dans cette prise en charge préventive médico-sociale. « A partir de ces pratiques, peuvent s'engager de véritables prises de conscience sur des réalités non soupçonnées, des résultats aberrants malgré des actes logiques effectuées individuellement. Les idéologies ou préjugés sont alors confortés ou mis en défaut devant l'analyse de la réalité quotidienne des pratiques » (141).

Il est alors indispensable d'analyser l'intégration de la prévention dans la relation médecin-patient. Elle pose en particulier deux problématiques éthiques.

La première concerne « la qualité de l'information et de l'éducation à la santé offertes » ; cela est essentiel puisque de ce contenu et des compétences de communication développés dépendent les prises de décisions autonomes des patients. Il ne faut pas oublier les incertitudes que la médecine préventive présente ; elle est par définition probabiliste. Les bénéfices individuels sont difficiles à percevoir, alors même que les études épidémiologiques les affirment collectivement» (141). Cette démarche probabiliste aux bénéfices attendus dans le futur est également confrontée à la perception individuelle de la balance bénéfice/risque ; « nous savons depuis Hume et, plus récemment, grâce aux travaux de psychologues, que l'être humain pense le présent et le futur de manière très différente. Nous avons tendance à prendre de façon impulsive les décisions qui engagent le présent, alors que nous appréhendons l'avenir sur un mode plus rationnel [...]. Un coût ou une gêne que l'on doit supporter aujourd'hui nous paraît lourd, alors que le même coût payé demain nous paraît faible par rapport aux bénéfices que nous en tirerons » (159). Les patients ont donc plus tendance à la procrastination face aux actes de prévention.

La deuxième problématique concerne « l'ingérence dans la vie des patients et des limites que chaque praticien doit être capable de s'imposer, dans un champ d'interférence avec la liberté des personnes ». Une bonne information se situe entre « le désir de convaincre et le danger de contraindre, voire d'exclure ». Un certain nombre de campagnes de prévention ont fini par créer des normes sociales pouvant être à l'origine de stigmatisations et « d'une culpabilisation des individus face à leur état de santé » (155). A ce stade, « le discours scientifique s'éloigne d'un discours médical, qui, lui, n'est pas neutre en termes de conséquences, surtout sociales, et doit être attentif à ne pas tendre à un dogmatisme [...]. Ainsi faut-il passer du concept de l'information scientifique à celui d'une

responsabilisation pertinente, qui permette à chacun d'assumer ses choix dans sa propre culture. Ainsi rejoint-on l'Organisation Mondiale de la Santé, qui caractérise la prévention comme un outil de liberté et de responsabilité, consentie et pertinente, dont la finalité vise, avant tout, le bien-être – physique, psychologique et social – et la santé des personnes » (141).

Dans l'exercice de cette médecine préventive, le chemin est très étroit pour réussir à ne pas tomber dans les dérives que soulèvent ces deux problématiques.

C'est pourquoi il est nécessaire de développer une santé publique clinique. Celle-ci pourrait se retrouver au carrefour des compétences développées par la santé publique et par la médecine générale. « Dans une telle optique, le médecin-clinicien de santé publique peut alors s'appuyer, autant sur des études épidémiologiques, coordonnant les actions sociales et psychologiques, que sur des entretiens très signifiants, dans le cadre de la relation médecin-malade, ce sanctuaire, disait le Pr. Yves Pélicier, caractérisé par un climat d'une extrême confiance » (141).

Mais pour cela, les disciplines doivent réinventer leurs modes d'exercices et s'affranchir d'un certain nombre de contraintes d'organisation des soins actuels. Ce nouveau paradigme de la prévention ne peut se faire sans une ambition politique forte. Cet exercice de médecine intégrée exige la mobilisation de tous les niveaux institutionnels. Les changements doivent avoir lieu à la fois au sein de la relation médecin-patient, des activités locorégionales en santé mais également au niveau national par l'encouragement et la valorisation de ces activités. C'est le moment de réaliser un travail interdisciplinaire dans lequel le patient a également sa place.

« La médecine, la bioéthique, la politique doivent s'allier. Ainsi pourra être définie une véritable politique de santé, plaçant en son centre la personne, examinant, en fonction de cette personne, les conditions et le cadre de vie » (160).

Références

1. Swedish National Institute of Public Health (SNIPH). Healthy Ageing: a Challenge for Europe. Brussels; 2007.
2. Joumard I, André C, Nicq C. Health care systems: Efficiency and Institutions [Internet]. Paris: OECD; 2015 May [cited 2015 May 17] p. 16. Report No.: 769. Available from: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=ec/o/wkp\(2010\)25](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=ec/o/wkp(2010)25)
3. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31.
4. Panorama de la santé [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; [cited 2015 Apr 24]. Report No.: 1817-0005. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/serial/19991320>
5. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2006 Mar [cited 2015 Apr 24]. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/440134737301>
6. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
7. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 [Internet]. Paris; 2010 Apr [cited 2015 May 17]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
8. Grimaud O, Jourdain A. Le rapport d'objectifs de santé publique. 2004 Dec 1;Vol. 16(4):673–5.
9. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. *Health Aff (Millwood)*. 2002 Mar 1;21(2):78–93.
10. Tudrej BV. Pour une prise en charge globale des patients de 50 à 75 ans, enjeux et problématiques éthiques [Internet] [Mémoire de Master]. [Paris]: Université Paris Descartes V; 2011. Available from: [http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/f812af09a0a47338c1257153004fa70e/5c426d0d2fab2673c12578db002a6c99/\\$FILE/M2%20Tudrej.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/f812af09a0a47338c1257153004fa70e/5c426d0d2fab2673c12578db002a6c99/$FILE/M2%20Tudrej.pdf)
11. Tudrej B. Re: Fall assessment in older people [Internet]. 2011 [cited 2012 Jan 12]. Available from: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d5153?tab=responses>
12. Boelen C, Heck JE. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. Division of Development of Human Resources for Health, World Health Organization; 1995. 32 p.
13. Huberman A-M, Miles M-B. Analyse des données qualitatives. 2e édition. Bruxelles; Paris: De Boeck; 2003. 626 p.
14. association Asalée. ASALEE MIX 50MO [Internet]. [cited 2015 Aug 27]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=NUy_2zEZH

