

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Elodie PIBOYEU

Née le 27/05/1987 à Bergerac

Présentée et soutenue publiquement le : 08/10/2015

GESTION DE CAS ET DISPOSITIF D'INTEGRATION MAIA (METHODE D'ACTION POUR L'INTEGRATION DES SERVICES D'AIDES ET DE SOINS POUR L'AUTONOMIE) : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET SATISFACTION DES MEDECINS GENERALISTES, ETUDE EN MAINE ET LOIRE SUR ANGERS, AGGLOMERATION D'ANGERS ET PAYS SEGREEN.

Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur : Monsieur le Docteur CHAMBELLAND Didier

Dédicace :

Je tiens à remercier le Dr Didier CHAMBELLAND, d'avoir accepté de diriger ce travail et pour son aide.

Merci au Pr Jean-François HUEZ pour ses conseils et de me faire l'honneur d'être président du jury.

Merci aux autres membres du jury : Madame le Dr Marie-Pierre OMBREDANE, Monsieur le Pr Laurent CONNAN, Monsieur le Dr Eric CAILLIEZ, Monsieur le Dr Cyrille LAUNAY pour leur participation.

Merci à l'équipe de la MAIA d'Angers/Segré.

Merci à Annie.

Merci à ma famille.

Merci à Florian.



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e),
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un
document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une
violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage
à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : MEDECINE GENERALE

Par

Elodie PIBOYEU

Née le 27/05/1987 à Bergerac

Présentée et soutenue publiquement le : 08/10/2015

GESTION DE CAS ET DISPOSITIF D'INTEGRATION MAIA (METHODE D'ACTION POUR L'INTEGRATION DES SERVICES D'AIDES ET DE SOINS POUR L'AUTONOMIE) : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET SATISFACTION DES MEDECINS GENERALISTES, ETUDE EN MAINE ET LOIRE SUR ANGERS, AGGLOMERATION D'ANGERS ET PAYS SEGREEN.

Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur : Monsieur le Docteur CHAMBELLAND Didier

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. PROCACCIO
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GINIÈS, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
BARON Céline	Médecine générale
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique
DIQUET Bertrand	Pharmacologie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie

GARNIER François	Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine	Chirurgie générale
HUEZ Jean-François	Médecine générale
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale	Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
LEGRAND Erick	Rhumatologie
LERMITE Emilie	Chirurgie générale
LEROLLE Nicolas	Réanimation
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
MENEI Philippe	Neurochirurgie
MERCAT Alain	Réanimation
MERCIER Philippe	Anatomie
MILEA Dan	Ophtalmologie
NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent	Génétique
PRUNIER Fabrice	Cardiologie
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François	Néphrologie
URBAN Thierry	Pneumologie
VERNY Christophe	Neurologie
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale

ZAHAR Jean-Ralph
ZANDECKI Marc

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude
ANNWEILER Cédric
AUGUSTO Jean-François
BEAUVILLAIN Céline
BELIZNA Cristina
BELLANGER William
BLANCHET Odile
BOURSIER Jérôme
BRIET Marie
CAILLIEZ Éric
CAPITAIN Olivier
CASSEREAU Julien
CHEVAILLER Alain
CHEVALIER Sylvie
CONNAN Laurent
CRONIER Patrick
de CASABIANCA Catherine
DINOMAS Mickaël
DUCANCELLE Alexandra
DUCLUZEAU Pierre-Henri
FERRE Marc
FORTRAT Jacques-Olivier
HINDRE François
JEANGUILLAUME Christian
JOUSSET-THULLIER Nathalie
KEMPF Marie
LACOEUILLE Franck
LETOURNEL Franck
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène
MAY-PANLOUP Pascale
MESLIER Nicole
MOUILLIE Jean-Marc
PAPON Xavier
PASCO-PAPON Anne
PENCHAUD Anne-Laurence
PIHET Marc
PRUNIER Delphine
PUISSANT Hugues
SIMARD Gilles
TANGUY-SCHMIDT Aline
TURCANT Alain

Biophysique et médecine nucléaire
Gériatrie et biologie du vieillissement
Néphrologie
Immunologie
Médecine interne
Médecine générale
Hématologie ; transfusion
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pharmacologie
Médecine générale
Cancérologie ; radiothérapie
Neurologie
Immunologie
Biologie cellulaire
Médecine générale
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Médecine générale
Médecine physique et de réadaptation
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Nutrition
Biologie moléculaire
Physiologie
Biophysique
Biophysique et médecine nucléaire
Médecine légale et droit de la santé
Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie cellulaire
Histologie
Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Physiologie
Philosophie
Anatomie
Radiologie et Imagerie médicale
Sociologie
Parasitologie et mycologie
Biochimie et biologie moléculaire
Génétique
Biochimie et biologie moléculaire
Hématologie ; transfusion
Pharmacologie

novembre 2014

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur CHAMBELLAND Didier

Membres du jury :

Madame le Docteur OMBREDANE Marie-Pierre

Monsieur le professeur CONNAN Laurent

Monsieur le Docteur CAILLIEZ Eric

Monsieur le Docteur CHAMBELLAND Didier

Monsieur le Docteur LAUNAY Cyrille

Abréviations

AJ= Accueil de Jour

ARS= Agence Régionale de Santé

CARSAT= caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CDOM= Conseil Départemental de l'ordre des Médecins

CDS= Comité départemental stratégique= Table stratégique

CG= Conseil Général = Département

CIAP (comité d'intégration des acteurs et des projets locaux)= Table tactique

CNSA= Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DCA= Dispositif territorial de Coordination de l'Aval du court séjour hospitalier

EAAR= Equipe d'Appui d'adaptation et de réadaptation

ESA= Equipe spécialisée Alzheimer

FMC= Formation Médicale Continue

GC= Gestionnaire de Cas/ Gestion de cas = Gestion de cas complexes

IDEL= Infirmier (ère) Diplômé(e) d'Etat libéral(e)

INSEE= Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

MAD= Maintien à Domicile

MAIA= Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins pour l'Autonomie

MG= médecin généraliste

MSP= Maison de Santé Pluridisciplinaire

PAD= Personne Agée Dépendante

Parcours PAERPA= parcours des aînés

PSI= Plan de Service(s) Individualisé

UCC= Unité Cognitivo-comportementale

UHR= Unité d'Hébergement renforcée

URPS = Union régionale des professionnels de santé

VAD= Visite à domicile

Plan

1. INTRODUCTION :

- 1.1) Quelques données épidémiologiques
- 1.2) Justification du projet de thèse
- 1.3) Organisation d'une MAIA
- 1.4) MAIA Angers/Segré
- 1.5) Etat des lieux de la concertation au sein du territoire
- 1.6) La gestion de cas
 - a) Focus sur le métier de GC, ses missions
 - b) Etat des lieux : demandes et inclusions
- 1.7) OBJECTIF/ CPJ

2. MATERIEL ET METHODES

3. RESULTATS :

- 3.1) Taux de participation et caractéristiques de la population étudiée
- 3.2) Statistiques descriptives

4. DISCUSSION

5. CONCLUSION

6. BIBLIOGRAPHIE

7. LISTE DES FIGURES

8. LISTE DES TABLEAUX

9. TABLE DES MATIERES

10. ANNEXES

1) INTRODUCTION

Un des grands enjeux du vieillissement est de faire face à la perte d'autonomie et à l'entrée dans la dépendance tout en favorisant un maintien à domicile le plus longtemps possible. Il existe une fragmentation du service d'aides et les dispositifs d'intégration MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins pour l'Autonomie) visent à l'uniformiser dans un partenariat coresponsable.

1.1) Quelques données épidémiologiques

« Selon l'INSEE, la population des 75 ans et plus sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes ». (INSEE, édition 2006, M.DUEE, C.REBILLARD)

Dans les pays de la Loire, « la moitié des personnes âgées dépendantes (PAD) (33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030) vivent seules à leur domicile (65% femmes, 33% hommes). 33% des médecins généralistes déclarent suivre une vingtaine de PAD vivant à domicile avec une disparité homme/ femme dans la profession, selon le Relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) la patientèle des médecins hommes est plus âgée (16% > 70 ans en 2012) que leurs consœurs (9%). De plus en zone rurale, la probabilité de déclarer s'occuper de PAD (> de 20) est doublée avec une offre de soins qui diminue et des personnes de plus de 60 ans en nombre plus important. La prise en charge se fait par des visites à domicile le plus souvent, cela est chronophage mais permet le suivi de pathologie chronique, et de faire du dialogue avec l'entourage. Pour maintenir une continuité de soins, ils passent par les IDEL, les appels téléphoniques aux aidants, l'utilisation de carnet de liaison est plus ou moins efficace. 30% ont recours à des échelles d'évaluation de la dépendance, mais le plus souvent ce sont des médecins avec des diplômes de gériatrie, ou coordonnateur en EHPAD.

Au-delà du médical, la prise en charge est vue avec une dimension sociale et environnementale, mais 25% des médecins ont des difficultés : dans la coordination des différents intervenants professionnels et aidants, de même dans les milieux précaires, et pour les médecins plus jeunes (31% pour les moins de 49 ans contre 18% pour les plus de 56 ans) », quid de l'expérience ? (1)

Pour ce qui est de la rupture dans la prise en charge lors des hospitalisations, celles programmées sont minoritaires, liées à des limites organisationnelles (charge de travail,

manque de temps, disponibilité de l'interlocuteur défaillante). « 97% des hospitalisations sont non programmées et se font dans 70% des cas par admission au Service d'accueil des urgences ».(1)

1.2) Justification du projet de thèse :

L'idée des MAIA est née du plan Alzheimer 2008/2012, « Que l'appui apporté en tout point du territoire soit le même » (Menard, rapport au Président de la république 2007), et la mesure 4 prône « la labellisation sur tout le territoire de maisons MAIA » (2). La MAIA est une méthode de travail intégrative réunissant tous les acteurs du maintien à domicile, afin de simplifier le parcours de soins des aînés. Le but est d'apporter une réponse « harmonisée quel que soit le territoire » (notion de guichet intégré) (3).

L'étude a été menée sur une MAIA du Maine et Loire, département de la région Pays de la Loire. 94% des médecins ligériens déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante vivant à domicile (1), la prise en charge se fait par des visites le plus souvent et la très grande majorité estime qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique. Le plus souvent le médecin généraliste est au cœur de la mise en place d'aides : « 60% participent à la mise en place d'aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne » (1) . Le patient complexe doit être vu dans sa globalité et ceci nous amène à évaluer la plus-value de la gestion de cas, nouveau métier, qui évalue les besoins, coordonne et accompagne sur le long terme la personne âgée dite en situation « complexe » (4). La gestion de cas est un des volets de la méthode de travail des MAIA.

Le dialogue avec le médecin traitant est donc primordial. Selon la législation « le médecin doit s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients » (article L4130-1 du code de santé publique)(1). Il s'agit « d'un travail de collaboration, d'un échange de compétences » (5) mais « la dynamique interprofessionnelle est timide », « le médecin traitant est souvent critiqué, les gestionnaires de cas repèrent vite ceux avec qui il y aura un lien ou pas » (5). (Cf. Figure I : Pyramide organisationnelle). Le concept de guichet intégré signifie, rassembler l'ensemble des acteurs sur le territoire, comment articuler les professionnels entre eux.

La gestion de cas vise à apporter une aide individualisée, mais reste-t-elle encore méconnue ? La question est là, « le constat est clair selon l'INPES (5), « la majorité des professionnels interrogés ne connaît pas les MAIA » ; qu'en est-il des médecins ayant des patients en gestion

de cas ? Quelle perception ont-ils du dispositif ? Ont-ils la même conception des critères de « complexité », et connaissent-ils bien les missions des gestionnaires de cas ? Notamment l'articulation des aides et la promotion de la coresponsabilité des acteurs. Le gestionnaire est un référent pour la personne mais aussi pour la famille et il doit créer un lien de confiance. Il participe à la gestion administrative et financière (éventuellement à la mise sous protection juridique, aide au dossier APA) et à la dimension environnementale, en outre une amélioration du confort matériel et tente d'éviter les ruptures, les hospitalisations évitables non programmées.

Le public cible regroupe les personnes de 60 ans et plus avec une pathologie chronique évolutive et/ou en perte d'autonomie fonctionnelle, ainsi que les personnes de moins de 60 ans atteintes d'une maladie type Alzheimer ou apparentée. Finalement comment fait-on appel à la gestion de cas ? Cela peut être « selon le mode intégratif » : un professionnel du domaine sanitaire, social ou médico-social. La notion de coresponsabilité des acteurs : c'est à dire que plusieurs professionnels peuvent éventuellement s'associer pour faire une demande est chère aux MAIA.

La demande s'élabore via une fiche d'entrée en gestion de cas (disponible auprès du pilote de la MAIA coordonnateur territorial, ou via le CLIC). Celle-ci est étudiée en commission d'entrée avec les différents acteurs d'intégration MAIA et le patient inclus ou non.

L'impact est-il positif ? Le regard décroisé sur la prise en charge au domicile de la personne âgée est-il un idéal difficile à atteindre ?

