

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

Année 2023

N° : 146

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'état

Mention Médecine Générale

**PAR**

Meghann DEL BIONDO

Née le 07/01/1991 à Thionville

-----

**Titre de la thèse**

L'utilisation du dispositif MAIA au sein de la population des médecins généralistes des  
Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et des Communautés Professionnelles Territoriales de  
Santé de l'Eurométropole de Strasbourg.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

-----

Président de thèse : Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH

Directeur de thèse : Madame le Docteur Catherine FERNANDEZ



















### F1 - PROFESORES EMÉRITOS

- **Dr. Roberto de la Torre** (de 1984 a 1991)  
 - 1984-1985: Profesor Emérito de Física y Mecánica  
 - 1985-1986: Profesor Emérito de Física y Mecánica (45.500 dólares)
- **Prof. Roberto de la Torre** (de 1992 a 1999)  
 - 1992-1993: Profesor Emérito de Física y Mecánica  
 - 1993-1994: Profesor Emérito de Física y Mecánica (45.500 dólares)  
 - 1994-1995: Profesor Emérito de Física y Mecánica  
 - 1995-1996: Profesor Emérito de Física y Mecánica  
 - 1996-1997: Profesor Emérito de Física y Mecánica (45.500 dólares)  
 - 1997-1998: Profesor Emérito de Física y Mecánica (45.500 dólares)  
 - 1998-1999: Profesor Emérito de Física y Mecánica (45.500 dólares)
- **Prof. Roberto de la Torre** (de 2000 a 2007)  
 - 2000-2001: Profesor Emérito de Física y Mecánica  
 - 2001-2002: Profesor Emérito de Física y Mecánica (45.500 dólares)  
 - 2002-2003: Profesor Emérito de Física y Mecánica  
 - 2003-2004: Profesor Emérito de Física y Mecánica  
 - 2004-2005: Profesor Emérito de Física y Mecánica  
 - 2005-2006: Profesor Emérito de Física y Mecánica (45.500 dólares)  
 - 2006-2007: Profesor Emérito de Física y Mecánica (45.500 dólares)

### F2 - PROFESOR DE UNIVERSIDAD ASOCIADO (mi-tiempo)

11.000.000      1.000.000      80.000

### F3 - PROFESORES CONVOCADOS DE LA UNIVERSIDAD

Dr. Roberto de la Torre	2000-2001
Dr. Roberto de la Torre	2001-2002
Dr. Roberto de la Torre	2002-2003
Dr. Roberto de la Torre	2003-2004
Dr. Roberto de la Torre	2004-2005
Dr. Roberto de la Torre	2005-2006
Dr. Roberto de la Torre	2006-2007

## 61 – PROFESSEURS HONORAIRES

<p> <b>ALAIN HENRI</b> (1924-2011) (1991-2011)            Docteur en Médecine (1950) (1951)            Médecin, puis professeur de Pathologie (1958-1961),            puis professeur de Médecine (1961-1991)            Professeur à l'Université de Strasbourg (1961-1991)            Professeur à l'Université de Nancy (1961-1991)            Professeur à l'Université de Lille (1961-1991)            Professeur à l'Université de Bordeaux (1961-1991)            Professeur à l'Université de Montpellier (1961-1991)            Professeur à l'Université de Toulouse (1961-1991)            Professeur à l'Université de Clermont-Ferrand (1961-1991)            Professeur à l'Université de Poitiers (1961-1991)            Professeur à l'Université de Caen (1961-1991)            Professeur à l'Université de Nice (1961-1991)            Professeur à l'Université de Grenoble (1961-1991)            Professeur à l'Université de Lyon (1961-1991)            Professeur à l'Université de Dijon (1961-1991)            Professeur à l'Université de Metz (1961-1991)            Professeur à l'Université de Nancy (1961-1991)            Professeur à l'Université de Strasbourg (1961-1991)            Professeur à l'Université de Bordeaux (1961-1991)            Professeur à l'Université de Montpellier (1961-1991)            Professeur à l'Université de Toulouse (1961-1991)            Professeur à l'Université de Clermont-Ferrand (1961-1991)            Professeur à l'Université de Poitiers (1961-1991)            Professeur à l'Université de Caen (1961-1991)            Professeur à l'Université de Nice (1961-1991)            Professeur à l'Université de Grenoble (1961-1991)            Professeur à l'Université de Lyon (1961-1991)            Professeur à l'Université de Dijon (1961-1991)            Professeur à l'Université de Metz (1961-1991)            Professeur à l'Université de Nancy (1961-1991)            Professeur à l'Université de Strasbourg (1961-1991)         </p>	<p> <b>ALAIN HENRI</b> (1924-2011) (1991-2011)            Docteur en Médecine (1950) (1951)            Médecin, puis professeur de Pathologie (1958-1961),            puis professeur de Médecine (1961-1991)            Professeur à l'Université de Strasbourg (1961-1991)            Professeur à l'Université de Nancy (1961-1991)            Professeur à l'Université de Lille (1961-1991)            Professeur à l'Université de Bordeaux (1961-1991)            Professeur à l'Université de Montpellier (1961-1991)            Professeur à l'Université de Toulouse (1961-1991)            Professeur à l'Université de Clermont-Ferrand (1961-1991)            Professeur à l'Université de Poitiers (1961-1991)            Professeur à l'Université de Caen (1961-1991)            Professeur à l'Université de Nice (1961-1991)            Professeur à l'Université de Grenoble (1961-1991)            Professeur à l'Université de Lyon (1961-1991)            Professeur à l'Université de Dijon (1961-1991)            Professeur à l'Université de Metz (1961-1991)            Professeur à l'Université de Nancy (1961-1991)            Professeur à l'Université de Strasbourg (1961-1991)         </p>
---	---

## Chaque professeur

doit adresser à la bibliothèque de la faculté de médecine et de odontologie et au département sciences techniques et santé

## une notice bibliographique (selon le modèle ci-dessous) :

- nom complet (prénoms et nom) ;
- date de naissance ;
- date de décès ;
- date de l'acte de décès ;
- lieu de naissance ;
- lieu de décès ;
- lieu de l'acte de décès ;
- lieu de l'acte de décès ;

et adresser à la bibliothèque de la faculté de médecine et de odontologie et au département sciences techniques et santé

une notice bibliographique (selon le modèle ci-dessous) :

nom complet (prénoms et nom) ;

date de naissance ;

date de décès ;

lieu de naissance ;

lieu de décès ;

lieu de l'acte de décès ;

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET D'ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

MONSIEUR GUYOTTE, Coordinateur

LA FACULTÉ A SHITÉ QUE LES ÉCRITURES ENREGISTRÉES DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CORRIGÉES COMME PROPOS À LEUR AUTEUR ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## Le serment d'Hippocrate

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## **Remerciements**

**A notre maître, et président du jury,**

**Monsieur le Professeur Georges KALTENBACH,**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, je vous en suis profondément reconnaissante.

**A notre maître, et directrice de thèse,**

**Madame le Docteur Catherine FERNANDEZ,**

Je vous remercie grandement d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, de votre implication et de votre disponibilité, ainsi que de votre grande bienveillance à mon égard tout au long de nos rencontres et notamment dans les moments de doute. C'est un privilège d'avoir accompli ce travail avec vous.

**A notre maître, et membre du jury,**

**Monsieur le Professeur Thomas VOGEL,**

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

Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez suscité pour ce travail.