15. Direction Générale de la Santé. Loi relative à la politique de Santé publique. 9 août 2004. Objectifs et Enjeux. Brochure pédagogique. Ministère de la santé; 2005.
16. La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action. Santé Publique. 2004 Dec 1;Vol. 16(4):587–95.
17. Halley des Fontaines V. La loi de santé publique d'août 2004 entre responsabilité publique et collaborations privées. Santé Publique. 2004 Dec 1;Vol. 16(4):613–5.
18. Levasseur G. Loi de santé publique et médecine générale. Santé Publique. 2004 Dec 1;Vol. 16(4):721–3.
19. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2011 Mai [cited 2015 Sep 8]. Report No.: RM2011-061P. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000580-les-inegalites-sociales-de-sante-determinants-sociaux-et-modeles-d-action>
20. Institut National du Cancer, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan Cancer 2009 - 2013 [Internet]. [cited 2015 Jun 21]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_plan_cancer_2009_2013.pdf
21. Grünfeld J-P. Recommandations pour le Plan Cancer 2009 - 2013 [Internet]. 2009 Feb [cited 2015 Jun 26]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_la_plan_cancer_2009_2013_-mars_2009.pdf
22. OMS. Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [Internet]. Alma-Ata: Organisation Mondiale de la Santé; 1978 [cited 2015 Jun 19]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39243/1/9242800001.pdf>
23. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, Groupe AIR Project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. IRDES. 2012 Sep;(179).
24. Bago d'Uva T, Jones AM. Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP. J Health Econ. 2009 Mar;28(2):265–79.
25. Or Z, Jusot F, Yilmaz E. Inégalités de recours aux soins en Europe. Rev Économique. 2009 Mar 30;Vol. 60(2):521–43.
26. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
27. Townsend P, Davidson N. The Black Report on Inequalities in Health. Hamondsworth; 1982.
28. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. IRDES. 2005 Février;(92).
29. Ricoeur P. Soi-Même Comme Un Autre by Ricoeur, Paul published by Editions du Seuil. Seuil;
30. Haute Autorité de Santé. Tableau des recommandations de bonne pratique [Internet]. [cited 2015 Sep 9]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-de-bonne-pratique

31. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge de l'apathie. Haute Autorité de Santé; 2014.
32. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Haute Autorité de Santé; 2011.
33. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Haute Autorité de Santé; 2010.
34. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : annonce et accompagnement du diagnostic. Haute Autorité de Santé; 2009.
35. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Haute Autorité de Santé; 2009.
36. Lustman F. Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012 [Internet]. Jan 2, 2008. Available from: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>
37. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport d'activités 2011. Equipes Spécialisées Alzheimer à domicile (ESA). Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Unités d'Hébergement Renforcées (UHR). (Mesures 6 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012) [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2012 Oct [cited 2015 Sep 8]. Available from: http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Alzheimer_activite_2011_ESA-PASA-UHRdef_18102012__2_.pdf
38. Collège National des Généralistes Enseignants. Médecine Générale. Abrégés. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2009. 448 p.
39. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. 2013 Juillet-Août;24(108):148–55.
40. HAS. Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. Haute Autorité de Santé; 2014.
41. HAS. Dégénérescence maculaire liée à l'âge : prise en charge diagnostique et thérapeutique. Haute Autorité de Santé; 2012.
42. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Haute Autorité de Santé; 2012.
43. NICE Pathway. Falls in older people overview [Internet]. 2015. Available from: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/falls-in-older-people>
44. NICE Pathway. Home care for older people overview [Internet]. 2015. Available from: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/home-care-for-older-people#content=view-node%3Anodes-multidisciplinary-working>
45. Hinton L, Franz CE, Reddy G, Flores Y, Kravitz RL, Barker JC. Practice constraints, behavioral problems, and dementia care: primary care physicians' perspectives. *J Gen Intern Med*. 2007 Nov;22(11):1487–92.

46. Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2015 [Internet]. Ordre National des Médecins; 2015 [cited 2015 Sep 16]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
47. Drees. La démographie des médecins (RPPS). 2015 Apr.
48. Sicart D. Les médecins au 1er Janvier 2013. Document de travail. 2013 mai. Report No.: 179.
49. Sicart D. Les médecins. Estimations au 1er Janvier 2008. 2008 Oct. Report No.: 127.
50. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences [Internet]. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 Oct [cited 2015 Sep 20]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>
51. Marquiset D. La délégation de taches en médecine générale : etude qualitative par focus group auprès de 18 médecins généralistes installés en franche-Comté. [Besançon]: Université de Franche-Comté; 2007.
52. CAREPS. Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes [Internet]. Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes; 2005 Février [cited 2015 Sep 20]. Report No.: 488. Available from: <http://www.urps-med-ra.fr/medias/content/files/publications/mutationsmedgene1199268760529-1439994373.pdf>
53. Maillard A-L. Responsabilité sociale de la faculté de médecine de Poitiers : le ressenti des patients. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2015.
54. Projet de loi de modernisation de notre système de santé. Code de Santé Publique. Sect. Chapitre II. Innover pour préparer les métiers de demain. Article 30., AFSX1418355L.
55. Delauney E. Kinés et médecins généralistes : peut mieux faire ? Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire. Médecine. 2010 Jun 1;6(6):277–81.
56. Levasseur G, Bataillon R, Samzun JL. Schéma régional d'organsiation sanitaire. URLMB; 2004 Oct.
57. Schweyer F-X, Levasseur G, Pawlikowska T. Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes [Internet]. Ehesp; 2002 [cited 2015 Sep 22]. Available from: <https://www.librairie-obliques.fr/livre/469727-creer-et-piloter-un-reseau-de-sante-un-outil-d-francois-xavier-schweyer-gwenola-levasseur-te--ehesp>
58. Bruyere C. Les réseaux médico-sociaux : Quels sont les leviers de la coordination des connaissance ? [Internet]. [Faculté des Sciences Economiques et de Gestion CRET-LOG]: Université de la Méditerranée (Aix-Marseille II); 2004 [cited 2015 Sep 22]. Available from: http://webs.unice.fr/recemap/contenusiteinternet/Viereseau_fichiers/memoireChristelleBRUYE RE.pdf
59. Mocquet R. The coffee break, beneficial for occupational health. Soins. 2014 Nov;59(790):45–7.
60. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch M-A, et al. [The French Society of Geriatrics and Gerontology position paper on the concept of integration, Part One]. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2014 Mar;12(1):5–12.

61. Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch M-A, et al. The French Society of Geriatrics and Gerontology position paper on the concept of integration. *Int J Integr Care*. 2014 Jan;14:e052.
62. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner D. South Devon and Torbay. Proactive case management using the community virtual ward and the edvon Predictive Model [Internet]. The King's fund. Kathryn O'Neil; 2013 [cited 2015 Sep 23]. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf
63. Thiel V, Sonola L, Goodwin N, Kodner D. Midhurst Macmillan Community Specialist Palliative Care Service. Delivering end-of-life care in the community [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 16]. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/midhurst-macmillan-coordinated-care-case-study-kings-fund-aug13.pdf
64. Thiel V, Sonola L, Goodwin N, Kodner D. The Esteem Team. Co-ordinated care in the Sandwell Integrated Primary Care Mental Health and Wellbeing Service [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 16]. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/sandwell-esteem-team-coordinated-care-case-study-kings-fund-aug13.pdf
65. Sonola L, Thiel V, Goodwin N, Kodner D. Oxleas Advanced Dementia Service. Supporting carers and building resilience [Internet]. The King's fund; 2013 [cited 2015 Oct 16]. Available from: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/oxleas-advanced-dementia-service>
66. Thiel V, Sonola L, Goodwin N, Kodner D. Developing community resource teams in Pembrokeshire, Wales. Integration of health and social care in progress. [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 16]. Available from: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/developing-community-resource-teams-pembrokeshire-wales>
67. Corvol A. Valeurs, attitudes et pratiques des gestionnaires de cas en gérontologie : une éthique professionnelle en construction [Internet]. [Paris]: Paris Descartes; 2013 [cited 2015 Jun 15]. Available from: http://app.parisdescartes.fr/gedfs/these/2014/5/05150904/vd_corvol_aline.pdf
68. Ballard KD, Robinson SI, Laurence PB. Why do general practitioners from France choose to work in London practices? A qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2004 Oct 1;54(507):747–52.
69. Carr-Hill R, Jenkins-Clarke S, Dixon P, Pringle M. Do minutes count? Consultation lengths in general practice. *J Health Serv Res Policy*. 1998 Oct;3(4):207–13.
70. Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gossiau M, et al. "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract*. 2004 Oct;21(5):479–83.
71. Rull G, Tidy C, Huins H. Consultation Analysis. Information about Consultation Analysis [Internet]. Patient. [cited 2015 Jul 16]. Available from: <http://patient.info/doctor/consultation-analysis>
72. Tudrej B, Hervé C. Re: Putting patients first [Internet]. 2012 [cited 2012 Sep 4]. Available from: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e2006/rr/578086>
73. ASIP Santé. DMP Actu. 2014 Avril/Mai;(19). Available from: <http://www.dmp.gouv.fr/newsletter/dmp-actu-19/newsletter/index.html?source=newsletter&support=site&rubrique=parole#parole>

74. Salcedo JA. A responsabilidade é a via necessária para a liberdade. InComunidade [Internet]. 2012 Nov [cited 2015 Sep 1];(5). Available from: <http://www.incomunidade.com/v5/art.php?art=6>
75. Dictionnaire Français en ligne - Larousse [Internet]. [cited 2015 Sep 22]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
76. Lambrechts C, Karoubi L, Maire P, Houssemaine-Florent H, Collectif. Le Petit Larousse illustré : En couleurs Version reliée. édition 2007. Paris: Larousse; 2006. 1855 p.
77. Fowler HW, Fowler FG, Thompson D, editors. The Concise Oxford Dictionary. 9th Revised edition edition. Oxford : New York: Clarendon Press; 1995. 1696 p.
78. Morin E. Complexité et éthique médicale. Retranscription de la conférence inaugurale du Master "Recherche en Ethique"; 2005 Oct 1; Université Paris Descartes.
79. Tudrej B. Responsabilité Sociale des facultés de médecine, Poitiers dans une démarche internationale : une recherche action. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2015.
80. Worms F. Le moment du soin. PUF. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2010. 272 p.
81. Le Coz P. The patient's thirst for meaning. Ethics Med Public Health. 2015 Apr;1(2):230–8.
82. Goupy F, Charon R. Rencontre d'Hippocrate. Une révolution pédagogique : la médecine narrative ? [Internet]. Faculté de Médecine Paris Descartes; 2014 [cited 2015 Sep 22]. Available from: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/wordpress/index.php/medecine-narrative-rencontre-hippocrate/>
83. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med 1982. 1995 Nov;41(10):1439–46.
84. Sonola L, Thiel V, Goodwin N, Kodner D. South Devon and Torbay. Proactive case management using the community virtual ward and the edvon Predictive Model [Internet]. The King's fund; [cited 2015 Sep 23]. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/south-devon-and-torbay-coordinated-care-case-study-kingsfund13.pdf
85. Hervé C. Prise en charge médicale et sociale des corps meurtris et des esprits vulnérables. Expérience d'un réseau de santé ASDES. In: Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé. de Boeck. Paris; 2007. p. 233–47.
86. Université Paris Descartes. DU Coordination des parcours de santé [Internet]. Le portail de la formation continue. 2015 [cited 2015 Sep 26]. Available from: [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/biomedicale/du-coordination-des-parcours-de-sante/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/biomedicale/du-coordination-des-parcours-de-sante/(language)/fre-FR)
87. Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique [Internet]. ameli.fr pour les médecins. [cited 2105 Apr 13]. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/>
88. Gériatrie | Site du CHU de Poitiers [Internet]. [cited 2015 Jun 14]. Available from: <http://www.chu-poitiers.fr/pole-geriatrie/>