1.3) Organisation d'une MAIA :

L'intégration passe par différentes tables de concertation ayant lieu 2 à 3 fois par an. Le Comité départemental Stratégique (CDS) réunit les différents porteurs, financeurs et représentants des usagers. Ils analysent, et prennent des décisions sur ce qui a été rapporté lors des Comités d'Intégration des Acteurs et Projets locaux (CIAP) rassemblant des représentants d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Les CIAP réunissent différents acteurs des secteurs sanitaire, social, et médico-social. Les professionnels de santé sont partie prenante des CIAP, il est noté une difficulté de mobilisation les libéraux notamment des médecins généralistes : « Le problème prégnant en termes de mobilisation est celui des professionnels de santé libéraux. Ils ont peu de temps à dégager sur des travaux de cet ordre et souvent ne souhaitent pas participer à de « grandes

réunions », c'est le cas notamment des médecins. Ils ne sont pas forcément réticents à participer, mais leur argument principal est celui du temps disponible et de l'absence de rémunération alors que cela leur ajoute du travail. C'est pour cela que, le plus souvent, ceux qui viennent le font dans le cadre de l'URPS et sont indirectement rémunérés dans le cadre de leur mandat. Or, la logique MAIA, c'est l'intégration qui ne passe pas par la rémunération supplémentaire d'une activité de coordination ». Rapport final, évaluation de dispositifs de santé, C.PICHON, C.OGE, octobre 2014, ARS. A noter cependant que dans les MSP il existe un nouveau mode de rémunération (NMR) facilitant leur implication (exemple : Pôles santé Haut Anjou, et Ouest Anjou).

Un problème est la communication de la MAIA. Il est vrai que le concept reste flou pour beaucoup d'acteurs. Les pilotes ont du mal à faire comprendre qu'il s'agisse d'une méthode pour travailler ensemble et non une maison, structure ou réseau : « Le langage et les concepts ne sont pas assez accessibles et ont pénalisé l'appropriation du dispositif par l'ensemble des acteurs ». Rapport final, évaluation de dispositifs de santé, C.PICHON, C.OGE, octobre 2014, ARS.

Il y a un besoin d'outils communs pour rendre concret le concept d'intégration. « Le partage d'outils est vu comme un des leviers de la MAIA pour améliorer le parcours », ARS. En Maine et Loire, par exemple les outils pour l'entrée en gestion de cas sont semblables.

1.4) La MAIA ANGERS/SEGRE :

Depuis septembre 2012, l'ensemble du Maine et Loire est couvert. (cf. Annexe 1 : carte de répartition des trois MAIA 49 et annexe 2 : MAIA Angers/Segré). La MAIA du territoire Angers-Segré a été mise en place en mars 2012 avec une première présentation aux acteurs.

Le porteur est l'association PASS AGE elle-même porteur du Réseau de Santé Gériatrique et de l'Equipe d'Appui en Adaptation et Réadaptation), le CLIC Anjou Bleu est lui co-porteur. Tout comme pour les deux autres Maia du département : l'ARS et le Département sont porteurs stratégiques selon une charte de co-gouvernance). Le financeur des MAIA est la CNSA (avec des fonds de l'assurance maladie) via l'ARS.

Le territoire compte 111 communes (sur les 363 communes du Maine-et-Loire) réparties sur 18 Cantons (parmi eux 6 cantons concernent Angers et sa périphérie) et 11 communautés de communes (CC). Il est donc composé de la Communauté d'Agglomération Angers Loire Métropole et le Pays du Haut Segréen : (cf. Annexe 3 : Répartition des communes).

Il y a trois gestionnaires de cas réparties entre Angers centre, agglomération d'Angers et Segré. Elles sont de métier d'origine infirmière diplômée d'état, assistante sociale et psychologue.

1.5) Etat des lieux de la concertation au sein du territoire :

Réunions et fréquence des CDS pendant la période étudiée c'est à dire du 21 février 2013 au 23 février 2015?

CDS en 2013 :

- 2 Comités Stratégiques Départementaux (48 participants) Pilote en co-animateur

Exemples de structures représentées : Conseil général de Maine-et-Loire et Direction de l'Efficiencia de l'Offre à l'ARS Pays de la Loire, financeurs : CARSAT Pays de la Loire, Mutualité Française Anjou Mayenne, élus : Conseiller général, Association des Maires, représentant Contrat Local de Santé, représentants des dispositifs favorisant l'intégration: CLIC de l'Anjou Bleu, CLIC IGEAC, Coordination Autonomie du Saumurois, Dispositif territorial de Coordination de l'Aval du court séjour hospitalier (DCA), France Alzheimer 49, Plateforme gérontologique PASS AGE, les trois Pilotes MAIA, responsables administratifs de l'ARS Pays de la Loire, responsables administratifs du Conseil général de Maine-et-Loire.

- ✓ CDS n°2- juin: 22 participants (3 pilotes inclus)
- ✓ CDS n°3-Décembre: 26 participants (3 pilotes inclus)

En 2014 :

- 1 CDS (19 participants) Animation ARS/CG
- ✓ CDS n°4- juillet : 19 participants

Réunions lors des CIAP nombre/qualité des participants? Présence de libéraux? Notamment Médecins Généralistes?

En 2013 :

- 3 Comités d'Intégration des Acteurs et Projets locaux (64 participants) Pilote animateur

- ✓ CIAP n°2- Mars: 26 participants

Exemple des intervenants : CLIC, Réseau de Santé gérontologique, SSIAD, SAD (public et privé), ESA, EAAR, EMG du service gériatrie du CHU d'Angers, CESAME, HAD, EHPAD, EHPAA, résidences seniors, CHU et CH Pouancé, Segré, Candé, SSR, Pôle gérontologie du CCAS d'Angers, UCC, UHR, AJ, DCA, Médecins traitants, IDE, deux Services tutélaires (UDAF et CJC), Plateforme d'accompagnement et de répit, Plateforme de services médicosociaux.

- ✓ CIAP n°3- Mai: 18 participants

- ✓ CIAP n°4- Septembre: 20 participants

En 2014 :

- 3 CIAP (90 participants) Animation pilote

- ✓ CIAP n°5- janvier : 30 participants

- ✓ CIAP n°6-avril : 24 participants

- ✓ CIAP n°7- octobre : 36 participants.

Il y a une centaine d'acteurs destinataires des CIAP, avec une sous représentativité du corps médical, professionnels libéraux et établissement privés lucratifs. Des médecins traitants sont intégrés dans le dispositif MAIA mais sous représentés, les médecins assez présents sont des médecins coordonnateurs ou gériatres hospitaliers ou encore chefs de pôle. Les pilotes s'appuient sur les URPS et CDOM mais les libéraux restent sous représentés : qu'ils soient infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens etc... Les médecins généralistes sont difficiles à mobiliser, pour les contacter ils ont peu d'adresses mail, peu de rencontres individuelles sont faites (voire pas, en dehors des MSP, pôles santé).

Cette mobilisation des médecins généralistes via les questionnaires de cas est aussi difficile car ces dernières priorisent la présentation et la mobilisation autour de la gestion de cas, déjà difficile à transmettre. L'information doit passer par d'autres moyens, mailing, courriers de

présentation, sensibilisation dans les FMC, rôle du médecin coordonnateur dans les EHPAD ? qui pourraient laisser des notes aux médecins qui font leurs visites ou proposer un temps d'information, visites. Il reste cette problématique.

1.6) La gestion de cas :

a) Focus : LE METIER DE GC, LES MISSIONS :

Le gestionnaire de cas intervient au domicile pour un patient dont la complexité se traduit par une limite à la prise en charge dans un spectre élargi médico-social et sanitaire, il a un rôle d'accompagnant global, et d'appui pour tenter de « débloquer une situation », afin de permettre un maintien à domicile. C'est un nouveau métier avec une formation spécifique de Diplôme Interuniversitaire de gestion de cas. Les candidats ont très souvent une antériorité professionnelle, une expérience en gérontologie et de l'aide au domicile. Par la suite, ils ont une Formation continue, des rencontres régionales, et en Maine et Loire une Analyse de Pratiques 49...

Il s'occupe des situations complexes nécessitant un suivi multidimensionnel soutenu et au long cours c'est-à-dire des situations « lourdes », sur lesquelles les autres professionnels se sentent démunis, ou sont limités dans leur intervention et qui aboutissent à une difficulté de maintien à domicile (refus de soins, isolement, famille à bout, maltraitance, spoliation, pathologies lourdes associées...) Le gestionnaire de cas est un accompagnant global de la famille sur le LONG TERME, sur le plan sanitaire et social (évaluation multidimensionnelle), il doit être réactif et structurer, organiser le maintien à domicile avec une coordination des professionnels : notion d'intégration clinique. Il élabore un Plan de Service(s) Individualisé (PSI), afin de planifier les services à effectuer, et identifier les besoins déjà comblés et ceux à combler.

La gestion de cas tend à être une entité à part entière, ce sont ces professionnels qui agissent sur le terrain. Par ailleurs, il optimiserait la prise en charge pour les médecins traitants qui manquent de temps pour cela. Le temps est gage de qualité. Concernant leur cadre d'intervention, il reste insuffisamment délimité, avec trop de services propres rendus à la personne, mais qu'en est-il alors du lien de confiance à établir, du rôle d'accompagnement ?

Il manque un statut juridique clair quant au secret médical. En revanche, la pratique est auréolée par un référentiel de compétences et d'activités.

Le GC subit une forte sollicitation, du fait même de son rôle, il est très attendu. Quel est son degré de responsabilité ? Il doit prendre des décisions importantes, quand personne ne les prend. Le nombre de cas par gestionnaire est fixé à quarante mais cela a un impact sur la qualité et la rapidité de la réponse aux problématiques de la personne gérée car ce nombre est élevé. Et des ambiguïtés persistent sur le public cible pouvant potentiellement prétendre à la gestion de cas, il est discuté un élargissement vers la dépendance, ou encore les pathologies mal connues par les gestionnaires, comme les maladies psychiatriques.

(cf. Annexe 4 : carte de répartition des GC sur le 49).

b) Etat des lieux des demandes et inclusions :

Commission d'entrée : combien de réunions durant la période étudiée? Combien de situations réorientées par rapport aux acceptations? Qualité des présents lors des commissions?

Le demandeur d'une inclusion de patient remplit une fiche avec un recueil d'informations. (cf. Annexe 5 : fiche d'entrée en GC).

Les commissions d'entrée (CE) sont hebdomadaires et pluridisciplinaires: les acteurs participants à l'intégration sont de 3 à 4 par CE pour 1 représentant/champ (médical/social/médico-social, coordination), le pilote, et le GC. Les acteurs sont inscrits trimestriellement via le pilote.

Une fiche de décision de la commission d'entrée remplie par le GC et le pilote et signée par le pilote, est envoyée le jour même ou le lendemain au(x) demandeur(s). (cf. Annexe 6 : Décision de GC et Annexe 7 : Lettre type d'info au médecin traitant si accepté)

Situation en 2013 : Répartition territoriale gestion de cas

Angers : 26 inclusions, 17 situations actives, 9 sorties

Agglomération : 20 inclusions, 14 situations actives, 6 sorties.

Segréen : 18 inclusions, 14 situations actives et 4 sorties.

En 2013: CE

✓ 23 commissions d'entrées

- ✓ 77 Demandes (dont 19 co-demandes)
- ✓ 64 personnes suivies
- ✓ 13 Refus (réorientations)

Intervenants : CLIC, ESA, SAD, SSIAD, Réseau gérontologique, CH, Césame, AJ, HAD.

En 2014 :

91 demandes, 64 inclusions et 31 réorientations

File active de 78 gestions de cas au 31/12/2014 (28 Angers, 23 Agglomération, 27 Segréen) et 61 au 01/01/2015.

Combien de personnes ont été suivies par les gestionnaires de cas pour la période donnée. Temps que cela représente? (cf. : Annexe 8 : carte de répartition des GC sur MAIA Angers/Segréen)

Au 31/12/2014 versus début 2015 :

Nombre moyen d'inclusion par mois par GC : 1.69/1.5 (5 en janvier, 4 en février)

Nombre moyen de situation par GC : 29

Délai entre la demande d'entrée et la première intervention en GC : 22.4 jours

Délai entre la commission d'entrée et la première intervention en GC : 14.16 jours

Durée moyenne d'intervention en GC : situations actives et sorties : 246 jours/248 jours

Quelle est la particularité du Segréen et la différence avec Angers/agglomération, territoire urbain?

Angers est le pôle urbain principal avec une densité élevée (3546 hab/km²) tandis que le territoire du segréen rural et étendu est faiblement peuplé (48 hab/km²).

La répartition des inclusions et la file active sont peu différentes entre Angers/ agglomération et le Segréen en revanche il y a moins de sorties car moins d'entrées en EHPAD sur le Segréen.

Une différence fondamentale en revanche, pour le pays du Haut Segréen, Angers et Agglomération est la distance géographique pour le GC. Le temps de route est plus important, le planning doit donc être organisé en fonction, les visites à domicile (VAD) sont moins nombreuses sur une journée, ou sont regroupées, si possible, par zone géographique. Aussi, le territoire rural peut paraître moins structuré, moins lisible en coordination et moins doté en ressources, ce qui ne facilite pas non plus le travail du GC, qui doit aussi se mobiliser pour la recherche d'offres, voire parfois dépasser ses missions.