**A notre maître, et membre du jury,**

**Madame la Docteur Juliette CHAMBE,**

Je vous remercie grandement d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

**A notre maître, et membre du jury,**

**Monsieur le docteur Yannick SCHMITT,**

Je vous remercie pour votre participation à mon jury de thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Je vous remercie pour votre bienveillance et vos conseils qui m'ont été d'une grande aide pour le début de mon travail.

**A Bastian, mon compagnon,**

Tu n'étais pas là au début de ces études et ta présence à mes côtés a tout changé. Tu m'as permis d'avancer plus sereinement dans cette longue et intense aventure. Merci d'être à mes côtés quoi qu'il arrive et pour ton soutien infailible. Je suis heureuse que tu sois là pour assister à la clôture de ce cursus. Je t'aime.

**A mes parents, Mireille et François,**

Sans vous et votre soutien, je n'aurais pas pu arriver jusque-là. Vous m'avez permis d'accéder à mon rêve de devenir médecin et vous avez toujours continué de croire en moi, spécialement dans les moments les plus difficiles.

Mamounette, merci infiniment pour ton soutien et ta présence permanente. Tu as su me bousculer quand c'était nécessaire et m'amener jusqu'à ce jour où je soutiens ma thèse !

Papounet, merci de tout cœur d'être là et pour tous les bons moments qu'on a passé à Nancy pendant ces longues études et pour ceux qu'on passe ensemble maintenant dans le Sud !

Je vous aime !

**A ma sœur, Tiffany,**

Merci ma petite sœur préférée d'être toujours là pour moi et pour ta confiance sans faille ! Je sais que j'ai le devoir de te montrer l'exemple alors compte sur moi pour t'accompagner dans le futur et veiller sur toi comme une bonne grande sœur. Je t'aime !

**A mes beaux-parents, Dominique et Gérard,**

Ma Maman numéro 2, tu es partie bien trop tôt mais je sais que tu me regardes de là-haut et que tu es fière de moi comme si j'étais ta propre fille. Merci pour tous ces bons moments, ils sont gravés dans mon esprit pour toujours !

Mon Papa numéro 2, merci de me choyer comme si j'étais ton propre enfant et pour tous les bons moments que nous passons ensemble. Je suis fière d'être ta belle-fille ! Merci aussi pour ton aide dans ce travail qui m'a permis de contourner les obstacles de l'informatique !

**A ma famille, belle-famille et ami(e)s proches,**

Merci d'être là pour moi à chaque instant et pour tous les moments inoubliables que nous passons ensemble. Encore aujourd'hui, je sais que vous serez là (physiquement ou par la pensée) et cela compte énormément pour moi !

**A mes meilleures amies, Diana, Florence et Lucile,**

Ma Biche, merci d'être auprès de moi depuis toutes ces années, je n'oublierais jamais les années fac, nos petites pauses repas et nos soirées qui m'ont apporté du réconfort et m'ont aidé à traverser toutes ces années ! Vivement les prochaines aventures ensemble.

Ma Flo, ma précieuse partenaire de médecine, qui est devenue un brillant chirurgien. Merci mille fois pour ton soutien au cours de ces folles années ! On a su s'épauler dans les moments les plus compliqués et décompresser quand on le pouvait. Et c'est toujours d'actualité.

Ma Lucile, tu me suis depuis le collège, merci d'être présente à mes côtés depuis tout ce temps, pour tes bons conseils toujours pleins de bienveillance et pour tous les moments que l'on passe ensemble ! J'ai hâte de vivre les prochains.

**A mes ami(e)s de médecine, Jefferey, Manon, Ancuta, ...**

Je ne vous remercierais jamais assez pour votre présence à mes côtés durant l'internat. Tous nos fous rires et nos moments de détente m'ont permis d'avancer plus sereinement au cours de notre internat. Je vous souhaite le meilleur dans votre vie personnelle et professionnelle !

**A tous les MSU que j'ai côtoyé durant mon parcours,**

Merci de m'avoir accompagné durant ces années d'internat et de m'avoir enseigné les clés pour être un bon médecin généraliste.

**A tous mes collègues médecins généralistes que j'ai rencontré durant mes stages et mes remplacements,**

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir intégré à votre équipe comme si j'en faisais partie, je suis heureuse et fière d'avoir travaillé et de travailler à vos côtés !

Tables des matières :

1	Résumé.....	25
2	Introduction.....	27
2.1	Etat des lieux.....	27
2.1.1	Le système de santé en France.....	27
2.1.2	Difficultés actuelles et solutions proposées.....	28
2.2	Organisations territoriales.....	29
2.2.1	Les communautés professionnelles territoriales de santé.....	29
2.2.2	Les maisons de santé pluriprofessionnelles.....	30
2.3	Systèmes de coordination et gestion des cas complexes.....	31
2.3.1	Les ressources du territoire strasbourgeois avant le DAC.....	32
2.3.2	Les MAIA.....	33
2.3.3	Découverte de la MAIA de Strasbourg.....	36
2.3.4	Justification du projet de thèse et objectifs.....	37
3	Matériels et méthode.....	39
3.1	Choix de la méthode et difficultés inhérentes.....	39
3.2	Changement de méthodologie : l'approche qualitative.....	41
3.2.1	Echantillon.....	41
3.2.2	Canevas d'entretien.....	42
3.2.3	Réalisation des entretiens.....	42
3.2.4	Modifications apportées au canevas après le premier entretien.....	43

3.2.5	La méthode d'analyse .....	44
3.2.6	La loi.....	44
3.2.7	Rédaction de la thèse .....	45
4	Résultats.....	46
4.1	Les entretiens .....	46
4.2	La description de l'échantillon de médecins généralistes.....	47
4.3	Les médecins généralistes des CPTS/MSP et le travail coordonné.....	49
4.4	La MAIA.....	51
4.4.1	Connaissance et expérience .....	51
4.4.2	Les différentes expériences.....	52
4.4.3	La proportion des cas complexes dans leur patientèle et la fréquence de sollicitation de la MAIA.....	56
4.4.4	Le nombre de patients bénéficiant de la MAIA .....	57
4.4.5	Les résultats positifs .....	58
4.4.6	Les résultats négatifs .....	61
4.4.7	Les améliorations.....	67
4.4.8	La formation .....	71
4.4.8.1	La formation initiale.....	71
4.4.8.2	La formation médicale continue .....	74
4.5	Les médecins generalistes des CPST/MSP et l'exercice coordonné par eux-mêmes	75
4.6	Les autres dispositifs ou ressources du système de soin.....	76

4.6.1	La PRAG .....	76
4.6.2	Les ressources sanitaires.....	77
4.6.3	Les ressources médico-sociales et sociales.....	79
4.6.4	Les ressources informatiques.....	80
4.7	Un rôle du médecin généraliste de faire appel à ces structures .....	80
5	Discussion .....	82
5.1	Limites de l'étude .....	82
5.2	Discussion des résultats .....	83
5.2.1	Les cas complexes au sein de la patientèle de ces MG.....	83
5.2.2	Prise en charge des MG face à ces situations complexes .....	85
5.2.3	Connaissance et expérience avec la MAIA .....	87
5.2.4	Apports de la MAIA dans la pratique des MG .....	90
5.2.5	Points négatifs et améliorations attendues pour le futur .....	92
6	Conclusion .....	97
7	Bibliographie.....	100
8	Annexes.....	105

LISTE DES ABREVIATIONS :

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

MG : médecins généralistes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

EMS : Eurométropole de Strasbourg

ARS : Agence régionale de santé

DAC : dispositif d'appui à la coordination

ACI : accord conventionnel interprofessionnel

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

PAD : personnes âgées dépendantes

HAD : hospitalisation à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

PTA : plateforme territoriale d'appui

CTA : coordination territoriale d'appui

CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique

PRAG : plateforme du réseau d'appui aux médecins généralistes

URPS : union régionale des professionnels de santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FMC : formation médicale continue

UTAMS : unité territoriale d'action médico-sociale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CMP : centre médico-psychologique

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

WONCA : world organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

# 1 Résumé

---

**INTRODUCTION :** Les cas complexes occupent régulièrement les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Ces patients nécessitent parfois l'intervention de structures spécialisées permettant un meilleur maintien à domicile et une aide à la prise en charge pour le médecin. Le dispositif MAIA fait partie de ces processus de coordination. Le but principal de cette étude était alors de mettre en évidence l'existence d'un lien fort entre l'utilisation de la MAIA pour la gestion des cas complexes et les médecins généralistes des MSP et des CPTS de l'EMS.