89. Médecine interne, maladies infectieuses et tropicales, médecine générale | Site du CHU de Poitiers [Internet]. [cited 2015 Jun 14]. Available from: <http://www.chu-poitiers.fr/medecine-interne-maladies-infectieuses-et-tropicales-medecine-generale/>
90. Orthopédie-traumatologie | Site du CHU de Poitiers [Internet]. [cited 2015 Jun 14]. Available from: <http://www.chu-poitiers.fr/pole-neurosciences-orthopedie-traumatologie/>
91. Groupe de travail de la Société de Néphrologie. [Evaluation of glomerular filtration rate and proteinuria for the diagnosis of chronic kidney disease]. *Néphrologie Thérapeutique*. 2009 Jul;5(4):302–5.
92. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institution for Futures Studies; 2007 p. 11. Report No.: 14.
93. AFSSAPS. Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. Mise au point. Afssaps; 2005.
94. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie Société*. 2002 Dec 1;n° 103(4):93–106.
95. Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix M, et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. [Internet]. 2010 [cited 2015 Jun 30]. Report No.: 17. Available from: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13389/1/article201017.pdf>
96. Atkin PA, Veitch PC, Veitch EM, Ogle SJ. The epidemiology of serious adverse drug reactions among the elderly. *Drugs Aging*. 1999 Feb;14(2):141–52.
97. Monégat M, Sermet C, Perronnin M, Rococo E. La polymédication : définitions, mesures et enjeux *Revue de la littérature et tests de mesure*. IRDES [Internet]. 2014 Décembre [cited 2015 Feb 6];(204). Available from: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
98. Aronson JK. In defence of polypharmacy. *Br J Clin Pharmacol*. 2004 Feb;57(2):119–20.
99. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation [Internet]. Anna Brown; [cited 2015 Sep 29]. Available from: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/polypharmacy-and-medicines-optimisation>
100. Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, González-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Díez JM, Prados-Torres A. Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: are we doing things well? *Br J Gen Pr*. 2012 Dec 1;62(605):e821–e826.
101. Tudrej BV, Hervé C, Pradere C, Besse L, Alonso L, Quoirin É, et al. Nouvelles formes de coordination paramédicale en gériatrie. *Soins Gérontologie*. 2014 May;19(107):20–4.
102. Paille F. Personnes âgées et consommation d'alcool -Texte court. *Alcoologie Addictologie*. 2014;36(3):61–72.
103. Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 25]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>

104. Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox--medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med*. 2010 Apr 29;362(17):1553–5.
105. Desbrus-Qochih A, Cathébras P. Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. *Médecine Longévité*. 2012 Dec;4(3–4):111–22.
106. Van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med*. 2002 Mar;17(3):186–92.
107. Bureau M-L. Continuité des soins à la sortie du service de gériatrie : étude sur les attentes des médecins généralistes pour optimiser le compte rendu d'hospitalisation. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2012.
108. Beden C, François P, Beaudoin-Bertrand D, Caligula F. Attentes et satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis d'un hôpital universitaire. 2001 Jul;19(4):263–78.
109. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831–41.
110. Kergoat M-J, Latour J, Julien I, Plante M-A, Lebel P, Mainville D, et al. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. *BMC Geriatr*. 2010;10:69.
111. Satzinger W, Courté-Wienecke S, Wenng S, Herkert B. Bridging the information gap between hospitals and home care services: experience with a patient admission and discharge form. *J Nurs Manag*. 2005 May;13(3):257–64.
112. Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res*. 2007 Apr 4;7:47.
113. Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care*. 2008 Feb 1;17(1):71–5.
114. ASIP Santé. Etude sur les systèmes d'Information des maisons, pôles et centres de sante polyvalents [Internet]. 2011 [cited 2015 Jun 23]. Available from: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_CDC_MPSP_CSP_V1b_finale_dec_2011.pdf
115. Gaymu J. Aspects démographiques du vieillissement. Numéro thématique. La santé des personnes âgées. *Inst Natl Études Démographiques* [Internet]. 2006 Jul 2;(5-6). Available from: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=2695
116. OMS. Les Risques pour la Santé Mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque. Document de base établi par le secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan d'action global sur la santé mentale. [Internet]. OMS; 2012 [cited 2015 Dec 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf
117. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013 Apr 9;110(15):5797–801.