Par ailleurs, aucune étude ou recueil de données concernant le temps passé sur chaque action par les GC n'a encore été menée. Ceci est en projet pour la rentrée 2015/2016 au niveau MAIA 49.

Le travail du GC est un temps qualitatif, difficilement quantifiable. La répartition entre tâches administratives, temps de coordination, temps d'accompagnement auprès de la personne n'est pas quantifiée.

Le nombre de VAD est en moyenne de 2 à 3 par jour, mais sur une semaine type, les GC n'ont pas de VAD tous les jours. Par VAD cela comprend : visite à l'hôpital, accompagnements en consultation, visite d'EHPAD...). Il y a aussi, les temps de bureau (téléphone, rédaction de PSI, évaluations, synthèse, tâches administratives relatives aux dossiers), les réunions de concertation, les réunions d'équipe, rencontres partenariales ou formations. (Cf. : Annexe 9).

1.7) Objectif de l'étude :

Afin de mieux connaître la méthode de déploiement que constitue la MAIA, un intérêt a été porté plus particulièrement sur l'intégration clinique par la gestion de cas.

La gestion de cas est en effet un des maillons de la chaîne et ne concerne qu'une minime partie de la population concernée par le territoire MAIA.

Objectif principal : Savoir si la gestion de cas a un impact positif en termes d'appui à la coordination avec le médecin traitant pour les situations dites « complexes » : la satisfaction globale.

Objectif secondaire : Etat des lieux des connaissances de médecins généralistes ayant des patients en gestion de cas : évaluation sur le site Angers et agglomération/Segré.

2) MATERIEL ET METHODE

Etude quantitative, analytique via un questionnaire auprès de médecins généralistes d'Angers et agglomération et du Segréen qui ont des patients en GC (gestion de cas) : n=86, avec un total de 129 GC (situations entrées et sorties entre le 21 février 2013 et 23 février 2015). Le nombre de médecins envisagé pour l'étude était trop important pour travailler sur des entretiens dirigés.

Le questionnaire a paru être une méthode d'investigation peu fastidieuse et claire pour les médecins. Afin d'optimiser le taux de réponse, en vue d'une analyse suffisamment significative, la plupart des questions étaient fermées, seules certaines ont été laissées volontairement ouvertes.

Critère de jugement principal : le taux de satisfaction globale sur la gestion de cas.

Le questionnaire n'a pas été testé au préalable, il a été relu plusieurs fois par le directeur de thèse et la pilote de la MAIA et validé. Le questionnaire était composé de trois parties (cf. : Annexe 10). La première mettait en avant la population de médecins étudiée. La deuxième les interrogeait sur leurs connaissances du réseau d'aides à domicile. Et la troisième portait sur les connaissances de la gestion de cas et la satisfaction qu'ils en avaient.

Le logiciel Google Drive a été utilisé pour établir le questionnaire, l'idéal était l'envoi par email mais très peu d'adresses e-mail étaient disponibles donc l'envoi s'est fait par courrier postal avec une entête explicative sur le questionnaire et une enveloppe de retour pré-timbrée adressée au domicile principal du responsable du travail. 86 questionnaires ont été envoyés. L'envoi a eu lieu le 28 février 2015 et les réponses ont été recueillies tout au long du mois de mars 2015. Aucune lettre de rappel n'a été envoyée.

Une base de données a été créée sur un tableur Excel. Les modalités des questions ouvertes ont été regroupées et analysées manuellement sur Excel pour les autres questions, l'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel EpiInfo version 3.5.4.

La recherche bibliographique a eu lieu de juillet à octobre 2014. L'essentiel a été trouvé sur des sites gouvernementaux. La liste des recherches se trouve à la fin de cet écrit.

3) RESULTATS

3.1) Taux de participation et caractéristiques de la population étudiée

Sur 86 questionnaires envoyés, 37 ont été retournés, sur la période retenue.

Le taux de réponse était de 43%.

A partir des 37 questionnaires reçus par courrier, les diverses questions ont été transformées pour la plupart prenant un nombre déterminé de valeurs en variables, exceptées pour les trois questions ouvertes. Les réponses ont été codées en attribuant à chaque réponse possible un chiffre suivant l'ordre des réponses (1 pour la première réponse, 2 pour la deuxième réponse, etc...).

(Cf. : Annexe 11: Le catalogue des variables en annexe répertorie les différentes variables qui ont été créés à partir des questions posées et explicite leur noms ainsi que le codage correspondant).

3.2) Statistiques descriptives

Composition de la base de données : pour chaque graphique ou tableau se référer au catalogue des variables en annexe pour en connaître la signification.

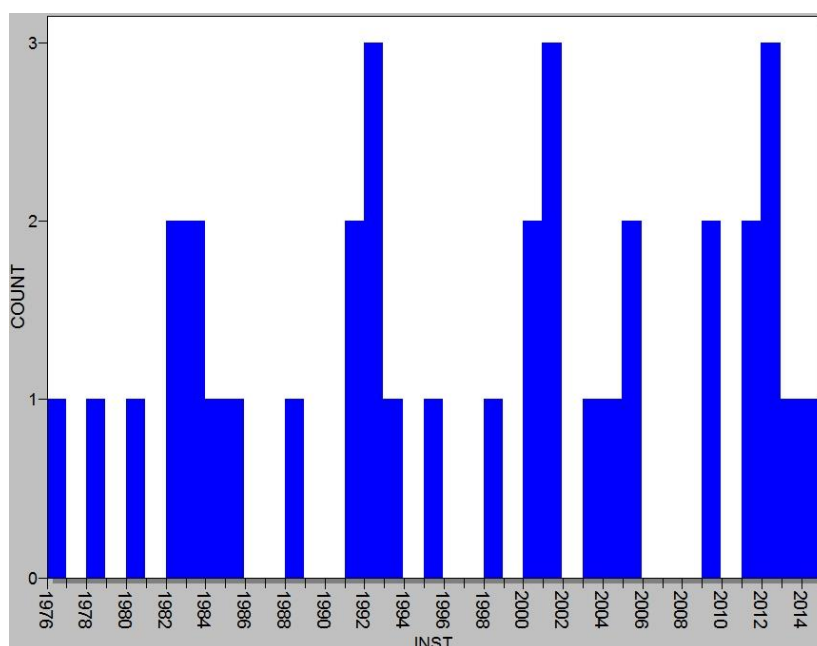
PROFESSION : typologie de l'échantillon de médecins généralistes

SEXE

L'échantillon était constitué de 32.4% de femmes et de 67.6% d'hommes.

INSTALLATION

Par rapport à l'année d'installation plus de 75% des médecins interrogés étaient en activité depuis plus de 10 ans, 22.2% depuis plus de vingt ans et moins de trente, 25% depuis 30 ans ou plus, et moins de 25% depuis 2005.



MODE D'ACTIVITE

Pour la très grande majorité les médecins exerçaient en libéral pur (85.3%) contre 14.7% qui avaient une activité mixte.

LIEU

Les médecins exerçaient en groupe pour 81.8% et seuls pour 18.2%. Il faut noter que le taux de réponse à cette question était de 59.4%.

Tableau 1 : Comparaison de la population des médecins généralistes étudiée avec la population de généralistes des Pays de la Loire et de France entière

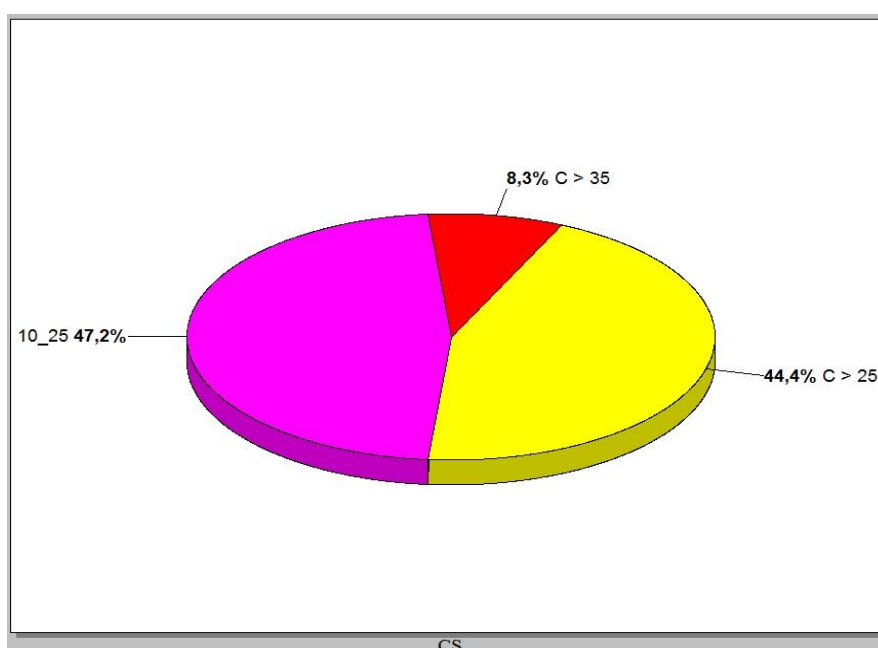
		Enquête			PDL	France
		Nombre	%	IC	%	%
Sexe	Homme	25	67,6	(50,2-82)	54,6	56,4
	Femme	12	32,4	(18-49,8)	45,4	43,6
	Total	37				
Mode d'exercice	Mixte	5	14,7	(5-31,1)	5,6	6,6
	Libéral	29	85,3	(68,9-95)	63,8	60,7
	Total	34				

*Source : drees.sante.gouv.fr/la-demographie-des-medecins-rpps, Les médecins au 1^{er} janvier 2015 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Avez-vous reçu une formation complémentaire en gériatrie sur le plan professionnel ?

80.6% n'ont pas complété leur formation, 18.2% l'ont fait.

Moyenne de consultations par jour



CONNAISSANCES DU RESEAU D'AIDES A DOMICILE

Quels types de structures/organisations/dispositifs pour le MAD connaissez-vous ?

91.9% connaissaient le CLIC

89.2% le SSIAD

81.1% les SAD

48.6% l'ESA

97.3% l'HAD

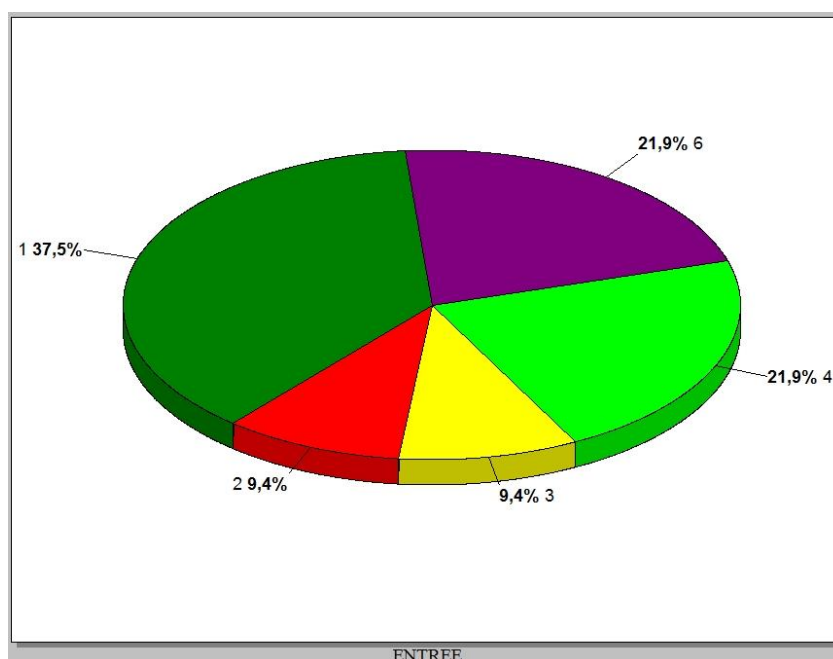
73% la MAIA.

Etes-vous satisfait de la communication avec les différents professionnels ?

La plupart des médecins interrogés étaient satisfaits pour 69.4%, 27.8% pensaient que cela pourrait être mieux, 2.8% ne l'étaient pas.

LE PROCESSUS D'INTEGRATION MAIA

Comment votre patient a intégré le dispositif ?