**METHODE :** Il s'agit d'une étude qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant au sein des MSP et des CPTS de l'EMS.

**RESULTATS :** Tous les médecins généralistes interrogés ont la volonté de travailler de façon coordonnée pour permettre une prise en charge optimale de leur patient et faciliter leur quotidien. La majorité d'entre eux sont autonomes et se tournent facilement vers les aides existantes quand cela devient nécessaire. La sollicitation des dispositifs de coordination comme la MAIA intervient en dernier recours. Globalement, ces médecins se tournent plus facilement vers la PRAG lors des situations très complexes, précisant qu'elle apporterait une meilleure réponse à leurs attentes. La majorité d'entre eux décrivant une méthode de fonctionnement de la MAIA trop complexe et peu connue, des délais d'action trop longs ou des manques de communication avec le personnel impliqué. Très peu d'entre eux en garderont un bon souvenir pour certaines de leurs prises en charge. Cela amène vers une volonté de changement du système de soins français actuel, jugé trop compliqué et trop dense pour s'y retrouver. Des

améliorations ont été proposées pour la MAIA, qui étant amenée à disparaître, pourront s'appliquer au Dispositif d'Appui à la Coordination, nouveau dispositif pour la prise en charge des cas complexes, ayant vu le jour début 2023 et étant toujours en cours de déploiement sur le territoire.

CONCLUSION : Les médecins généralistes au sein des MSP et des CPTS de l'EMS sont centrés sur l'exercice de façon coordonnée. Ils utilisent facilement les ressources présentes sur le territoire pour aider leurs patients présentant des situations complexes. Par contre, ils ne sont pas systématiques et ne se tournent pas forcément vers le dispositif MAIA. Ce dernier disparaît avec l'apparition du DAC depuis 2023 et ce changement va sans doute permettre d'améliorer la coordination auprès des personnes en situations complexes. Le DAC est toujours en cours de déploiement actuellement et les médecins s'attendent à une clarté et une simplification des procédures grâce à ces modifications.

## 2 Introduction

---

### 2.1 ETAT DES LIEUX

#### 2.1.1 *Le système de santé en France*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un système de santé se définit par « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé ». Un système de santé s'articule entre : - La demande qui correspond aux usagers. - L'offre qui fait référence au système de soins qui englobe tous les biens et services mis à disposition de la population pour améliorer sa santé. - La politique qui s'occupe du pilotage et s'organise sur trois échelons, national, régional et départemental. - Et le financement. En France, le système de soins regroupe trois modèles. Il se compose des structures sanitaires qui regroupent les activités hospitalières, des structures médico-sociales pour les personnes vulnérables comme les personnes âgées ou en situation de handicap et des structures ambulatoires encore appelées la médecine de ville. L'activité hospitalière concernent les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les établissements privés d'intérêt collectif. Ils délivrent des soins généraux et/ou spécialisés. Ils participent également à la médecine d'urgence. Enfin, ils ont pour mission l'enseignement, la formation professionnelle ainsi que la recherche scientifique. Les structures médico-sociales ont pour but d'apporter une prise en charge adaptée aux personnes dites « fragiles », c'est-à-dire en situation de handicap, de précarité, d'isolement, de dépendance. Elles regroupent par ailleurs les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que des structures pour personnes handicapées. Il y a également les dispositifs de coordination qui permettent une prise en charge adaptée des personnes en situations complexes. Il s'agit par exemple de la Méthode

d'Action pour l'Intégration des Services d'Aides et de Soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA). Enfin, la médecine de ville est assurée par des professionnels libéraux ou salariés exerçant à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée dans une maison de santé. Il s'agit des médecins généralistes, des spécialistes, des chirurgiens-dentistes, des kinésithérapeutes... Actuellement les pouvoirs publics ont la volonté de mettre en place « une médecine de parcours » pour renforcer la prise en charge des patients et décloisonner ces différents secteurs (1).

### *2.1.2 Difficultés actuelles et solutions proposées*

Malgré tout, le système de santé français rencontre actuellement plusieurs difficultés : inégalités d'accès aux soins, désertification médicale, augmentation de la population vieillissante et des maladies chroniques. En effet, d'après une récente étude réalisée par la DRESS, on compte 9% de la population française âgée de 75 ans et plus contre 16% attendu en 2052. Les espérances de vie à la naissance et à 65 ans continuent également de croître. Ce constat entraîne un plus grand nombre de personnes âgées vivant avec des maladies chroniques ou dégénératives et même des polyopathologies nécessitant des soins complexes et coûteux. Il existe également chez une personne sur dix, des troubles psychiques comme la dépression chez les personnes de plus de 15 ans et on constate une hausse de ces problèmes, liée à l'épidémie de Covid 19, qui a fragilisé la population des adolescents. Enfin, on observe des inégalités avec une présence plus importante de maladies chroniques au sein des personnes les plus modestes, ce qui entraîne des disparités au niveau de l'espérance de vie (2). C'est pourquoi le gouvernement et le président de la République ont annoncé en septembre 2018, une stratégie, « Ma santé 2022 », ayant pour but de pallier ces problématiques. Le but principal se centre sur une meilleure organisation de tous les professionnels de santé qui devront travailler de concert. Cinq points prioritaires ont

été définis dont l'organisation des professionnels de santé autour de l'accès aux soins à l'échelle d'un territoire. Permettre l'accès à un médecin traitant, favoriser les actions de prévention, permettre un maintien à domicile des personnes les plus fragiles (personnes âgées, malades chroniques...), promouvoir le travail coordonné, dégager du temps médical aux professionnels de santé par la création d'assistants médicaux et réformer les études médicales seront les principales missions. L'exercice coordonné sera développé par le biais des maisons ou centres de santé dans le cadre de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). En effet, l'exercice isolé doit devenir une exception dans l'avenir. (3)

## **2.2 ORGANISATIONS TERRITORIALES**

Nous avons vu que pour lutter contre ses difficultés, différentes structures sont mises en valeur ou ont été développées plus récemment. Elles ont pour but d'optimiser la prise en charge autour du patient et de simplifier la pratique pour les professionnels de santé en travaillant de façon coordonnée. Il s'agit principalement des communautés professionnelles territoriales de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles, qui seront toutes deux concernées par mon étude.