118. Bensadon A-C. Enquête "Isolement et Vie relationnelle". Rapport Général. [Internet]. Les Petits Pères des Pauvres; 2006 Sep [cited 2015 Jun 24]. Available from: https://www.petitsfreresdespauvres.fr/mediastore/11/22064_1_FR_original.pdf
119. Deliste I. Réflexion sur la solitude. Virage. 1996;1(3).
120. Pitaud P, Collectif. Solitude et isolement des personnes âgées. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2004. 270 p.
121. Maujean G, Tudrej BV. Revue de la littérature. Ethics Med Public Health. 2015 Apr;1(2):270–1.
122. Garden R. Disability and narrative: new directions for medicine and the. Med Humanit. 2010 Dec 1;36(2):70–4.
123. Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité | Travaux Publiés | Travaux du CESE [Internet]. [cited 2015 Jul 7]. Available from: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/mieux-accompagner-et-inclure-les-personnes-en-situation-de-handicap-un-defi-une-necessite>
124. Ennuyer B, Quentin B. Rencontre d'Hippocrate. Société d'intégration ou société inclusive pour les personnes en situation de handicap [Internet]. Faculté de Médecine Paris Descartes; 2015 [cited 2015 Sep 22]. Available from: <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/wordpress/index.php/medecine-narrative-rencontre-hippocrate/>
125. Ennuyer B. Les Malentendus de la dépendance. Paris: Dunod; 2002. 330 p.
126. Elias N. La Société des individus. Paris: Pocket; 1998.
127. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 2007 Aug 23;357(8):762–74.
128. Oriel S. Abord de la Sexualité en Consultation de médecine générale [Thèse de Doctorat en Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2009.
129. Bajos N, Bozon M, Godelier M. Enquête sur la sexualité en France. Paris: La Découverte; 2008. 609 p.
130. Comité Région Poitou-Charentes Internes de Médecine Générale. Plénière Sexualité en Médecine Générale [Internet]. 2012. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=wQEvLLwAJVY>
131. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie: Avec accès à la spécialité sur le site e-ecn.com. 3e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. 280 p.
132. JORF du 5 mars 2002. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. MESX0100092L Dec 1, 2012 p. 4118.
133. Piveteau D. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM [Internet]. Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie; 2012 Mar [cited 2012 May 19] p. 31. Available from:

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

134. De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse JM. Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract*. 2009 May 1;59(562):177–82.
135. Morel A, Veber O. Société et Vieillessement : rapport du groupe 1 [Internet]. Paris: Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale; 2013 Jun [cited 2013 Jun 25]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000332/0000.pdf>
136. Moulias R, Hajem S. [Geriatrics and sustainable development]. *Soins Gériatrie*. 2013 Apr;(100):22–6.
137. Leichsenring K. Integrated Care for older people in Europe – latest trends and perceptions. *Int J Integr Care* [Internet]. 2012 Jan 30 [cited 2013 Dec 13];12(1). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-112453>
138. Bernard J, Hervé C. Dialogue : un demi-siècle d'éthique institutionnelle. In: *Ethique de la recherche et éthique clinique*. Paris: Editions L'Harmattan; 2000.
139. GPs “to go extra mile” for frailest. 2013 Nov 15 [cited 2013 Nov 15]; Available from: <http://www.bbc.co.uk/news/health-24945134>
140. Tudrej B, Hervé C. Re: Better care for elderly will replace some “box ticking” under new GP contract [Internet]. [cited 2014 May 1]. Available from: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6909/rr/679714>
141. Hervé C. *Ethique, politique et santé*. PUF. Paris; 2000. 128 p.
142. Moutel G. L'an I de la “démocratie sanitaire.” *Courr Léthique Médicale*. 2002 Sep;2(3):45–8.
143. Sutour S, Lorrain J-L. Rapport d'information n° 67, fait au nom de la commission des affaires européennes. Sénat; 2013.
144. Hervé C. Essai sur une définition de l'éthique médicale [Internet]. 2013 [cited 2013 May 6]. Available from: <http://www.ethique.inserm.fr/?q=node/1907>
145. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice : Evidence does not make decisions, people do. *BMJ*. 2002 Jun 8;324(7350):1350.
146. Bulletin officiel. Arrêté du 2-5-207. MENS0753287A May 10, 2007.
147. Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétence en médecine générale. *Exercer*. 2013;(108):171–7.
148. Trueland J. Everybody's talking about it. *Health Serv J Suppl* [Internet]. 2015 Apr 10; Available from: www.hsj.co.uk
149. Coordinate my care [Internet]. [cited 2015 Jul 23]. Available from: <http://coordinatemycare.co.uk/>

150. Smith C, Hough L, Cheung C-C, Millington-Sanders C, Sutton E, Ross JR, et al. Coordinate My Care: a clinical service that coordinates care, giving patients choice and improving quality of life. *BMJ Support Palliat Care*. 2012 Dec;2(4):301–7.
151. Code de la santé publique. Décret N°2010-1229 du 19 octobre 2010 [Internet]. Décret N°2010-1229 du 19 octobre 2010, R6316 Oct 22, 2010. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022934375&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120410&oldAction=rechCodeArticle>
152. HAS. Télémédecine : la HAS accompagne les professionnels. La Webzine de la HAS [Internet]. 2014 Apr 11 [cited 2014 Aug 10];Avril-juin 2014(39). Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1731789/fr/telemedecine-la-has-accompagne-les-professionnels
153. Scotté F. Description et évolution de l'organisation entre les phases curatives et palliatives autour des soins et de la iatrogénie : Les soins de support en cancérologie [Internet]. [Paris]: Paris Descartes; 2012 [cited 2014 Nov 13]. Available from: http://thesesenligne.parisdescartes.fr/Rechercher-une-these/thesedetail?id_these=209
154. Gil R. Vieillesse et alzheimer. Paris: Editions L'Harmattan; 2012. 136 p.
155. Lafontaine C. Le corps régénéré : la lutte anti-âge et la quête d'immortalité. In: *L'humain, l'humanité et le progrès scientifique*. Dalloz. Paris: Dunod; 2009. p. 45–61.
156. Morin E, Mamou Y. Continuum des vies et discontinuité sociale. *Retraite Société*. 2001 Sep 1;(34):166–73.
157. Hervé C. Vers une éthique de la bioéthique. In: *L'humain, l'humanité et le progrès scientifique*. Dalloz. Paris: Dunod; 2009. p. 173–92.
158. Tudrej B, Hervé C. Re : Integrated care should be NHS priority, say think tanks [Internet]. 2012 [cited 2012 Aug 29]. Available from: <http://www.bmj.com/rapid-response/2012/01/13/re-integrated-care-should-be-nhs-priority-say-think-tanks>
159. Duflo E. Lutter contre la pauvreté : Tome 1, Le développement humain. Paris: Seuil; 2010. 103 p.
160. Bernard J. Préface du Pr. Jean Bernard. In: *Ethique, politique et santé*. PUF. Paris; 2000. p. 3–4.