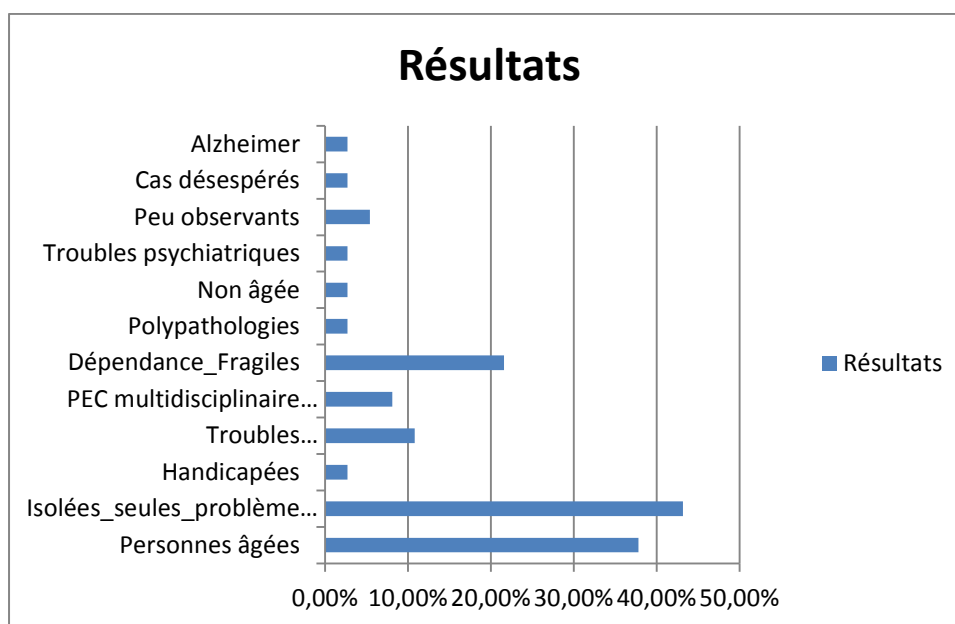
Y trouviez-vous un intérêt ?

La plupart des médecins interrogés trouvait cela intéressant 70.6%, 5.9% non, et 23.5% ne se sont pas prononcés.

Ce dispositif d'intégration et de gestion de cas a-t-il répondu à vos attentes ?

La satisfaction était de 89.7%. Le taux de réponse à cette question était de 78.3%.

Pour vous quelle est la population cible ?

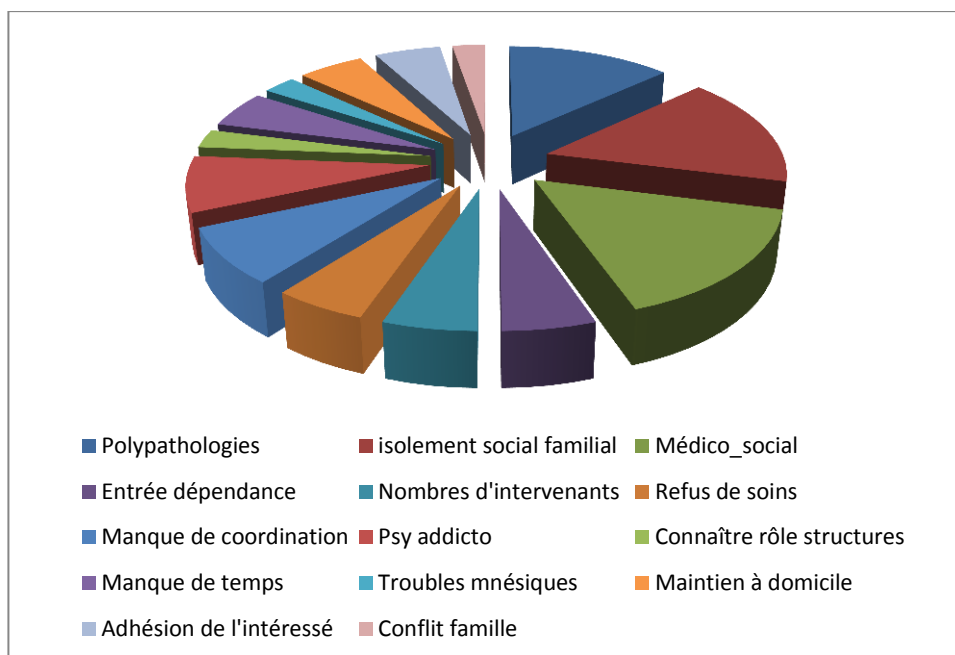


Pour cette question ouverte les réponses ont été rassemblées en douze grandes catégories explicitées dans le catalogue de variables.

Pour les médecins interrogés, il s'agissait surtout des personnes isolées socialement, seules à domicile, sans aides familiales, avec un environnement défaillant (43.2%) ; personnes âgées (sans âge défini) 37.8% et personnes dépendantes, fragiles (21.6%) qui étaient évoquées au premier plan.

Le taux de réponse à cette question était de 81.1%.

Qu'est-ce que pour vous la complexité au regard de « cas complexes » et « gestion de cas » ?

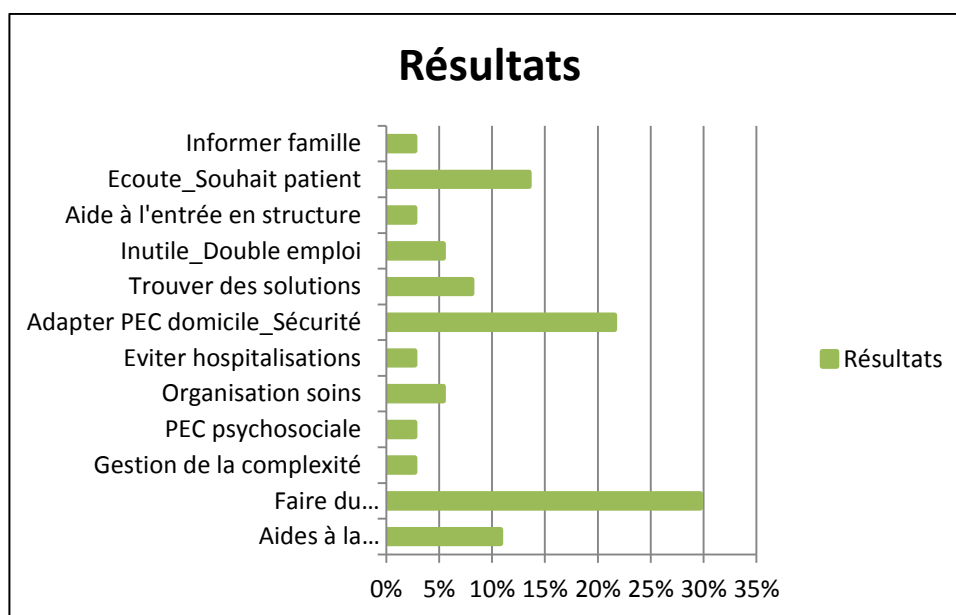


Pour cette question ouverte, quatorze catégories rassemblaient les critères retrouvés dans les réponses.

Les critères de complexité qu'ont exprimés les médecins sont en grande partie le fait que le patient soit justement isolé socialement avec peu ou pas de famille (16.2%), la gestion non pas seulement du médical mais aussi des problèmes sociaux et de l'administratif (16.2%), et le fait qu'ils sont souvent poly pathologiques voir avec des pathologies chroniques (13.5%). Puis viennent le manque de coordination avec une multitude d'intervenants, le manque de temps, le fait de se heurter au refus de soins de la part des patients, les différentes structures du MAD dont le rôle est à connaître, retenir... et les pathologies psychiatriques.

Le taux de réponse à cette question était de 70.3%.

Quelles sont les missions d'un gestionnaire de cas ?



Les réponses ont été regroupées en douze catégories et les plus fréquemment données étaient : faire du lien /orienter/coordonner les différents intervenants, évaluer (29.7%) ; adapter la prise en charge au domicile, gérer les difficultés du MAD, et sécuriser (21.6%) ; écoute du patient et de la famille/ prise en compte du souhait et des prise de décisions de l'intéressé (13.5%) ; aide à la personne/ conseil/démarches et accompagnement (11%).

Le gestionnaire de cas devait trouver des solutions pour 8.10% et son rôle n'était pas compris par 5.4% (notion de double emploi avec le CLIC).

Le taux de réponse à cette question était de 73%.

Le GC a-t-il facilité l'évaluation multidimensionnelle de votre/vos patients ?

80% des médecins interrogés ont trouvé que cela leur avait permis de mieux évaluer leur patient contre 20%.

Le GC a-t-il facilité l'anticipation ?

Pour 70% des médecins interrogés, la gestion de cas a permis de mieux appréhender le quotidien, et en amont de gérer les hospitalisations programmées, faire face aux situations aiguës.

Le GC a-t-il permis de diminuer le nombre d'hospitalisations non programmées ?

La réponse était oui pour 51.7% et non pour 48.3%.

Cela a-t-il permis un regard global sur le domicile ?

Pour 83.9% cela a apporté une vue d'ensemble sur le patient et son mode de vie, et pour 16.1% non.

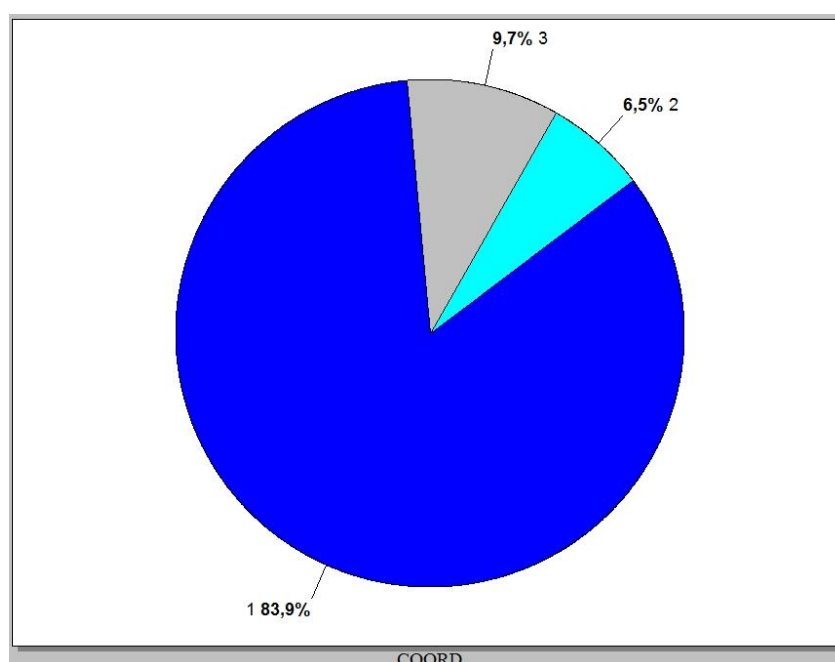
Face à un refus d'aide et/ou de soins, le GC a-t-il été un levier grâce à une relation de confiance ?

Les médecins interrogés ont pour 53.1% trouvé que le GC apportait une aide en cas de situation de crise et de débloquer la situation, 37.5% n'ont pas rencontré le problème, et 9.4% ont trouvé que cela ne leur avait pas servi.

Est-il pour vous un soutien aux aidants ?

Le GC est un soutien aux aidants qu'ils soient familiaux ou professionnels pour 77.4% des médecins et 22.6% n'ont pas rencontré de situation ayant nécessité un soutien particulier aux aidants.

Cela a-t-il amélioré pour vous la coordination, la coresponsabilité sur le terrain pour la prise en charge au domicile ?



Globalement les médecins sont satisfaits du rôle sur le terrain de coordination entre les différents intervenants.

Le relationnel avec le GC s'est-il bien passé ?

La majorité des médecins interrogés étaient satisfaits de leurs rapports avec le gestionnaire de cas : très bien 56.3%, bien 25%, assez bien 15.6%, pas bien 3.1%.

Pensez-vous être bien informé du suivi du patient par le gestionnaire de cas ?

90.3% pensaient être bien informés contre 9.7%.

Le GC a-t-il permis la mise en place et le maintien d'un plan d'aide et de services ?

Un plan d'aides individualisé pour le patient a pu être mis en place pour 83.3% des médecins interrogés contre 16.7%.

Recommanderiez-vous cet outil de coordination ?

La totalité des réponses était positive pour un taux de réponse de 83.8%.

Parlez-vous en spontanément dans votre entourage professionnel ?

Par contre 53.1% seulement en parlent facilement et informent alors que 46.9% non.

4) DISCUSSION

Concernant tout d'abord la population étudiée pour la proportion sexe et mode d'exercice dans notre enquête il y avait une différence significative par rapport aux chiffres des Pays de la Loire et de la France probablement du fait d'un biais de sélection et d'un effectif réduit, même si les médecins hommes (67.6% vs 56.4% en France) et travaillant en libéral (85.3% vs 60.7% en France) prédominaient, il est peu probable qu'elle soit extrapolable.

Les médecins interrogés avaient une bonne connaissance des aides disponibles, notamment le CLIC très majoritairement (91.9%) mais tous n'ont pas répondu qu'ils connaissaient la MAIA (73%) d'où le taux de réponse sur les autres questions spécifiques à la gestion de cas par la suite alors que nous avons adressé le questionnaire uniquement à des médecins qui ont des patients en GC... Le taux de réponse sur les ESA peut s'expliquer par le fait qu'il n'y ait que 2 antennes principales siégeant une à ANGERS et l'autre à Tiercé, une troisième intervient sur une petite partie du territoire et est située à Beaulieu sur Layon. La réponse proposant SAD était peut être réductrice : décrire d'avantage (portage des repas, téléassistance, ADMR, gardes de nuit..) aurait été plus parlant. L'offre sur le territoire sera bientôt plus facile d'accès, un Répertoire Régional des Ressources des Pays de la Loire est en cours de déploiement.