### ***2.2.1 Les communautés professionnelles territoriales de santé***

Les CPTS ont pour but de rassembler plusieurs professionnels de santé qui ont la volonté de s'organiser ensemble pour répondre à des besoins de santé identifiés sur un territoire. Tous les acteurs de santé peuvent participer à un tel projet : professionnels de santé de ville, médicaux et auxiliaires, pharmaciens, établissements de santé. Dans la grande majorité, il existe un noyau dur de plusieurs professionnels désireux de travailler ensemble que représentent les centres ou

les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP). Le territoire n'est pas imposé, il peut s'agir d'un arrondissement, d'un quartier d'une ville, d'une commune, d'une intercommunalité etc. Par contre, il ne peut exister qu'une CPTS sur un territoire. Des missions sont à remplir pour accéder à la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui sont les financeurs de ce projet. Il existe trois missions socles obligatoires, bientôt quatre : l'amélioration de l'accès aux soins (favoriser l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville), l'organisation des parcours pluriprofessionnels, la prévention et la gestion de crises sanitaires et 2 missions optionnelles. (4) Ce mode de fonctionnement permet d'accéder à plusieurs avantages pour les patients (accéder à un médecin traitant, accéder à une continuité des soins en ambulatoire...), pour les professionnels de santé (améliorer et diversifier les prises en charge...), et pour le territoire (lutter contre les déserts médicaux, renforcer l'attractivité du territoire...). (5) Au mois d'avril 2022, 6 CPTS sont labellisées au niveau du département du Bas-Rhin dont deux faisant parties de l'Eurométropole de Strasbourg : la CPTS Cosen et la CPTS Sud-Ouest. (6) Ces dernières seront concernées par mon étude.

### *2.2.2 Les maisons de santé pluriprofessionnelles*

Les MSP sont un mode d'exercice collectif et coordonné créées en 2007 pour répondre au besoin des professionnels de santé de « travailler ensemble » et de faire face aux problématiques de santé actuelles comme le vieillissement de la population, la précarité, le développement des maladies chroniques et dégénératives etc. (7). Elles sont formées par une équipe de plusieurs professionnels de santé de premier recours d'une même zone géographique et souhaitant travailler de façon coordonnée autour d'un même projet de santé. Il s'agit de professions

médicales avec des médecins généralistes ou spécialistes, des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes, des auxiliaires médicaux tels que des infirmières ou des masseurs-kinésithérapeutes, des pharmaciens et des biologistes. Elles assurent la prise en charge de pathologies au sein d'une certaine population (prise en charge de maladies chroniques comme le diabète chez des patients en situation de précarité par exemple). Ce projet s'articule également autour de l'organisation de la prise en charge des patients et de l'organisation des professionnels au sein de la MSP (8). « Travailler ensemble » permet d'améliorer les conditions d'exercice libéral des professionnels, renforcer les liens entre les professionnels de santé, faciliter et améliorer la prise en charge coordonnée des patients et favoriser la prévention et l'éducation à la santé (7). Actuellement, l'EMS regroupe 6 MSP qui seront concernées par mon étude. Il y a la MSP Cité de l'Ill, la MSP Neuhof, la MSP Hautepierre, la MSP Lingolsheim, la MSP Meinau Canardière, et la MSP Centre médico-sportif Meinau.

### **2.3 SYSTEMES DE COORDINATION ET GESTION DES CAS COMPLEXES**

Face à cette réorganisation du système de santé, et même si aucune étude ne démontre cette tendance, il semblerait que les professionnels de santé font face à une patientèle de plus en plus complexe nécessitant l'intervention de tiers pour maintenir une prise en charge optimale. Pour appuyer ces parcours complexes, l'existence de plusieurs dispositifs tentent d'apporter leur soutien à ces professionnels mais leur grand nombre au sein d'un même territoire et leurs champs d'action qui se superposent parfois rendent leur sollicitation et leur utilisation difficiles. En 2019, une thèse a été réalisée à Montpellier auprès des médecins généralistes pour connaître les moyens utilisés lors de la prise en charge de leurs patients en situation complexe. L'étude réalisée sous forme de questionnaire a notamment permis de constater, pour la région Languedoc-Roussillon, que sur 148 médecins ayant répondu au questionnaire, 65% utilisaient

les réseaux de santé et 11,5% d'entre eux y faisaient appel fréquemment. Ainsi les moyens spécifiques existants sont peu utilisés. (9). Une autre thèse s'est penchée en 2019 également sur l'utilisation de ces outils à la coordination par le biais d'un questionnaire soumis aux médecins généralistes. Sur 79 médecins généralistes ayant participé au questionnaire, 58,9% déclaraient utiliser de façon très inconstante ces dispositifs par rapport à leur besoin. Un manque de connaissances de leur part ainsi qu'une notion de chevauchement entre les services déployés ont été mis en évidence. (10). Cela illustre la présence de trop nombreux outils sur un même territoire rendant leur utilisation complexe. C'est pourquoi le ministère des solidarités et de la santé a proposé un interlocuteur unique dans la gestion des cas complexes, appelé le dispositif d'appui à la coordination (DAC). Il regroupera les différents dispositifs actuels tels que les réseaux de santé, les plateformes territoriales d'appui (PTA), la coordination territoriale d'appui (CTA) et les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA). Il est déjà en cours sur le territoire français et sera effectif partout dans le pays courant 2023. (11)

### ***2.3.1 Les ressources du territoire strasbourgeois avant le DAC***

Avant le déploiement du DAC sur tout le territoire, Strasbourg et l'EMS disposait d'un certain nombre de ressources pour la prise en charge des cas complexes. Selon un outil sous forme de dépliant créé par la MAIA de Strasbourg, les ressources pour la coordination antérieures au DAC sont principalement la Plateforme du Réseau d'Appui aux Généralistes-Plateforme Territoriale d'Appui (PRAG-PTA) et la MAIA. La PRAG est un dispositif qui vient en soutien à l'ensemble des professionnels de santé médico-sociaux ayant besoin d'une aide complémentaire dans la prise en charge de leurs patients complexes. Elle peut être sollicitée directement par le médecin traitant ou un autre professionnel de santé qui gravite autour du

patient concerné. Dans ce cas, l'accord du médecin traitant doit toujours être obtenu. Elle a également un rôle d'informations auprès des professionnels de santé et un rôle d'orientation dans la prise en charge des cas complexes (12). La MAIA sera développée dans le paragraphe ci-dessous. Il existe également les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou Maisons des Aînés qui correspondent à des lieux d'accueil, d'informations, d'orientation, d'accompagnement et de coordination pour les personnes âgées et leurs familles. On retrouve aussi les coordinateurs personnes âgées des villes et intercommunalités. Ils ont pour missions de renseigner les patients sur les prises en charge possibles, de favoriser et coordonner le maintien à domicile. Enfin, il y a les réseaux de santé qui sont des regroupements de plusieurs professionnels médicaux et médico-sociaux dont les buts sont de favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charge. On peut citer par exemple sur Strasbourg le réseau alsacien de soins palliatifs géré par l'association ASPANS (Association de Soins Palliatifs d'Alsace du Nord et du Sud) et financé par l'ARS (13).

Grâce à la mise en place du DAC, certaines de ces ressources liées à la coordination vont fusionner et le fonctionnement se verra plus simple et plus abordable pour les professionnels de santé et leurs patients.