Annexes

FORMULAIRE DU RECUEIL DE CONSENTEMENT

« ENJEUX ETHIQUES DE LA PRISE EN CHARGE PREVENTIVE DES DETERMINANTS DE SANTE LIES AU VIEILLISSEMENT »

Formulaire d'information et de consentement à la participation à une recherche non interventionnelle destinée aux professionnels de santé réalisant les entretiens semi-directifs.

Monsieur Benoit Tudrej, doctorant au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale, Université Paris Descartes, dirigé par le Pr. Christian Hervé, au 45 rue des Saints-Pères 75006 Paris, médecin investigateur m'a proposé de participer à la recherche non interventionnelle intitulée : « Enjeux éthiques de la prise en charge préventive des déterminants de santé liés au vieillissement ».

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes ILE DE France 2 (08 août 2013).

OBJET DE L'ETUDE ET PROTOCOLE :

Ce projet de thèse en Recherche en Ethique Médicale s'intéresse à la qualité des soins apportés aux populations vieillissantes.

Suite à un précédent travail, nous avons mis en évidence que les gériatres, les spécialistes du vieillissement, insistent sur le rôle des médecins généralistes pour anticiper au maximum les morbidités liées au vieillissement physiologique et à la perte d'autonomie.

Nous nous intéressons donc à présent à la manière dont ces déterminants de santé sont intégrés dans le travail des partenaires de soins (Médecins Généralistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Diététiciennes, Pharmaciens, ...), et les perspectives envisagés en cas de transfert de compétences entre ces professionnels.

Sont inclus dans cette étude tous les professionnels de santé qui travaillent en lien avec la filière gériatrique de la région Poitou-Charentes.

Le nombre de professionnels interrogés sera déterminé par l'atteinte de la saturation des données.

Nous réalisons donc des entretiens semi-directifs individuels à partir d'une grille d'entretien identique pour tous.

Ces entretiens seront intégralement retranscrits et anonymisés. L'enregistrement audio sera détruit dès la fin de la rédaction de la retranscription.

Seules les données anonymisées seront conservées sur l'ordinateur de l'investigateur et une copie sera conservée sur un disque dur externe de l'investigateur.

La retranscription individuelle pourra être communiquée au professionnel interrogé s'il en fait spécifiquement la demande auprès de l'investigateur avant son anonymisation.

Une partie ou la totalité des retranscriptions pourront être supprimées à la demande des

professionnels interrogés s'il en fait spécifiquement la demande auprès de l'investigateur avant son anonymisation.

Les résultats de l'étude seront transmis aux professionnels interrogés à l'issue de la rédaction de la thèse.

J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées et j'ai pu disposer d'un temps de réflexion suffisant entre l'information et ma décision de participer à cette étude.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles et seront rendus anonymes.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès de Benoit Tudrej, Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale, Université Paris Descartes.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche non interventionnelle intitulée : « **Enjeux éthiques de la prise en charge préventive des déterminants de santé liés au vieillissement** ».

Paraphe du patient

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à compléter le à compléter

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Médecin investigateur

Nom Prénoms

Tudrej Benoit

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Annexe 2 – Grille d’entretien Phase 1

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

Age :

Sexe :

Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

☐ <5 ans	☐ 5 à 15 ans	☐ 15 à 30 ans	☐ >30 ans
---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Participez-vous à la formation d’étudiants en stage ?

☐ Oui	☐ Non
------------------------------	------------------------------

Commune de pratique professionnelle ?

SUR LES FACTEURS DE RISQUES CARDIO-VASCULAIRES

	La dernière semaine	La dernière quinzaine	Le dernier mois	Le dernier trimestre	Le dernier semestre	La dernière année	Jamais	Sans Opinion
J'ai recherché au moins une fois la consommation de tabac au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai recherché au moins une fois l'hypertension artérielle par MAPA (<i>Monitoring Ambulatoire de la Pression Artérielle</i>) au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai recherché au moins une des dyslipidémies au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai recherché au moins une fois du diabète au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je recherche les facteurs de risques cardio-vasculaires autrement ? Si oui, comment ?								
	Pas d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		D'accord	Sans Opinion
Je pense les rechercher suffisamment	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est à moi de le faire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une compétence qu'on pourrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une compétence qu'on devrait transférer auprès d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si transfert de compétence : à qui ?								
C'est une responsabilité qu'on pourrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une responsabilité qu'on devrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si transfert de responsabilité : à qui ?								☐

SUR LES FACTEURS DE RISQUES DE DENUTRITION								
	La dernière semaine	La dernière quinzaine	Le dernier mois	Le dernier trimestre	Le dernier semestre	La dernière année	Jamais	Sans Opinion
J'ai calculé au moins une fois un IMC (<i>Indice de masse corporelle</i>) auprès d'une personne ayant plus de 75 ans au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai recherché au moins une fois des marqueurs biologiques de carences (Albumine, Vitamine D, ...) auprès d'une personne ayant plus de 75 ans au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai recherché au moins une fois les habitudes alimentaires d'une personne ayant plus de 75 ans au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je recherche les facteurs de dénutrition autrement ? Si oui, comment ?								☐
	Pas d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		D'accord	Sans Opinion
Je pense les rechercher suffisamment	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est à moi de le faire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une compétence qu'on pourrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une compétence qu'on devrait transférer auprès d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si transfert de compétence : à qui ?								
C'est une responsabilité qu'on pourrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une responsabilité qu'on devrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si transfert de responsabilité : à qui ?								☐