Aucun des patients concernés par la GC dans l'échantillon n'est entré via un séjour en Soins de suite et réadaptation, le CLIC (37.5%), le CHU (21.9%) et l'appel direct via le GC (21.9%) sont les modes d'entrées principaux, 9.4% par le médecin généraliste. A noter que pour la MAIA Angers/Segré les GC participent aux réunions de concertations pluridisciplinaires au CHU d'Angers.

Les dates ne sont exactement identiques à la période étudiée mais si une comparaison est faite avec les données de la MAIA :

origine de la demande en 2013 : 29% par CLIC, 23% réseau gérontologique, 8% par SSR, 8% CHU, 4 % médecin traitant, 3% MAIA, 6% SSIAD, 5% SAD.

En 2014 : 24% CLIC, 15% médecins traitants, 12% réseau gérontologique, 11% CHU/Hôpital local, 7% SSR, 7% SSIAD, 5% SAD, 6% IDE libéraux.

Le taux de satisfaction quant à la gestion de cas est de 89.7%.

La population cible était mal définie par les médecins interrogés (cf. Annexe 5), des similitudes dans les réponses avec la question sur les critères de complexité ont été retrouvées.

Les critères de complexité étaient par contre bien définis (cf. Annexe 5), simplement il manquait la notion de suivi médical difficile (les médecins parlaient plus de poly pathologies ou de pathologies chroniques) ou encore parfois l'absence de médecin traitant.

Les médecins généralistes avaient une bonne représentation des missions de gestionnaires de cas : accompagnement sur le plan social, sanitaire et médico-social, évaluation multidimensionnelle et rôle de coordination des intervenants. Mais la notion de référent unique sur du long terme n'a pas été soulevée.

70% des médecins ont trouvé que la gestion de cas permettait de mieux anticiper sur les situations aiguës et notamment le recours à des hospitalisations programmées plutôt que l'inverse. En revanche sur les hospitalisations non programmées les médecins interrogés étaient très partagés sur cette question pour un peu plus de la moitié (51.7%) cela aurait permis de diminuer les hospitalisations inopinées. Cette question devrait faire l'objet d'une étude à plus grande échelle en collaboration avec le Service d'accueil des urgences.

La plus-value de la gestion de cas passait aussi par un regard global sur le domicile, une amélioration de la coordination et de la coresponsabilité sur le terrain (83.9%).

Tous les médecins (pour un taux de réponse de 83,8%) auraient recommandé la gestion de cas.

Mais 53.1% en parlaient spontanément autour d'eux, quid du relais de l'information ? Tous les médecins interrogés ne connaissaient pas la MAIA et finalement sur le nombre de répondants 2 personnes ont trouvé la gestion de cas inutile et ne comprennent pas toujours bien la différence avec le CLIC. Un appel téléphonique d'un médecin à qui le questionnaire avait été envoyé, rapportait qu'il n'avait pas répondu et fait de retour car il pensait que cela ne le concernait pas.

Le CLIC a un rôle d'accueil du grand public et d'information, d'orientation et initie un plan d'aide éventuel, mais la différence principale avec la gestion de cas est que celle-ci a un rôle de suivi soutenu. Peut-être dans l'avenir la gestion de cas sera-t-elle relayée au niveau d'une plateforme gériatrique incluant un CLIC pour plus de lisibilité, en effet les

médecins comme d'autres acteurs et encore plus les patients se perdent dans les méandres de cette organisation des dispositifs d'aides et de soins.

Les difficultés de définition CLIC/ MAIA-Gestion de cas devraient faire l'objet sur le territoire de mesures de communication par la mise à disposition de fiches d'information claires et concises par les CLIC justement avec des coordonnées, ou envoyées directement dans les cabinets des médecins.

Les forces de l'étude :

Sur la méthode pour juger de la pertinence de la gestion de cas nous avons choisi la satisfaction, l'avantage en était également l'appréciation globale de l'aide apportée par la gestion de cas.

Sur les résultats, le taux de participation était élevé pour ce genre d'enquête, les médecins généralistes étaient directement concernés et le maintien à domicile est un sujet actuel, les situations complexes sont de pratique courante en médecine générale.

Les concepts de MAIA et gestion de cas étaient encore récents et peu de travaux avaient été réalisés à ce moment-là.

Les faiblesses de l'étude :

Sur la méthode aucune relance n'a pas pu être lancée car anonymat des retours et pas de mailing disponible. Le questionnaire aurait pu être retourné non anonymement au départ afin de pouvoir faire un rappel téléphonique aux médecins n'ayant pas répondu et ensuite rendre les résultats anonymes pour l'étude.

Il aurait été intéressant de demander où exerçaient exactement les médecins et combien de patients en GC ils avaient.

L'étude porte sur un effectif limité de médecins généralistes, choisis de manière non aléatoire, il existe donc un biais de sélection. L'élargir à un niveau régional ou national avec un nombre significatif de médecins apporterait de la puissance.

Les réponses exploitables ont été analysées en excluant les non réponses.

5) CONCLUSION

Depuis le plan Alzheimer, la société a changé de mentalité sur le maintien à domicile qui fait partie du futur dans la prise en charge de nos aînés. La qualité de la formation des intervenants s'améliorent. De multiples services d'aides existent et la mouvance tend à l'uniformité avec une vraie collaboration des acteurs.

En terme de coût, il serait intéressant de budgétiser le maintien à domicile par rapport à l'institutionnalisation trop précoce.

La gestion de cas a sa place, concrète sur le terrain, le travail est essentiel, mais le nombre limité de GC par MAIA et le nombre élevé de personnes prises en charge par le GC pose un problème dans la réponse aux demandes qui croissent.

Allons-nous vers une dissociation MAIA (méthode de travail), gestion de cas ou une reformulation du concept ? le pilote doit manager l'équipe de gestionnaires et jouer son rôle en terme de mobilisation des acteurs et d'information des porteurs, quelle est sa charge de travail ?

Vers la création d'un poste de super pilote pour gérer le rôle de transversalité au niveau départemental ?

L'essentiel doit dans l'avenir proche se concentrer sur la communication et le renforcement de ce qui existe déjà, la création d'autres dispositifs ou structures ne ferait qu'accroître le flou évoqué par un grand nombre de professionnels.

La gestion de cas a un impact positif sur la coordination avec le médecin traitant autour du patient suivi, la satisfaction globale en est la preuve. Les médecins ayant des patients en GC connaissent les critères de complexité et les missions d'un GC.

Qu'en est-il des connaissances et de l'intérêt porté par des médecins qui n'ont pas de patients en GC ?

6) BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire régional PDL, ARS Dépendance et Domicile 2014 [Internet]. [cited 2014 Oct 26]. Available from: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/publications/2014/2014_7_dependedomicile_Panel2MGpdl.pdf
2. Site du Gouvernement. 44 mesures - Plan Alzheimer 2008 - 2012 [Internet]. [cited 2014 Oct 26]. Available from: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-44-mesures-.html>
3. Presentation MAIA_PACSS_ARS.pdf juillet 2014 [Internet]. [cited 2014 Oct 26]. Available from: http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/05-actualites/Agenda/seminaire_PACSS_PAERPA_03072014/Presentation_MAIA_PACSS_ARS.pdf
4. Corvol A, Moutel G, Somme D. La gestion de cas en gériatrie : nouveau métier, nouvelles questions. *Gérontologie Société*. 2012 Oct 10;n° 142(3):195–204.
5. L'évolution des perceptions et de la satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer - rapport-maia.pdf [Internet]. [cited 2014 Oct 6]. Available from: <http://alzheimer.inpes.fr/pdf/fr/rapport-maia.pdf>
6. Cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer [Internet]. [cited 2014 Jun 10]. Available from: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CCN_MAIA_BO_2011_10_15nov11.pdf
7. CNSA_Cahier Pédagogique_MAIA_HD.pdf [Internet]. [cited 2014 Oct 26]. Available from: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_CahierPe_dagogique_MAIA_HD.pdf
8. ARS CP C.OGE. Evaluation des dispositifs MAIA PDL [Internet]. 2014. Available from: http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/publications/2014/Rapport_MAIA_2014.pdf
9. Somme D. Filières de soins, intégration, gestion de cas et maintien de l'autonomie des personnes âgées [Internet]. Reims; 2008 [cited 2015 Jun 23]. Available from: <http://www.theses.fr/2008REIMM202>
10. DUEE Michel, REBILLARD Cyril. La dépendance des personnes âgées: projection en 2040 [Internet]. 2006. Available from: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zp.pdf
11. Höft B, Paulus HJ. [Guidelines for integrated management of demented patients in nursing homes for the elderly]. *Z Für Gerontol Geriatr*. 1996 Apr;29(2):150–8.
12. Corvol A, Balard F, Moutel G, Somme D. [Refusal of care faced by case manager from elderly persons in complex situation: cross perspectives]. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Francaise Médecine Interne*. 2014 Jan;35(1):16–20.

13. Corvol A. Valeurs, attitudes et pratiques des gestionnaires de cas en gérontologie : une éthique professionnelle en construction [Internet]. Paris 5; 2013 [cited 2015 Jun 23]. Available from: <http://www.theses.fr/2013PA05T090>
14. Rival M. Site expérimental de la MAIA du Val de Marne: de sa conception à sa réalisation [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.

7) LISTE DES FIGURES

Figure I: Pyramide organisationnelle MAIA/GESTION DE CAS

8) LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Comparaison de la population des médecins généralistes étudiée avec la population de généralistes des Pays de le Loire et de France entière.

9) TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	09
Quelques données épidémiologiques	09
Justification du projet de thèse	10
Organisation d'une MAIA	11
MAIA Angers/Segré	12
Etat des lieux de la concertation au sein du territoire.....	13
La gestion de cas	15
Focus sur le métier de GC, ses missions	15
Etat des lieux : demandes et inclusions	16
OBJECTIF/ CPJ	18
MATERIEL ET METHODE	20
RESULTATS	21
Taux de participation et caractéristiques de la population étudiée.....	21
Statistiques descriptives	21
DISCUSSION	31
CONCLUSION	34
Bibliographie	35
Liste des figures	37
Liste des tableaux	38
ANNEXES	40