### **2.3.2 Les MAIA**

Les MAIA sont l'objet de mon étude. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. Elle rassemble les moyens de l'Etat et de l'Assurance Maladie pour pallier les besoins des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Depuis la loi du 7 août 2020, elle est en charge de la 5<sup>ème</sup> branche de la Sécurité Sociale, la branche Autonomie. Et elle est également en charge de l'élaboration

des MAIA. (14). Ces dernières ont été déployées en 2008 par le biais du 3<sup>ème</sup> Plan Alzheimer (entre 2008 et 2012) afin de faciliter et de clarifier l'accès aux services d'aides et de soins à domicile par les personnes en perte d'autonomie. A ses débuts, il concernait les personnes atteintes de différents troubles cognitifs comme la maladie d'Alzheimer, puis il sera revu et appliqué à toutes les personnes à risque de perte d'autonomie à partir de l'âge de 60 ans. Les principaux enjeux de ce dispositif sont de maintenir la continuité des parcours des personnes entre la multitude d'intervenants qu'une situation complexe peut demander et un gestionnaire de cas qui est un professionnel dédié et formé qui interviendra dans les situations les plus complexes (15).

Afin de permettre la mise en œuvre de l'intégration, la méthode MAIA repose sur 6 composantes.

Tout d'abord, 3 mécanismes coexistent : - la concertation : une concertation stratégique entre décideurs et financeurs et une concertation tactique entre les différents producteurs d'aides et de soins. - le guichet intégré : le concept de guichet intégré se charge d'apporter une réponse harmonisée aux demandes des patients sur le territoire. - la gestion de cas : elle est assurée par un gestionnaire de cas. Il s'agit d'un professionnel spécifiquement formé à la pratique de cette nouvelle fonction. Il faut pour cela obtenir un diplôme interuniversitaire « gestionnaire de cas ». Il a un rôle pivot et est un professionnel dédié à la coordination de l'ensemble des actions nécessaires au maintien à domicile d'un patient en situation complexe. Il met en place un suivi intensif et au long cours pour ces patients afin de faciliter leur parcours. Il est l'interlocuteur direct du patient, du médecin traitant et des professionnels qui vont intervenir dans la prise en charge. Il permet également d'observer sur le territoire des dysfonctionnements éventuels du système et permettent ainsi de les améliorer.

Puis 3 outils permettent d'assurer une réponse optimale aux besoins des patients. - Le formulaire d'analyse multidimensionnelle (utilisé par les guichets intégrés) et l'outil

d'évaluation multidimensionnelle, utilisé par les gestionnaires de cas pour évaluer l'ensemble des besoins des patients au cours de la prise en charge. – Le plan de service individualisé : c'est un outil à la gestion de cas pour planifier l'ensemble des interventions assurées auprès du patient. – Les systèmes d'informations partageables : qui regroupent des informations provenant des guichets intégrés, des pilotes et des gestionnaires de cas. Ce mode de fonctionnement permet donc : - la concertation décisionnelle des acteurs sur les plans stratégique et tactique. – Le pilotage de la méthode par un professionnel dédié qu'on nomme le pilote et qui est en charge de veiller à la mise en place cohérente des interventions par l'engagement de chaque acteur. – Une réponse adaptée aux besoins de la personne qu'elle que soit la structure à laquelle on s'adresse, ce sont les guichets « intégrés ». – Une prise en charge des patients en situation complexe par un gestionnaire de cas. – L'utilisation d'outils communs de partage de l'information (cités plus haut) (16).

La méthode MAIA s'adresse à toutes personnes de plus de 60 ans souhaitant rester à domicile et se trouvant dans une situation complexe. Dans le cas de maladies neurodégénératives, des patients de moins de 60 ans peuvent être pris en charge aussi. Des critères spécifiques sont nécessaires : - La situation du patient est instable et compromet le maintien au domicile dans des conditions sécurées. Il s'agit de la perte d'autonomie fonctionnelle ou décisionnelle ou d'un problème médical. – Les aides et soins en place sont inadaptés ou insuffisants. – Il s'agit d'une personne isolée ou sans entourage proche qui ne peut donc pas pallier les besoins actuels. Face à ces situations, le gestionnaire de cas prend alors en charge le dossier durant une période illimitée et permet la bonne continuité du parcours.

### ***2.3.3 Découverte de la MAIA de Strasbourg***

J'ai effectué une journée immersive le 29 juillet 2021 au sein de la MAIA de l'Eurométropole de Strasbourg qui m'a permis d'en saisir le fonctionnement de façon plus pratique. En Alsace, il existe 10 MAIA en place depuis 2012, 5 dans le Bas-Rhin (Haguenau-Wissembourg, Sélestat-Obernai, Molsheim-Schirmeck, Saverne et l'EMS) et 5 dans le Haut-Rhin. Une journée au sein d'une MAIA débute généralement par une réunion organisationnelle avec une discussion autour des difficultés rencontrées, une mise au point sur les dossiers les plus complexes et la présentation des nouvelles demandes émanant de diverses personnes : assistante sociale d'un hôpital, équipe mobile de gériatrie, plateforme territoriale d'appui d'Alsace (PRAG), médecins traitants ... Il existe une feuille de recueil d'informations (la FRI) qui fait office de demande de prise en charge et amène les gestionnaires de cas à faire une primo-évaluation pour saisir les besoins du patient concerné. Puis la journée s'articule sur la gestion des nouveaux dossiers et ceux en cours par les gestionnaires de cas. Ces derniers ont une formation initiale d'infirmiers, de travailleurs sociaux ou de psychologues. Ils ne peuvent suivre que jusqu'à 40 dossiers simultanément et ne peuvent en inclure que 5 nouveaux par mois compte tenu du suivi très rapproché avec les patients. Il s'agit également d'un suivi sur le long cours jusqu'à la sortie du dispositif. Les motifs de sortie du parcours MAIA sont le changement de région, l'institutionnalisation, le décès ou tout récemment la stabilité de la situation mais le dossier reste dans ce cas ouvrable si cela est nécessaire. Dans la pratique, il y a rédaction d'une synthèse tous les 6 mois transmise au médecin traitant qui reste l'interlocuteur principal. Au cours de la journée, certains gestionnaires de cas réalisent des visites à domicile auprès de leurs patients. Ces visites ont pour but de débiter une prise en charge, de faire le point sur les besoins nécessaires, ou de s'assurer que la situation est stable. J'ai pu assister à une visite d'un patient suivi par la MAIA depuis plusieurs mois. Ce patient présentait une situation complexe :

précarité au niveau de son logement, isolement familial et pathologies chroniques. Il vivait dans une résidence autonomie. Le but était de contrôler que la situation était toujours stabilisée et de refaire le point sur son rendez-vous avec le dentiste la semaine suivante. La visite s'est bien passée et on s'est occupé de l'organisation des rendez-vous. Au retour de cette visite et à ma demande, j'ai pu rencontrer un membre de la PRAG, qui se trouve être juste à côté des bureaux de la MAIA. Je trouvais très intéressant de me saisir des rôles et missions de cet autre dispositif de coordination, également très présent sur le territoire. En fin de journée, j'ai pu m'entretenir avec différents membres du bureau de la MAIA pour compléter mes connaissances.