SUR LES FACTEURS DE RISQUES DE CHUTES								
	La dernière semaine	La dernière quinzaine	Le dernier mois	Le dernier trimestre	Le dernier semestre	La dernière année	Jamais	Sans Opinion
J'ai demandé à un patient de plus de 75 ans, au moins une fois, s'il est déjà tombé au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai réalisé au moins une fois auprès d'une personne de plus de 75 ans un « <i>Up and Go Test</i> » au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai réalisé au moins une fois auprès d'une personne de plus de 75 ans un « <i>Walking and Talking Test</i> » au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai réalisé au moins une fois auprès d'une personne de plus de 75 ans un « <i>Stand on one foot Test</i> » au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je recherche les facteurs de risques de chutes autrement ? Si oui, comment ?								☐
	Pas d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		D'accord	Sans Opinion
Je pense les rechercher suffisamment	☐		☐		☐		☐	☐
C'est à moi de le faire	☐		☐		☐		☐	☐
C'est une compétence qu'on pourrait transférer à d'autres professionnels	☐		☐		☐		☐	☐
C'est une compétence qu'on devrait transférer auprès d'autres professionnels	☐		☐		☐		☐	☐
Si transfert de compétence : à qui ?								
C'est une responsabilité qu'on pourrait transférer à d'autres professionnels	☐		☐		☐		☐	☐
C'est une responsabilité qu'on devrait transférer à d'autres professionnels	☐		☐		☐		☐	☐
Si transfert de responsabilité : à qui ?								☐

SUR LES FACTEURS DE RISQUES DE TROUBLES COGNITIFS								
	La dernière semaine	La dernière quinzaine	Le dernier mois	Le dernier trimestre	Le dernier semestre	La dernière année	Jamais	Sans Opinion
J'ai réalisé au moins une fois un MMSE (<i>Mini Mental State Examination</i>) au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai réalisé au moins une fois un <i>Test de l'Horloge</i> au cours de/du :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je recherche les facteurs de risques de chutes autrement ? Si oui, comment ?								☐
	Pas d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		D'accord	Sans Opinion
Je pense les rechercher suffisamment	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est à moi de le faire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une compétence qu'on pourrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une compétence qu'on devrait transférer auprès d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si transfert de compétence : à qui ?								
C'est une responsabilité qu'on pourrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est une responsabilité qu'on devrait transférer à d'autres professionnels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si transfert de responsabilité : à qui ?								☐

SELON VOUS, POUR L'EFFICIENCE DU DEPISTAGE DE CES DETERMINANTS DE SANTE :

⇒ Quels seraient vos besoins pour la réaliser ?

⇒ Quels éléments vous empêcheraient de le réaliser dans votre pratique ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Sans Opinion
Manque d'information	☐	☐	☐	☐	☐
Problèmes de compétences	☐	☐	☐	☐	☐
Manque de temps	☐	☐	☐	☐	☐
Problèmes d'organisation du travail	☐	☐	☐	☐	☐
Manque d'envie	☐	☐	☐	☐	☐
Autre					

⇒ Quelles idées proposez-vous pour valoriser cette démarche ?

⇒ Quel temps cela prendrait-il ?

⇒ A quelle fréquence faudrait-il le faire ?

⇒ Pensez-vous que d'autres professionnels devraient le faire ? Si oui, lesquels ?

⇒ Pensez-vous que les catégories de patients sont bien précisées ?
Faudrait-il les repréciser ?

⇒ Pensez-vous qu'il est pertinent de repérer ces déterminants ?

⇒ En dehors du critère d'âge, sur quels éléments cliniques et médico-sociaux réalisez-vous le repérage de ces déterminants ?

⇒ Comment valoriser ces actes ?

⇒ Devant un tel intérêt par rapport à ces déterminants, Pensez-vous qu'il doit y avoir un coordinateur ?

Oui	Non	Sans Opinion
☐	☐	☐

Si oui, qui ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Sans Opinion
Le médecin généraliste ?	☐	☐	☐	☐	☐
Le médecin gériatre ?	☐	☐	☐	☐	☐
Une structure publique ?	☐	☐	☐	☐	☐
Une structure complémentaire ?	☐	☐	☐	☐	☐
Les mutuelles de santé ?	☐	☐	☐	☐	☐
Autre					

⇒ Quel est votre idée sur la valorisation d'une telle pratique et de ces conséquences médico-économiques plus générales ?

⇒ Saviez-vous que la France est 1^{ère} en Europe en termes d'espérance de vie ?

Oui	Non	Sans Opinion
☐	☐	☐

⇒ Saviez-vous que la France est 10^{ème} en Europe en termes d'espérance de vie sans incapacités ?

Oui	Non	Sans Opinion
☐	☐	☐

2^{EME} PARTIE : LE TRANSFERT DE RESPONSABILITE ET DE COMPETENCE

Si vous pensez qu'un professionnel, autre qu'un médecin, doit faire cette recherche:

⇒ Quelles compétences doivent être exigées ?

⇒ Quelle responsabilité cette personne aurait-elle par rapport au médecin?

⇒ Ce transfert de responsabilité se situerait-il en :

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Sans Opinion
Secteur Public ?	☐	☐	☐	☐	☐
En libéral ?	☐	☐	☐	☐	☐
Autre					

⇒ Ce transfert de compétence peut-il concerner tous les patients ?