10) ANNEXES

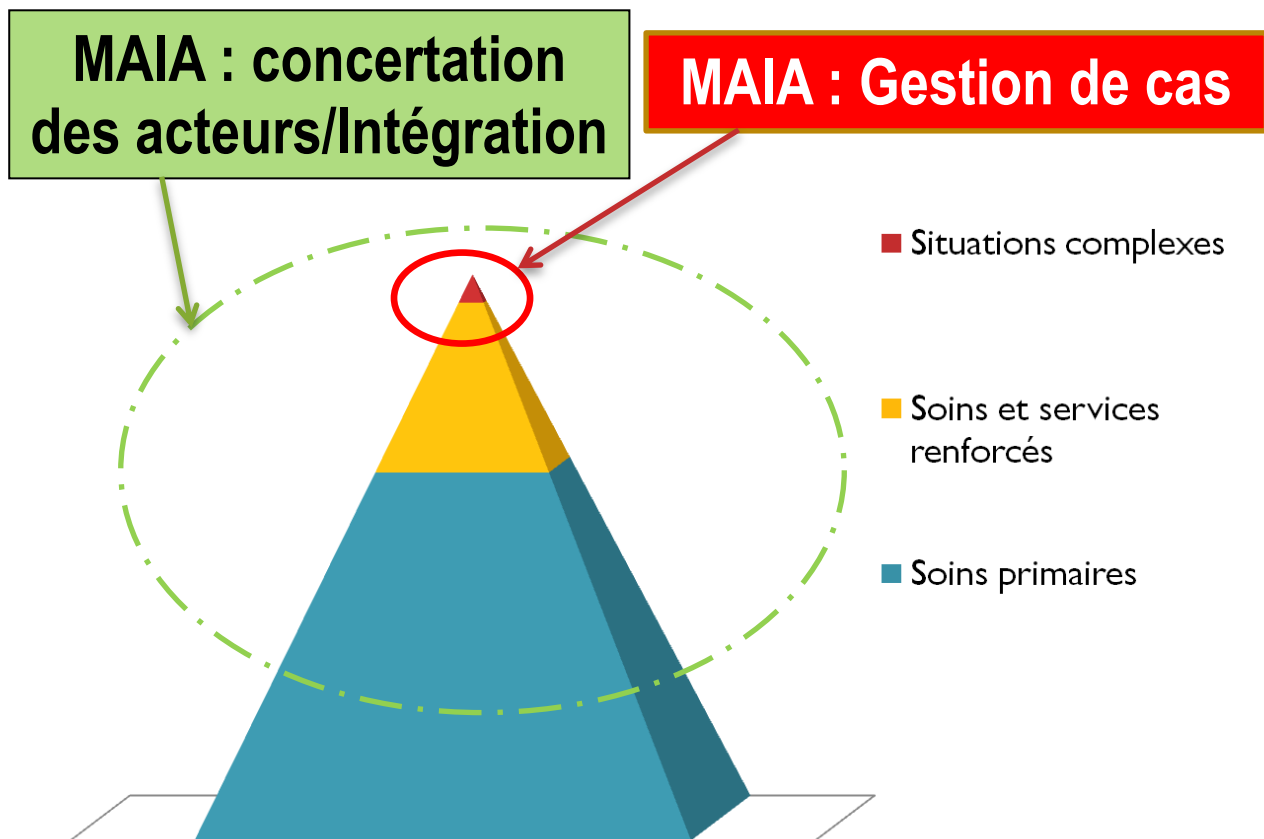
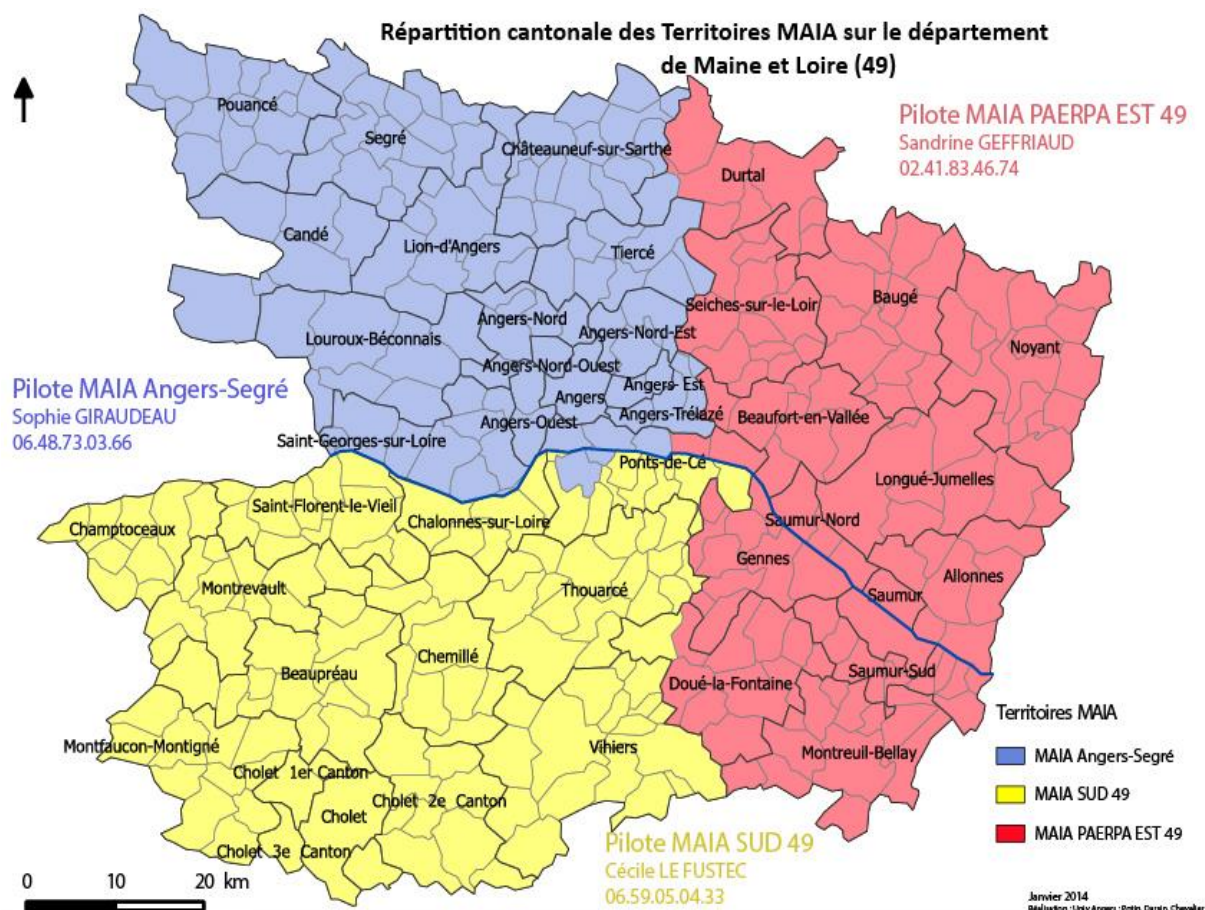
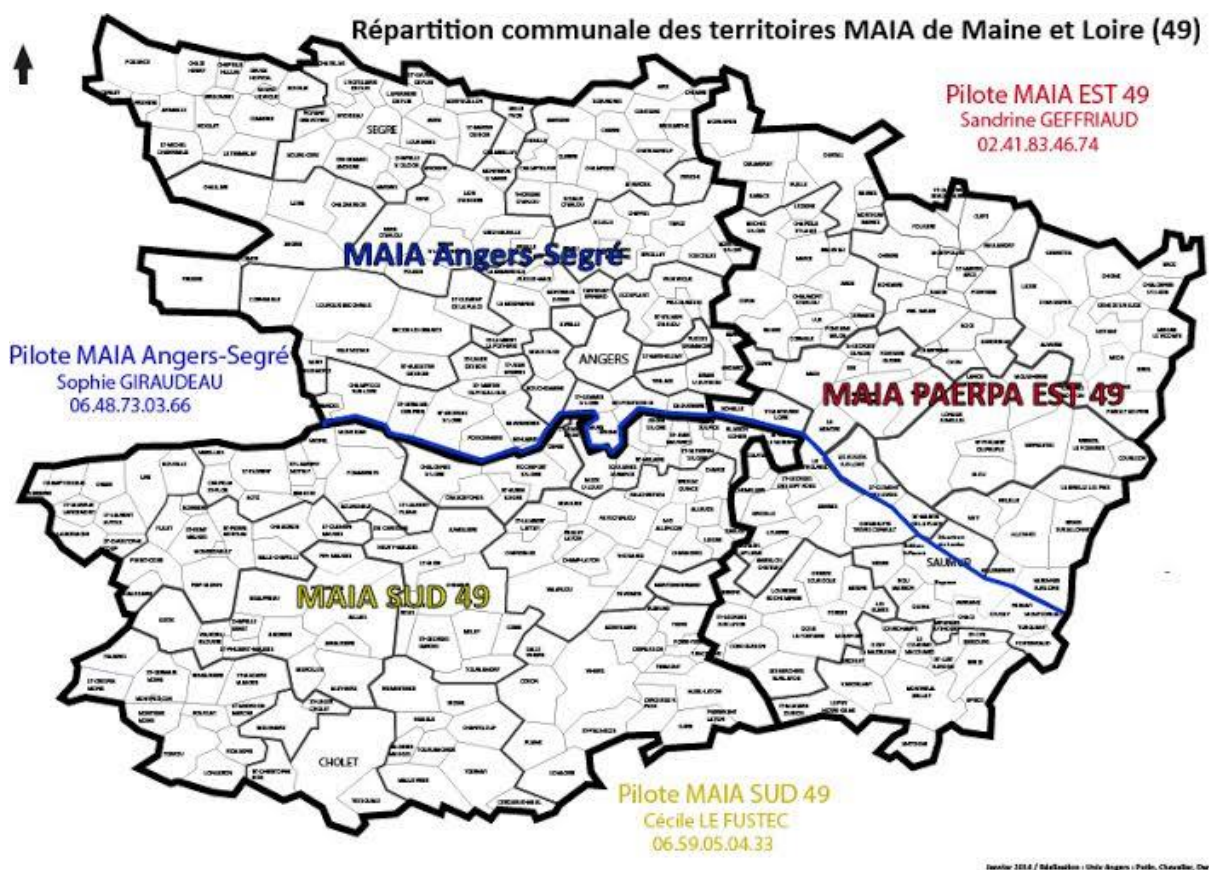


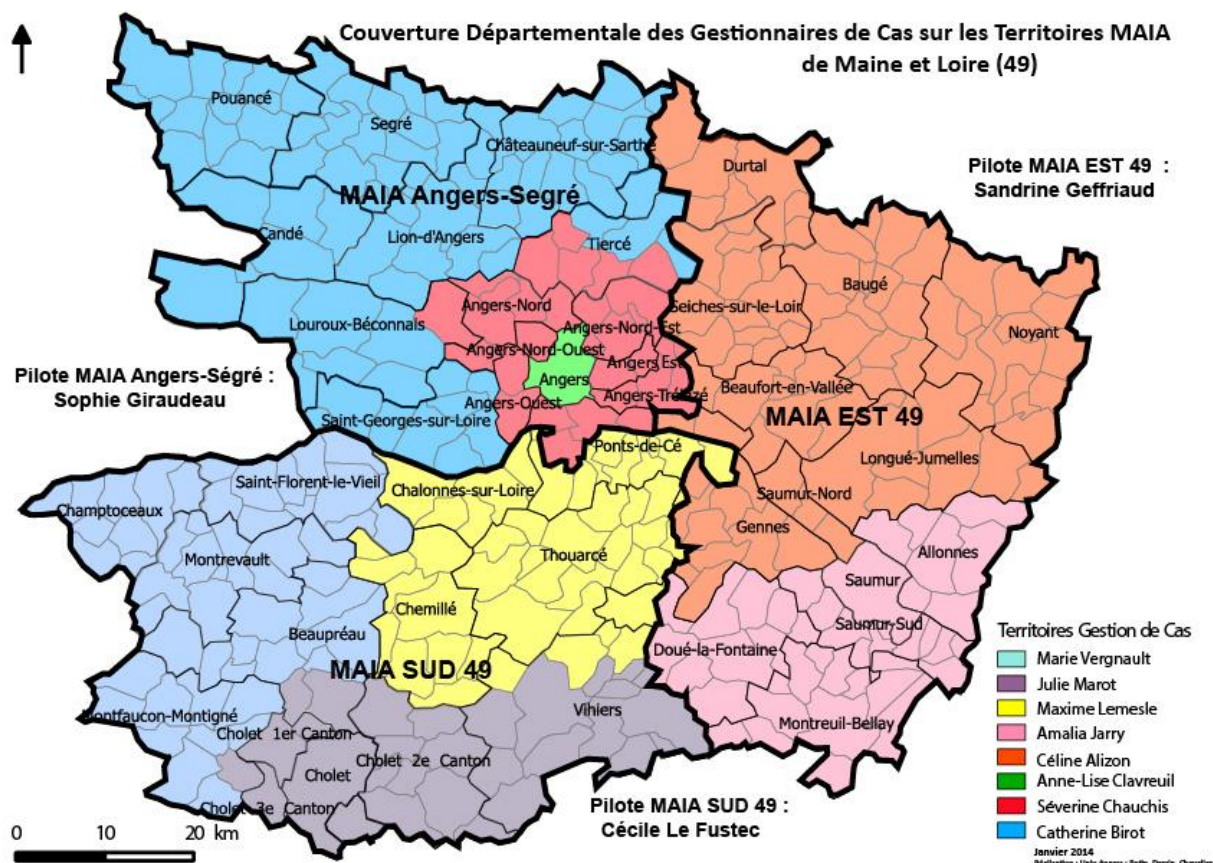
Figure I : pyramide organisationnelle



Annexe 1 : Carte de répartition des trois MAIA 49



Annexe 3 : Répartition communale des MAIA



Annexe 4: carte de répartition des GC sur le 49

Date de la demande:		<u>Demande d'entrée en gestion de cas - Département Maine et Loire</u>	
Demandeur/Co-demandeurs	Nom(s)/Fonction(s):	Struct.Etablissement/ Adresse:	téléphone:
	- - -		
Usager	Initiales de la personne concernée:	Commune de résidence:	Age :
			Sexe: M : <input type="checkbox"/> F : <input type="checkbox"/>

Pour relever de la gestion de cas, nécessité d'un **suivi soutenu et au long cours** + un **pré-requis obligatoire** + **4 critères cochés** dans la zone rouge.

<u>Pré-requis obligatoire:</u>	Moins de 60 ans avec une pathologie de type maladie d'Alzheimer ou apparentée <input type="checkbox"/>	60 ans et plus avec au moins une pathologie chronique évolutive <input type="checkbox"/>	60 ans et plus en perte d'autonomie fonctionnelle <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	--	--

<u>Critères complémentaires:</u>			
ENTOURAGE FAMILIAL ET/OU SOCIAL	présent et aidant <input type="checkbox"/>	aidant mais éloigné ou présent mais avec certaines difficultés <input type="checkbox"/>	épuisé, inexistant ou inadapté <input type="checkbox"/>
SUIVI MEDICAL	adapté <input type="checkbox"/>	Présent mais épisodique <input type="checkbox"/>	Pas de médecin traitant, ou suivi médical complexe difficile <input type="checkbox"/>
ENTOURAGE PROFESSIONNEL	présent et adapté <input type="checkbox"/>	Insuffisant, inadapté <input type="checkbox"/>	difficultés d'intervention et/ou de coordination ou inexistant <input type="checkbox"/>
ENVIRONNEMENT HABITAT/MATERIEL/FINANCIER	adapté et suffisant <input type="checkbox"/>	faiblement adapté ou suffisant <input type="checkbox"/>	inadapté, insuffisant, inexistant ou dangereux <input type="checkbox"/>
COMPORTEMENT DE LA PERSONNE	adapté <input type="checkbox"/>	inadapté avec faible incidence <input type="checkbox"/>	mise en danger et/ou refus total d'aide de la personne <input type="checkbox"/>
AUTONOMIE ET INDEPENDANCE	Autonome et indépendant <input type="checkbox"/>	perte d'autonomie avec incidence sur l'indépendance <input type="checkbox"/>	perte d'autonomie avec fortes incidences sur l'indépendance <input type="checkbox"/>

Contexte de la demande (PRÉCISEZ: motifs des critères cochés, date du premier contact ou suivi, difficultés rencontrées....) + sur papier libre si besoin:

La personne est-elle informée de la demande d'entrée en Gestion de Cas ?