#### ***2.3.4 Justification du projet de thèse et objectifs***

Cet intérêt pour les dispositifs d'aide à la prise en charge des cas complexes m'est venu lors de mon deuxième stage d'internat en service de gériatrie. Déjà à cette époque, l'évocation de plusieurs acronymes, au cours de la prise en charge des patients, avait débouché sur des discussions avec l'équipe de gériatres du service. Une des réponses qui m'avait le plus marquée était la suivante : « *il en existe un nombre important et moi-même en tant que gériatre, je ne sais pas toujours vers lequel me tourner pour une situation donnée* ». Puis plus tard lors de mes stages de médecine générale, cette curiosité autour de cette problématique s'est intensifiée du fait de l'immersion directe dans la prise en charge de cas complexes mais cette fois en ambulatoire. Au cours de certaines consultations, j'ai pu constater que certains patients bénéficiaient de ces dispositifs afin d'optimiser les soins. Par la suite, lors de mon expérience de médecin remplaçant, j'ai également rencontré et sollicité moi-même certains d'entre eux. L'idée de vouloir tous les étudier pour créer une sorte de guide pour les médecins généralistes en est alors ressortie après discussion avec un gériatre de mon deuxième stage d'interne. Mais devant l'ampleur du travail annoncé, j'ai finalement souhaité m'intéresser à celui que j'avais le

moins rencontré dans les prises en charge : le dispositif MAIA. Etudier ce dernier chez les médecins généralistes participant à une démarche collective, donc les médecins faisant partie d'une MSP ou d'une CPTS, m'a semblé le plus pertinent en considérant leur envie de travailler ensemble. Enfin, ce projet s'inscrit dans un contexte de remaniements du système de santé et du système de coordination pour la prise en charge des patients en situation complexe.

L'objectif principal de cette étude est de chercher à savoir s'il existe un lien solide entre les médecins généralistes des MSP et/ou CPTS et la MAIA dans la prise en charge de leurs cas complexes. Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les conséquences (positives ou négatives) sur la prise en charge des patients inclus dans le dispositif MAIA et les améliorations pouvant être apportées à un tel dispositif.

## 3 Matériels et méthode

---

### 3.1 CHOIX DE LA METHODE ET DIFFICULTES INHERENTES

L'objectif de notre travail était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes au sujet du dispositif MAIA et de constater si sa mise en place permettait une amélioration ou non de la prise en charge de leurs patients complexes à domicile.

Nous avons donc choisi dans un premier temps une étude quantitative par le biais de la réalisation d'un questionnaire. Il nous semblait à ce stade que c'était la méthode la plus appropriée pour étudier la pratique des MG face au dispositif MAIA.

Le questionnaire comportait 4 parties : la première permettait de connaître le profil des répondants, la deuxième se focalisait sur la prise en charge des patients complexes en ambulatoire, la troisième évaluait les connaissances autour de la MAIA et la quatrième représentait les conséquences possibles de ce questionnaire quant à la pratique de ces MG. Les questions étaient en grande majorité fermées. Ce questionnaire était destiné aux médecins généralistes de la région de l'Eurométropole de Strasbourg. Nous avons choisi d'interroger cette partie des médecins généralistes en s'appuyant sur les différentes MAIA existantes dans la région. Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste et d'exercer au sein de l'EMS.

Nous avons d'abord effectué une demande de transmission de notre questionnaire auprès de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) du Grand Est. La diffusion a été effectuée pour la première fois le 7 février 2022. A ce moment, nous avons constaté par le biais des représentants de l'URPS que l'envoi des questionnaires ne pouvait se faire que par région. Un affinement des personnes concernées ne pouvait pas se faire. Le questionnaire a donc été envoyé à tous les médecins généralistes ayant adhéré à l'URPS dans le Grand-Est. Une note a

été ajoutée lors de l'envoi par mail du lien du questionnaire en précisant que seuls les médecins généralistes de l'Eurométropole étaient invités à y répondre. Malgré tout, ce premier envoi n'a permis de recevoir que 2 réponses. Deux relances ont donc été effectuées le 24 février 2022 et le 16 mars 2022 sans résultat plus probant après attente d'un délai raisonnable. En effet, nous avons reçu 7 réponses en tout à ce stade.

Nous avons ensuite voulu changer de canal de diffusion et nous avons demandé conseil à l'Ordre des médecins qui nous a renvoyé vers les associations de médecins et les réseaux sociaux. Nous n'avons pas pris en compte ces deux possibilités qui amèneraient à un biais de sélection des personnes participantes.

Nous avons également contacté l'Agence Régionale de Santé qui ne s'occupe pas de l'enregistrement des médecins.

Nous nous sommes ensuite tournées vers la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui, même si elle possède un annuaire des médecins généralistes pour chaque région de la France, ne s'occupe pas de la diffusion de ce type.

Enfin, nous nous sommes tournées vers le département de médecine générale qui nous a confirmé que l'URPS était le canal de référence actuel pour la diffusion de questionnaires dans le cadre des projets de thèses.

Après ces échecs et de multiples réflexions, nous avons décidé d'exploiter un autre moyen de diffusion : les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé du Bas-Rhin. En effet, nous avons supposé que les médecins généralistes participant à ces projets seraient peut-être les plus accessibles et les mieux informés sur les systèmes de coordination. Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient dorénavant d'être médecin généraliste, et de faire partie d'un des 6 projets de CPTS actuellement en cours de développement, au sein du Bas-Rhin. Une nouvelle diffusion du questionnaire a donc été réalisée courant mai 2022. Mais avec la

participation de deux CPTS seulement sur six contactées (trois n'ont pas répondu à ma demande et une n'a pas souhaité faire partie de la diffusion), les réponses au questionnaire étaient à nouveau trop peu nombreuses. Nous n'avions que 5 réponses en tout.

Ces différentes difficultés, malgré un effort considérable pour trouver une solution viable, nous a contraint à revoir notre méthodologie et à retravailler notre sujet.

### **3.2 CHANGEMENT DE METHODOLOGIE : L'APPROCHE QUALITATIVE.**

Cette nécessité de changement d'approche nous a contraint à repenser notre étude. En effet, nous avons convenu compte tenu de notre étude que la réalisation d'entretiens semi-dirigés serait le plus adapté. En effet, l'aspect qualitatif allait nous permettre de récupérer des données viables, exploitables et en nombre suffisant en sollicitant moins de médecins généralistes et en nous permettant d'apporter une conclusion à notre étude. Par ailleurs ce type d'étude permet une plus grande liberté de parole. Toujours dans l'idée que les médecins généralistes travaillant en CPTS/MSP auraient un désir de travail collectif, nous avons supposé qu'un lien fort existait entre eux et l'utilisation du dispositif MAIA.

#### **3.2.1 *Echantillon***

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste au sein de l'EMS et de faire partie soit d'un projet de CPTS soit d'une MSP.

### **3.2.2 Canevas d'entretien**

Un canevas d'entretien a été réalisé en amont sous forme de questions ouvertes, après étude de la littérature sur le sujet. Des questions de relance ont également été prévues pour assurer l'évocation de certaines idées en fonction des réponses des médecins.

La première question nous permettait de justifier l'implication de ces médecins généralistes dans un projet de CPTS ou de MPS. La deuxième question avait pour but de recueillir les aides extérieures auxquelles le médecin généraliste fait appel pour gérer un cas complexe, que ce soit la MAIA ou d'autres structures. La troisième question était entièrement consacrée à la MAIA et avait pour but de détailler l'expérience des médecins avec la structure. La quatrième question abordait la PRAG. La cinquième question traitait des améliorations que le médecin apporterait au dispositif MAIA. La sixième question abordait la formation des médecins généralistes sur ces dispositifs et la gestion des cas complexe. Enfin, une septième question laissait le médecin s'exprimer sur des informations complémentaires qu'il voulait préciser sur le sujet. Cette série de questions permettait alors d'entrevoir comment le médecin généraliste accompagne un patient en situation complexe dans sa pratique quotidienne et quelle place il donnait à la MAIA.