⇒ Quelle population pourrait bénéficier de ce transfert de responsabilité ?

⇒ En pratique, comment faire ce transfert de compétence ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Sans Opinion
Au sein de l'hôpital ?	☐	☐	☐	☐	☐
Au sein des cliniques ?	☐	☐	☐	☐	☐
Au sein des réseaux de santé ?	☐	☐	☐	☐	☐
Au sein des cabinets médicaux ambulatoires	☐	☐	☐	☐	☐
Au sein des maisons de santé ?	☐	☐	☐	☐	☐
Autre					

3^{EME} PARTIE : VOTRE SYSTEME DE SANTE ET LA PREVENTION

⇒ Comment percevez-vous les avantages de votre système de santé concernant la prévention des déterminants de santé liés au vieillissement ?

- ⇒ Comment percevez-vous les désavantages de votre système de santé concernant la prévention des déterminants de santé liés au vieillissement ?

- ⇒ Quelles sont les limites de votre système de santé ?

- ⇒ Racontez un cas favorable où votre système de santé a permis cette prévention des déterminants de santé liés au vieillissement.

4^{EME} PARTIE : COMMENTAIRES LIBRES

FORMULAIRE DU RECUEIL DE CONSENTEMENT

« ENJEUX ETHIQUES DE LA PRISE EN CHARGE PREVENTIVE DES DETERMINANTS DE SANTE LIES AU VIEILLISSEMENT »

Formulaire d'information et de consentement à la participation à une recherche non interventionnelle destinée aux chefs de services permettant l'accès aux comptes-rendus d'hospitalisation des patients.

Monsieur Benoit Tudrej, doctorant au Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale, Université Paris Descartes, dirigé par le Pr. Christian Hervé, au 45 rue des Saints-Pères 75006 Paris, médecin investigateur m'a proposé de participer à la recherche non interventionnelle intitulée : « Enjeux éthiques de la prise en charge préventive des déterminants de santé liés au vieillissement ».

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes ILE DE France 2 (08 août 2013).

OBJET DE L'ETUDE ET PROTOCOLE :

Ce projet de thèse en Recherche en Ethique Médicale s'intéresse à la qualité des soins apportés aux populations vieillissantes.

Suite à un précédent travail, nous avons mis en évidence que les gériatres, les spécialistes du vieillissement, insistent sur le rôle des médecins généralistes pour anticiper au maximum les morbidités liées au vieillissement physiologique et à la perte d'autonomie.

Nous nous intéressons donc à présent à la manière dont ces déterminants de santé sont intégrés dans le parcours de santé des personnes vieillissantes par l'ensemble des partenaires de soins. Après avoir interrogé les professionnels en ambulatoire, nous souhaitons évaluer si les services hospitaliers communiquent avec leurs partenaires de soins sur ces déterminants.

Nous étudions donc le contenu des comptes-rendus d'hospitalisation envoyés aux médecins traitants à la recherche des ces déterminants de santé en lien avec le vieillissement et le délai d'envoi aux médecins traitant après la date de sortie du patient.

Ce travail s'intéresse spécifiquement aux services de médecines et de chirurgies du CHU de Poitiers. L'investigateur accédera à tous les comptes-rendus d'hospitalisations des sorties réalisées pendant 3 mois consécutifs.

Les comptes-rendus seront consultés sur place, sur les ordinateurs de l'hôpital et ne seront en aucun cas conservés par l'investigateur.

Ils seront numérotés par ordre chronologique de sortie d'hospitalisation et aucune donnée nominative ne sera conservée.

Seules les données anonymisées seront conservées sur l'ordinateur de l'investigateur et une copie sera conservée sur un disque dur externe de l'investigateur.

Les résultats de l'étude seront transmis aux chefs de service dont les comptes-rendus ont été analysés à l'issue de la rédaction de la thèse.

J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées et j'ai pu disposer d'un temps de réflexion suffisant entre l'information et ma décision de participer à cette étude.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles et seront rendus anonymes.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès de Benoit Tudrej, Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine Légale, Université Paris Descartes.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche non interventionnelle intitulée : « **Enjeux éthiques de la prise en charge préventive des déterminants de santé liés au vieillissement** ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à compléter le à compléter

En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Médecin investigateur

Nom Prénoms

Tudrej Benoit

Signature :

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Enjeux éthiques à la formation des étudiants et des professionnels dans le cadre d'une prise en charge préventive des effets morbides du vieillissement

Résumé

Introduction.

Bien que rappelé dans la loi de Santé Publique de 2004, la prise en charge des déterminants de santé liés au vieillissement est insuffisamment prise en compte dans la démarche de soins primaires par les médecins généralistes (MG).

Objectifs

En comprendre les raisons et révéler les tensions éthiques qui en découlent. Quelles pistes pour améliorer cette prise en charge ?

Méthodologie

Phase 1 : Entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes. Phase 2 : Analyse des comptes rendus d'hospitalisations. Phase 3 : Analyse d'une méthode de coordination ville-hôpital.

Résultats

Les MG reconnaissent faire de la prévention cardiovasculaire essentiellement. Pour les autres déterminants, ils sont favorables à un transfert de compétence dont le champ reste à définir, mais ils souhaitent rester au centre de la prise en charge préventive. Les services hospitaliers abordent peu la prévention du vieillissement et ne prennent le relai que sur ce qui relève de leur spécialité. Les raisons sont multiples dont notamment le mode de financement et une approche médicale par pathologie.

Conclusion

La médecine intégrée devrait permettre une prise en charge de ces déterminants au prix d'un changement de paradigme concernant l'organisation des soins allant au-delà d'une meilleure coordination interprofessionnelle et ville-hôpital.

Mots clés (français)

Ethique, médecine intégrée, vieillissement, prévention, santé publique