☐

NON

9

MAIA Angers-Segré

courriel: contact@mala-angers-segre.fr

Fax: 02 41 68 00 73

Tel pour renseigner

Tel pour renseignements: 09 67 23 08 59

Décision de la commission d'entrée en gestion de cas

A l'attention de :

Commission d'entrée du : 0/0/2015

Concernant la demande émise le : /0/2015

Pour la situation de :

Décision actée :

- Confirmation d'entrée en gestion de cas
- Attente des éléments manquants
- Réorientation
-

NB : Dans un souci de continuité et de qualité du service rendu, nous vous invitons à tenir informer la MAIA du suivi réalisé au cours des trois prochains mois. contact@maia-angers-segre.fr

Commentaire :

Signatures du GC référent du territoire d'intervention et du pilote de la MAIA Angers/Segré.

MAIA Angers-Segré
Espace du Bien Vieillir Robert Robin
16 bis, avenue Jean XXIII
49000 ANGERS

M, Mme
XXX
XXX
XXX

A Angers,
Le

Objet : information de suivi par un gestionnaire de cas

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du dispositif MAIA, la gestion de cas propose un accompagnement au long cours, personnalisé, au domicile de la personne âgée en situation complexe. Dans ce contexte, je vous informe intervenir depuis le , auprès de M , orienté par (Dans le but de)

La gestionnaire de cas a pour mission d'apporter des réponses adaptées à la situation de la personne, en fonction de ses besoins et de ses attentes, mais aussi de l'aider à mettre en place les aides et services qui lui conviennent. Son travail s'appuie sur une collaboration avec l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de l'utilisateur.

Je serai vraisemblablement amenée à vous contacter ultérieurement. Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Gestionnaire de cas



Maia Angers Segré –Maison de pays 49500 Segré – Tél :

Recours à la gestion de cas :

Parce que vous suivez un patient en perte ou en risque de perte d'autonomie et/ou fonctionnelle en situation complexe, il vous est possible de faire une demande d'entrée en gestion de cas au moyen de la grille d'inclusion (au verso).

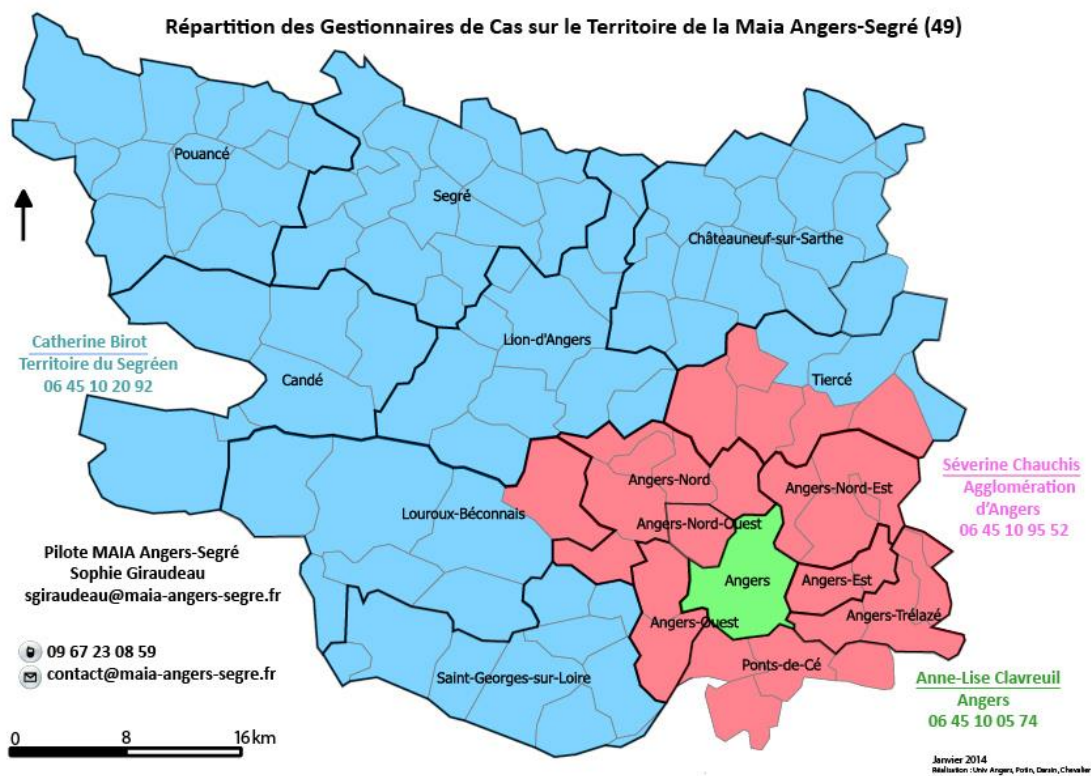
Si vous le souhaitez, cette fiche est disponible sous format informatique, à adresser par courriel à :

contact@maia-angers-segre.fr,

ou par courrier :

*Maia Angers – Segré
Espace du bien vieillir Robert Robin
16, bis avenue Jean XXIII
4900 Angers*

Annexe 7 : Lettre d'information au médecin traitant



Annexe 8 : Répartition des GC sur MAIA Angers/Segré

Le 11/12/2014 : Entretien GC

Sur ANGERS/ Agglomération avec un an de recul : plus de demande d'entrée en GC qu'au départ grâce au relais CLIC qui est un réseau dynamique, il s'agit d'une vraie porte d'entrée. Pour le SEGREEN les demandes ont explosé à 1 an.

Il est fait appel au GC « *lorsque le réseau de professionnels mis en place au domicile est en difficulté, démuni et a besoin de coordination* » (pilote).

Il s'agit d'un coup de pouce pour relancer. « *Souvent l'infirmière libérale a besoin d'un appui et de ne pas se sentir seule responsable* » (GC). C'est la notion de coresponsabilité.

Le GC est considéré comme « *un référent unique il a une vue globale, car il creuse la situation* » (GC).

« *Parfois il y a des doublons avec le CLIC, car ils n'ont pas à leur disposition de liste des patients en GC* » cela pose un problème au niveau éthique et « *puis comment serait actualisé cette liste ?* » notamment cela concerne les gens hospitalisés, l'EMG fait appel au CLIC qui ne sait pas forcément que la personne est déjà suivie en GC.

Ceci a abouti à la création et à l'expérimentation de la carte A'dom : carte à glisser avec la carte vitale pour y inscrire les contacts de la personne, aides, GC, personne de confiance... et pouvant être réactualisée. Problème de connaissance du dispositif, non systématique, bonne diffusion cependant par les assistantes sociales.

Etapas de la GC :

Le GC reçoit une demande d'entrée en GC, il appelle le demandeur et le médecin traitant pour échange. Puis il y a une commission d'entrée, chaque critère d'inclusion est détaillé.

La table rassemble un médecin, un personnel médico-social, (CLIC ; SSIAD), un personnel social. « *Le souhait est qu'il y ait un psychiatre aussi* » (GC).

Puis soit il y a entrée en GC soit non mais des pistes de réorientation sont données au demandeur pour l'aider. Une fois l'entrée faite, le GC envoie un courrier type au médecin traitant pour l'informer avec une fiche de synthèse de la commission.

- « *Le premier accueil ensuite est de rentrer en contact avec la personne* », en général le premier contact se fait via le demandeur ou un membre de la famille. Le GC se rend seul au domicile ou accompagné d'un intervenant si besoin à condition que celui-ci soit connu de la personne.
- Une évaluation est tentée et parfois plusieurs essais infructueux sont nécessaires. « *C'est une question de TEMPS, il faut réévaluer à chaque fois, le premier pas est d'établir une RELATION DE CONFIANCE, obtenir un levier, un point d'accroche, le consentement doit être obtenu, une première victoire est donc « l'ouverture de la porte ».* « *Lors de la première évaluation, déjà on se fait notre propre analyse multidimensionnelle* » (GC).

- « *Pour se présenter on utilise des mots simples, je m'occupe des personnes âgées seules à leur domicile...* », « *ici (MAIA Angers/Segré) on donne une carte avec notre photo et notre nom, l'intitulé GC n'est pas mentionné pour ne pas les embrouiller. Par contre pour les professionnels si* », « *on m'a déjà appelée ange gardien, marraine de guerre* » (GC). « *La relation est très fluctuante un coup un refus/ une acceptation et vice versa* » (pilote) « *des fois c'est un détail physique qui fait que c'est bon, ex : lunettes* » (GC).
- Le consentement écrit est difficile à obtenir, il y a un problème juridique, « *c'est un métier sur le fil* » (pilote) « *c'est une contradiction que de demander à signer un papier alors qu'on oblige à rien, on propose notre aide, on ne s'impose pas* » (GC) Nécessité d'un cadre législatif, « *de baliser* » (pilote), c'est important de demander leur avis, très peu demandé à leur âge dans la société actuelle « *accès aux droits de la personne* » (pilote).
- Donc déjà compliqué au début pour obtenir une relation de confiance, puis envisager la suite, c'est-à-dire « *être visualisé par les différents professionnels, mise en contact ARTICULATION* » (pilote), pour mettre en place le PSI (plan de services individualisé).
- Le PSI est un tableau avec les problématiques exposées, c'est un outil commun aux MAIA et interne pour le GC. Il n'est pas diffusé pas logiciel informatisé. « *C'est la vue organisationnelle pour le GC, un support méthodologique* » (GC, pilote).
- Le rôle d'un GC c'est aussi EVITER la rupture dans la continuité des soins, « *ex : amener à une consultation car il n'y a personne d'autre, aider à payer les factures pour ne pas que cela s'accumule en attendant la nomination d'un mandataire (qui est le représentant légal de la gestion des biens ce qui est bien différent du GC) mais on peut être facilitateur dans le relais, médiateur* » (GC).
- « *Ça peut toucher tous les domaines de la vie* » (pilote).
- « *On accompagne que s'il y a une plus-value* », (GC) notion de lien, très forte.
- « *Des fois on ne peut rien faire, on se heurte à un refus : une information préoccupante est faite* » ex : syndrome de Diogène, avec accumulation de déchets, aucune hygiène, odeurs...où il existe un refus même des acteurs.
- « *On a affaire à toutes les classes sociales, différents profils cognitifs et familiaux* » avec le même projet unique le maintien à domicile mais pas « *à tout prix* » (GC, pilote), la situation peut être inversée, un patient veut sortir d'EHPAD « *peut-on retenir quelqu'un en EHPAD ?* » (GC) « *On ne peut placer d'office quelqu'un, on peut alerter mais la décision finale revient au juge des tutelles* » (GC) « *le choix de vie appartient à la personne* » (pilote).

- « *Les troubles cognitifs donnent lieu à de drôle de situations : une dame m 'a dit « je ne quitterai jamais mon domicile, voyez comme je suis bien, je ne veux pas aller en maison de retraite » alors que j'étais avec elle dans sa chambre d'EHPAD ! »* (GC).
- Le rôle du GC est donc la coordination, « *il faut que tout le monde dans les intervenants connaissent ses propres limites et les limites de la prise en charge, la décision est collégiale* », (pilote) le GC n'impose rien. « *On est dans l'humain, mais jusqu'où va-t-on ?* (pilote) « *J'ai déjà eu à faire une toilette, ou des courses parce qu'il n'y avait personne d'autre* », « *moi amener les chiens chez le vétérinaire* » (GC).
- « *Il y a parfois un problème de sécurité du GC qui est solutionné par des visites conjointes* » (pilote) le besoin d'un cadrage est ressenti, quelles sont les limites d'intervention, jusqu'où ? Ceci est débattu en analyse de pratiques de pairs.
- Le GC peut trouver les problématiques familiales, de couple, « *l'action est pour un patient mais on s'aperçoit que le conjoint a aussi des soucis ou bien c'est la relation avec la famille, les enfants* » (pilote) « *Le métier est ajustable* » (GC).
- Le suivi GC est une affaire de très long terme, jusqu'au décès, entrée en institution, absence de plus-value, déménagement. « *le système s'autorégule* » (pilote). Lors d'une entrée en MDR, on sert de relais pendant quelques mois » (GC).
- Avant la création du métier de GC et même encore..., les coordinatrices de SSIAD élargissaient souvent leurs actions en dehors du champ du soin, quand cela a commencé « *on a eu souvent comme remarques, qu'allez-vous faire de plus ?* »
- « *Parfois la situation est compliquée mais non complexe* » (GC).
- « *Dans les moins de 60 ans que nous avons les troubles cognitifs sont liés pour beaucoup à des syndromes de Korsakov* ».

Annexe 9 : ENTRETIEN AVEC DEUX GC DE LA MAIA ANGERS/SEGRE

VOUS AVEZ OU AVEZ EU UN/DES PATIENTS SUIVI(S) PAR UN GESTIONNAIRE DE CAS (MAIA)

Bonjour, je suis interne en Médecine générale, mon projet de thèse porte sur le dispositif d'intégration MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services et de soins pour l'Autonomie) et je m'axe sur le Maine et Loire, principalement sur la MAIA Angers-Segré (49), pour faire un état des lieux sur les connaissances et la satisfaction globale des Médecins généralistes sur la gestion de cas. Je vous remercie des quelques minutes que vous passerez à répondre à mon questionnaire et de votre aide précieuse.