### **3.2.3 Réalisation des entretiens**

Les médecins étaient contactés, soit par téléphone, soit par mail, soit les deux. Une présentation du sujet, ainsi que le temps nécessaire approximatif à la durée de l'entretien, leur étaient précisés. S'ils donnaient leur accord, nous convenions d'une date et d'un horaire pour la réalisation de cet entretien. Ces entretiens individuels ont été enregistré grâce à un dictaphone

numérique (marque Tschisen®) puis retranscrits en totalité sous forme de verbatims analysables.

Les entretiens ont été effectués par moi-même, Meghann Del Biondo (MDB), interne de médecine générale. Avant de débiter l'entretien, l'étudiant se présentait, rappelait brièvement le sujet, informait le médecin de l'anonymisation des résultats et récoltait son consentement oralement pour enregistrer à l'aide du dictaphone numérique. Tous les entretiens étaient ensuite retranscrits en intégralité sur document Word.

A la fin, une fiche signalétique avec âge, genre et lieu d'exercice était récoltée pour nous permettre de décrire notre échantillon.

La réalisation d'entretien a été stoppée lorsque la saturation des données était atteinte, ce qui signifie que le contenu d'un autre entretien ne fournissait plus de nouvelles informations. On a aussi remarqué une baisse de la durée des entretiens.

#### ***3.2.4 Modifications apportées au canevas après le premier entretien***

Après le premier entretien et après analyse des réponses obtenues, nous avons décidé de modifier une question et d'en ajouter une. Il s'agissait tout d'abord de la deuxième question qui abordait la prise en charge d'un cas complexe. Nous avons pensé plus pertinent de demander au médecin de nous raconter sa dernière expérience marquante pour la gestion d'un cas complexe pour aborder les différentes structures sollicitées. Puis, la PRAG ayant été abordée par le premier médecin interrogé, un comparatif entre PRAG et MAIA nous a semblé intéressant pour mieux comprendre la pratique des médecins. Malgré ces changements, nous avons décidé de garder le premier entretien et de l'inclure dans l'analyse, ce dernier ayant apporté des réponses pertinentes et intéressantes.

### **3.2.5 La méthode d'analyse**

Nous avons décidé de choisir la méthode qualitative, tout d'abord pour contourner les difficultés rencontrées avec la méthode quantitative. En effet, comme décrit précédemment, nous n'avons pas pu récolter assez de réponses au questionnaire transmis. Par ailleurs, la méthode qualitative semble la plus adaptée pour recueillir les impressions et les sentiments des médecins généralistes quant à leur pratique et ce qu'ils attendent d'un dispositif comme la MAIA et sur la gestion d'un cas complexe en général. Cela consiste à collecter des paroles qui permettront de répondre à nos objectifs et d'apporter des réponses pour la pratique quotidienne de ces médecins généralistes.

Les verbatims ont donc été analysés pour en retirer un sens. Puis chaque partie d'un verbatim a été classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus généraux et parfois également en sous-catégories selon l'idée émise. Ce sont les sous-catégories et les catégories qui permettent de mettre en lumière les différentes idées pouvant répondre à nos hypothèses.

### **3.2.6 La loi**

En ce qui concerne la partie législation, ce travail de thèse est hors de la Loi Jardé. Un avis auprès du Comité de Protection des Personnes n'a donc pas été demandé. L'avis du comité d'éthique n'a pas été sollicité non plus devant la récupération de données jugées non sensibles au cours de ce travail (17). Enfin, une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été directement effectuée après présentation de mon

étude. Je ne récolte pas de données à caractère personnel auprès des personnes que je vais interroger, une autorisation de la CNIL n'est donc pas nécessaire.

Les données recueillies étaient accessibles à moi-même et ma directrice de thèse, le Dr Catherine Fernandez, gériatre à l'hôpital civil de Strasbourg. L'anonymisation des entretiens a été effectuée en masquant les noms des médecins interrogés ainsi que les villes ou toute information pouvant mener à leur identité.

### ***3.2.7 Rédaction de la thèse***

Ce travail de thèse a été réalisé et rédigé selon les recommandations des travaux qualitatifs comme décrites dans le « Standards for Reporting Qualitative Research » (SRQR) (18).

## 4 Résultats

---

### 4.1 LES ENTRETIENS

La période de réalisation des entretiens s'est déroulée du 23 juin 2022 au 24 octobre 2022. J'ai contacté par e-mail ou par téléphone les coordinateurs des deux CPTS de l'Eurométropole de Strasbourg (COSEN et Sud-Ouest) ainsi que les coordinateurs et les médecins généralistes, quand c'était possible (moyens de contact pas toujours à disposition), des MSP de l'Eurométropole que sont la MSP Cité de l'Ill, Neuhof, Hautepierre, Lingolsheim, Meinau Canardière et Centre médico-sportif Meinau. Chaque médecin généraliste présentant les critères d'inclusion retenus étaient contactés soit par e-mail soit par téléphone. Le sujet et le but de l'entretien leur étaient alors expliqués par ces deux biais et un rendez-vous était programmé par la suite s'ils répondaient positivement. Il s'agissait majoritairement de la période estivale, ce qui a rendu compliqué l'obtention d'une disponibilité des médecins généralistes. Beaucoup d'entre eux étaient en vacances ou trop débordés en raison des absences de leurs collègues. Mes demandes par mail ont dû être réitérées à plusieurs reprises. Je me suis même rendue sur place pour transmettre mes coordonnées dans les MSP de l'Ill, Neuhof et Hautepierre. Les coordinateurs des deux CPTS et des MSP m'ont tous répondu positivement en précisant qu'ils transmettraient ma demande aux différents médecins généralistes dont je ne connais pas le nombre exact. J'ai également contacté par moi-même 26 médecins par e-mail. Six médecins m'ont répondu directement par e-mail ou par téléphone en acceptant une rencontre et 4 d'entre eux m'ont contacté par le biais de la coordinatrice de leur MSP (ces 4 médecins faisant partie de MSP). Enfin, deux médecins m'ont répondu défavorablement par manque de temps et les autres n'ont pas donné suite.

J'ai réalisé 10 entretiens au cours de mon étude. Ces derniers ont duré entre 39 minutes maximum et 17 minutes minimum. La durée moyenne est de 28 minutes. Trois entretiens ont duré plus de 30 minutes, 6 ont duré entre 20 minutes et 30 minutes et 1 entretien a duré moins de 20 minutes.

Sept entretiens ont été réalisés dans le cabinet médical du médecin interrogé, un a été enregistré dans les locaux de la faculté de Strasbourg, un a été réalisé dans un bureau d'une maison de retraite où le médecin intervenait et un a été fait au domicile même du médecin.

#### 4.2 LA DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE MEDECINS GENERALISTES

L'âge moyen (figure 1) des médecins généralistes sollicités était de 48 ans. Quatre médecins avaient moins de 40 ans, 4 avaient entre 40 et 60 ans et 2 avaient plus de 60 ans.