Elodie PIBOYEU
12 Bis Rue Port de l'Ancre
49100 ANGERS
Tél: 06.81.58.37.21

PROFESSION

1) Sexe

- ☐ Homme
- ☐ Femme

2) Année d'installation

3) Mode d'activité

- ☐ Libéral
- ☐ Mixte
- ☐ Solo
- ☐ Cabinet de groupe

4) Avez-vous reçu une formation complémentaire en gériatrie sur le plan professionnel?

- ☐ oui
- ☐ non

5) Moyenne de consultations par jour

- ☐ <10
- ☐ entre 10 et 25

- ☐ >25
- ☐ >35

CONNAISSANCE DU RESEAU D'AIDES A DOMICILE

6) Quels types de structures/organisations/dispositifs pour le maintien à domicile connaissez-vous?

- ☐ CLIC (Centre Local d'Information de de coordination)
- ☐ SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)
- ☐ SAD (ADMR: Aide à Domicile en Milieu Rural, CCAS: Centre Communal d'Action Sociale)
- ☐ ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer)
- ☐ HAD (Hospitalisation à Domicile)
- ☐ MAIA: gestion de cas

7) Etes-vous satisfait de la communication avec les différents professionnels?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ pas assez

LE PROCESSUS D'INTEGRATION MAIA

8) Comment votre patient a-t-il intégré le dispositif?

- ☐ Via structure telle que le CLIC
- ☐ Vous l'avez inscrit
- ☐ Via les aides au domicile
- ☐ Via le CHU
- ☐ Via une hospitalisation en SSR
- ☐ Le gestionnaire de cas a fait directement appel à vous

9) Y trouviez-vous un intérêt?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne se prononce pas

10) Ce dispositif d'intégration et de gestion de cas a t-il répondu à vos attentes?

- ☐ oui

- ☐ ☐ non

11) Pour vous quelle est la population cible?

12) Qu'est-ce que pour vous la complexité au regard de "cas complexes" et gestion de cas?

(Y a-t-il des critères selon vous, citez s'en quelques-uns).

13) Quelles sont les missions d'un gestionnaire de cas (GC)?

14) Le GC a-t-il facilité l'évaluation multidimensionnelle de votre/vos patients?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

15) Le GC a-t-il facilité l'anticipation?

(Dans les problèmes aigus, le quotidien, les hospitalisations programmées...)

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

16) Le GC a-t-il permis de diminuer le nombre d'hospitalisations non programmées?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

17) Cela a-t-il permis un regard global sur le domicile?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

18) Face à un refus d'aide et/ou de soins, le GC a-t-il été un levier grâce à une relation de confiance?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non
- ☐ ☐ situation non rencontrée

19) Est-il pour vous un soutien aux aidants?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

- ☐ ☐ situation non rencontrée

20) Cela a-t-il amélioré pour vous la coordination, la coresponsabilité sur le terrain pour la prise en charge au domicile?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non
- ☐ ☐ Ne se prononce pas

21) Le relationnel avec le GC s'est-il bien passé?

- ☐ ☐ Très bien
- ☐ ☐ Bien
- ☐ ☐ Assez bien
- ☐ ☐ Pas bien

22) Pensez-vous être bien informé du suivi du patient par le gestionnaire de cas?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

23) Le GC a-t-il permis la mise en place et le maintien d'un Plan d'aide et de services?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

24) Recommanderiez-vous cet outil de coordination?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

25) Parlez-vous en spontanément dans votre entourage professionnel?

- ☐ ☐ oui
- ☐ ☐ non

Le catalogue des variables en annexe répertorie les différentes variables qui ont été créés à partir des questions posées et explicite leur noms ainsi que le codage correspondant.

1) Sexe

SEX : Homme/femme

2) Année d'installation

INST

3) Mode d'activité

ACTI : 1=Libéral

2= Mixte

LIEU : 3= Solo

4= Cabinet de groupe

4) Avez-vous reçu une formation complémentaire en gériatrie sur le plan professionnel ?

FORM : oui/non

5) Moyenne de consultation par jour

CS : <10, 10_25, >25, >35

6) Quels types de structures/organisation/dispositifs pour le maintien à domicile connaissez-vous ?

CLIC/SSIAD/SAD/ESA/HAD/MAIA

7) Etes-vous satisfait de la communication avec les différents professionnels?

SATISF_COM : 1= oui

2= non

3= pas assez

8) Comment votre patient a-t-il intégré le dispositif ?

ENTREE : 1= via le CLIC

2= vous l'avez inscrit

3= via aides au domicile

4= via le CHU

5= via un SSR

6= le GC a fait appel à vous directement

9) Y trouviez-vous un intérêt ?

INT= 1=oui

2= non

3= ne se prononce pas

10) Ce dispositif d'intégration et de gestion de cas a-t-il répondu à vos attentes ?

SATISF_ATT : oui/non

11) Pour vous quelle est la population cible ?

Personnes âgées

Isolées_ Seules_ Problème environnement : isolement socio-familial, environnement défaillant

Handicapées

Troubles cognitifs_ Déments_ Perte d'autonomie

PEC multidisciplinaire complexe

Dépendance_ Fragiles

Poly pathologies

Non âgée

Troubles psychiatriques

Peu observants

« Cas désespérés »

Alzheimer

12) Qu'est-ce que pour vous la complexité au regard de « cas complexes » et gestion de cas ?

Polypathologies

Isolement social familial : contexte social, familial non porteur, problèmes financiers

Médico_Social

Entrée dépendance

Nombre d'intervenants

Refus de soins

Manque de coordination

Psy addicto : pathologies psychiatriques, problèmes d'addictologie

Connaître rôles des structures

Manque de temps

Troubles mnésiques

Maintien à domicile

Adhésion de l'intéressé : décisions non prises par l'intéressé, prise en compte de son avis

Conflit famille : entre patient famille

13) Quelles sont les missions d'un GC ?

Aides à la personne_ accompagnement_ démarches : conseiller

Faire du lien_ Coordination_ Evaluer : entre les différents intervenants

Gestion de la complexité

PEC psycho-sociale : prise en charge psycho-sociale

Organisation des soins

Eviter hospitalisations

Adapter la prise en charge au domicile_ Sécuriser : gérer les difficultés du MAD

Trouver des solutions

Inutile_ Double emploi

Aide à l'entrée en structure

Ecoute_ Souhait du patient : patient acteur de ses décisions le plus possible

Informers famille

14) Le GC a-t-il facilité l'évaluation multidimensionnelle de votre/vos patients ?

EVAL : oui/non

15) Le GC a-t-il facilité l'anticipation ?

ANTICIP : oui/non

16) Le GC a-t-il permis de diminuer le nombre d'hospitalisation non programmées ?

NB_HOSPIT : oui/non

17) Cela a-t-il permis un regard global sur le domicile ?

GLOBAL_RW

18) Face à un refus d'aide et/ou de soins, le GC a-t-il été un levier grâce à une relation de confiance ?

LEVIER : 1=oui

2= non

3= situation non rencontrée

19) Est-il pour vous un soutien aux aidants ?

SOUTIEN : 1= oui

2= non

3= situation non rencontrée

20) Cela a-t-il amélioré pour vous la coordination, la coresponsabilité sur le terrain pour la prise en charge au domicile ?

COORD : 1= oui

2=non

3= ne se prononce pas

21) Le relationnel avec le GC s'est-il bien passé ?

RELATIONNEL : 1= Très bien

2= Bien

3= Assez bien

4= Pas bien

22) Pensez-vous être bien informé du suivi du patient par le GC ?

INFORMATION : oui/non

23) LE GC a-t-il permis la mise en place d'un plan d'aides et de services ?

PAS : oui/non

24) Recommanderiez-vous cet outil de coordination ?

RECO : oui/non

25) Parlez-vous spontanément dans votre entourage professionnel ?

ENTOURAGE : oui/non

Annexe 11 : CATALOGUE DES VARIABLES

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE PIBOYEU Elodie

Vu, le Directeur de thèse




Vu, le Président du jury de thèse



P: JE HVEZ

**Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer



SUMMARY: CASE MANAGEMENT/GENERAL PRACTITIONER/HOME CARE/ELDERLY PEOPLE/ PROCESS OF INTEGRATION/KNOWLEDGE/SATISFACTION

INTRODUCTION: one of the big stakes in the ageing is to face the loss of autonomy and in the entry to the dependence while favoring preservation at home as long as possible. There is a fragmentation of the help service and the plans of integration MAIA (Method of Action for the Integration of the services of helps and home care for the Autonomy) aim at standardizing it in a co-responsible partnership. The case management is one of the sectors in the way of working for the MAIA and concern only a small part of the population concerned by the territory MAIA. The case manager acts at home for a patient who is a complex case which means limited in the care in a medical, social and sanitary sector, he has a role of global home care, on the long term. To know better the method of deployment which constitutes the MAIA, an interest was more particularly concerned the clinical integration by the case management, and the possible positive impact in terms of supporting coordination with the general practitioner for complex cases. **METHOD:** quantitative study based on a questionnaire sent to general practitioners of Angers and urban area and Segré who have patients in case management: n=86, with a total of 129 case management (situations entered and taken out between February 21st, 2013 and February 23rd, 2015). The endpoint was the global satisfaction for case management. **RESULTS:** the rate of answer was 43 %. The questioned doctors had a good knowledge of the available helps, in particular the CLIC (local coordination center) very mainly (91.9 %). The patients concerned by the case management in the sample entered by the CLIC (37.5 %), the HOSPITAL CHU Angers (21.9 %) and the direct phone call by the case manager (21.9 %), 9.4 % by the general practitioner. The rate of satisfaction for the case management was 89.7 %. 70 % of the doctors found that the case management allowed anticipating better the crisis situations in particular the programmed hospitalizations rather than the opposite. The capital gains of the case management also passed by a global look at home, an improvement of the coordination and the co-responsibility there (83.9 %). All the doctors (for a rate of 83, 8 % answer) would have recommended the case management. **CONCLUSION:** the case management has a positive impact on the coordination with the general practitioners around the patient follow-up, the global satisfaction is the proof. The doctors having patients in case management know the criteria of complexity and the missions of a case manager. What about for doctors who have no patients in case management?

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

RESUME : Mots clés : GESTION DE CAS/MEDECIN GENERALISTE/AIDES A DOMICILE/CAS COMPLEXE/PERSONNES AGEES/INTEGRATION/CONNAISSANCES/SATISFACTION

INTRODUCTION : Un des grands enjeux du vieillissement est de faire face à la perte d'autonomie et à l'entrée dans la dépendance tout en favorisant un maintien à domicile le plus longtemps possible. Il existe une fragmentation du service d'aides et les dispositifs d'intégration MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins pour l'Autonomie) visent à l'uniformiser dans un partenariat coresponsable. La gestion de cas (GC) est un des volets de la méthode de travail des MAIA et ne concerne qu'une minime partie de la population concernée par le territoire MAIA. Le gestionnaire de cas intervient au domicile pour un patient dont la complexité se traduit par une limite à la prise en charge dans un spectre élargi médico-social et sanitaire, il a un rôle d'accompagnant global, sur du long terme. Afin de mieux connaître la méthode de déploiement que constitue la MAIA, un intérêt a été porté plus particulièrement sur l'intégration clinique par la GC, et sur l'impact positif éventuel en termes d'appui à la coordination avec le médecin traitant pour les situations dites « complexes ».

MATERIEL ET METHODE : Etude quantitative, analytique via un questionnaire envoyé par courrier postal auprès de médecins généralistes d'Angers et agglomération et du Segréen qui ont des patients en GC : n=86, avec un total de 129 GC (situations entrées et sorties entre le 21 février 2013 et 23 février 2015). Le critère principal de jugement était la satisfaction globale de la GC.

RESULTATS: Le taux de réponse était de 43%. Les médecins interrogés avaient une bonne connaissance des aides disponibles, notamment le CLIC très majoritairement (91.9%). Les patients concernés par la GC dans l'échantillon sont entrés par le CLIC (37.5%), le CHU (21.9%) et l'appel direct via le GC (21.9%), 9.4% par le médecin généraliste. Le taux de satisfaction quant à la gestion de cas était de 89.7%. 70% des médecins ont trouvé que la gestion de cas permettait de mieux anticiper sur les situations aiguës et notamment le recours à des hospitalisations programmées plutôt que l'inverse. La plus-value de la GC passait aussi par un regard global sur le domicile, une amélioration de la coordination et de la coresponsabilité sur le terrain (83.9%). Tous les médecins (pour un taux de réponse de 83,8%) auraient recommandé la gestion de cas.

CONCLUSION : La gestion de cas a un impact positif sur la coordination avec le médecin traitant autour du patient suivi, la satisfaction globale en est la preuve. Les médecins ayant des patients en GC connaissent les critères de complexité et les missions d'un GC. Qu'en est-il pour des médecins qui n'ont pas de patients en GC ?