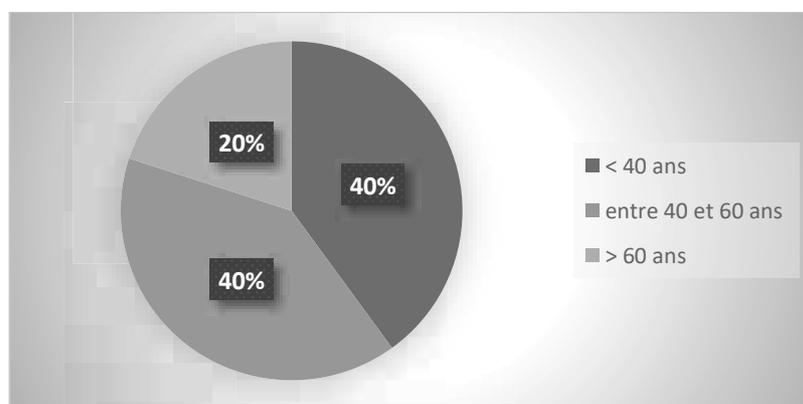
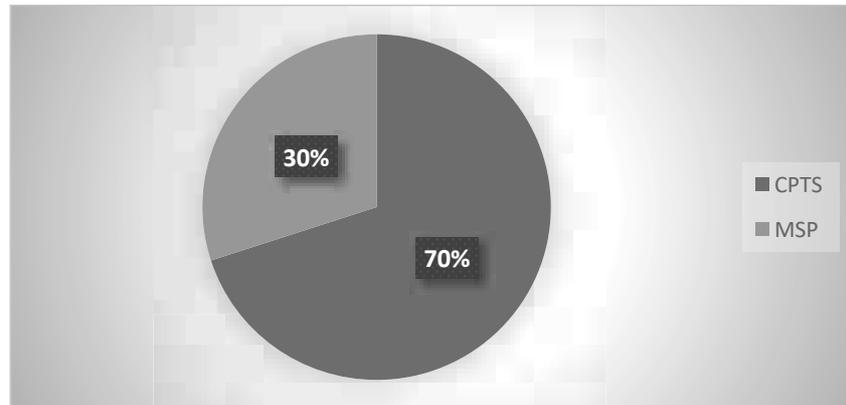


Figure 1 : âges des différents médecins interrogés.

Six médecins de sexe masculin contre quatre de sexe féminin ont été consultés.

La majorité des médecins faisait partie d'un projet de CPTS (7/10). Parmi eux, il y a deux présidents, un secrétaire, un chargé de projet, un membre du conseil d'administration et deux adhérents qui ont une participation plus sommaire. Les trois autres médecins étaient des médecins généralistes exerçant dans une maison de santé (figure 2).



*Figure 2 : Projet d'exercice des médecins généralistes*

La totalité des médecins généralistes interrogés, faisant partie de l'Eurométropole de Strasbourg, avait une activité en milieu urbain.

La plupart de ces médecins (7/10) ont une activité de maître de stage ou de tuteurs auprès des internes en médecine générale.

La majorité d'entre eux (9/10) n'ont pas de formation spécifique en gériatrie. Ils ont tous recours aux Formations Médicales Continues en général et la moitié d'entre eux en ont déjà fait autour de la gériatrie. Un médecin a une expérience au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sans formation particulière. Un autre était médecin coordonnateur en EHPAD avant de travailler en cabinet. Et un dernier a été coordonnateur d'un EHPAD pendant plusieurs années également et il possède une capacité de gériatrie.

### 4.3 LES MEDECINS GENERALISTES DES CPTS/MSP ET LE TRAVAIL COORDONNE

◆ La totalité de ces médecins adhérant à un projet de CPTS ou travaillant en maison de santé ont exprimé la volonté d'exercer la médecine de façon coordonnée. Cette constatation nous permet encore d'avancer l'hypothèse que ces médecins devraient se tourner plus souvent vers des structures comme la MAIA.

◆ On remarque que pour la moitié d'entre eux, il s'agit d'éviter un exercice isolé.

*« Moi, je ne me voyais pas exercer seul de toute manière » (MG1) ; « C'est effectivement le travail à plusieurs professionnels qui m'intéresse » (MG3) ; « Au départ, c'était surtout pour pas faire trop mon truc dans mon coin » (MG8).*

◆ La totalité ont évoqué l'importance du travail en commun. Il s'agit de travailler ensemble, entre les différents médecins généralistes, avec les autres professions de santé et les professions sociales ainsi que les dispositifs existants. Il s'agit de mutualiser les expériences pour une meilleure prise en charge des patients. Pour le médecin qui a eu une expérience en maison de santé et ceux exerçant actuellement en MSP, il existe également une notion de proximité, d'un point de vue physique entre les professionnels, qui permet un échange constructif et en vrai autour du patient.

*« L'idée, ce n'est pas de réinventer l'eau tiède chacun dans notre coin, c'est mutualiser des dispositifs qu'on puisse avoir de meilleurs résultats ensemble » (MG2) ; « C'est l'intérêt de travailler en groupe, entre médecins et de travailler avec les autres »*

*professions de santé. » (MG4) ; « Je voulais voir si je pouvais faire ma part pour améliorer la continuité des soins en m'intégrant dans un dispositif » (MG8).*

*« Ça facilitait l'échange. On se voyait tous les jours au café » (MG2) ; « Soit tout bêtement entre deux portes, rencontrer le kiné et l'infirmière entre deux portes et puis refaire le point sur une situation » (MG7).*

◆ Pour l'un d'entre eux, il s'agit de pouvoir maintenir le lien avec l'hôpital.

*« Pour l'hôpital, aussi, c'est intéressant d'avoir un interlocuteur parce qu'ok, même s'ils ont des documents dans leur intranet, c'est quand même intéressant d'avoir l'avis du médecin, du médecin traitant, voir un petit peu si les informations que donnent les familles ou autres sont pertinentes ou pas, et on doit observer qu'on est rarement appelé... » (MG5).*

◆ On retrouve la notion de lutter contre le manque de professionnels de santé sur le territoire.

*« On est en période de pénurie, on est en période de difficultés d'accès aux soignants, on est en période de difficultés de soigner le malade, même de les répartir, ne serait-ce qu'attribuer des visites ou autre chose. » (MG5).*

◆ Pour certains médecins il s'agit également de mettre en lumière qu'un médecin généraliste n'est pas seulement au service de sa patientèle. Il a aussi un devoir au niveau de la population, il s'agit de la responsabilité populationnelle. Ils évoquent également une plus grande facilité à mettre en place des projets de santé publique par le biais de la MSP ou de la CPTS.

« L'idée pour moi, c'est vraiment d'entrer dans une logique de prise en charge populationnelle et d'action sur les déterminants de santé et beaucoup plus que juste la prise en charge d'une patientèle à ma petite échelle » (MG1) ; « Je me dis qu'un médecin généraliste a des responsabilités qui vont au-delà de sa seule patientèle. Je pense qu'on a une partie de la responsabilité vis à vis de la population dans laquelle on travaille » (MG6) ; « On essayait de répondre à une question et on y arrivait un petit peu plus facilement en étant une maison de santé » (MG7).

◆ Pour un médecin, l'exercice en maison de santé développe une attractivité pour d'autres professionnels de santé.

« C'est à dire qu'on est assez attractif en étant trois médecins quelque part pour qu'un kiné puisse être attiré pour venir s'associer avec nous. » (MG7).

## 4.4 LA MAIA

### 4.4.1 Connaissance et expérience

◆ La totalité des médecins généralistes m'ont évoqué le dispositif MAIA par eux-mêmes.

« Je fais assez facilement relais avec la PRAG ou la MAIA. » (MG1) ; « Moi j'ai beaucoup travaillé avec les MAIA dans un autre département » (MG2) ; « J'ai tout simplement contacté la MAIA » (MG9).

◆ Neuf médecins sur les dix entendus ont au moins une expérience avec la MAIA pour un de leur patient. Un seul ne l'a jamais sollicité.

*« J'en ai entendu parler. Alors, j'en entends parler un peu de temps en temps à la CPTS, mais c'est vrai que je n'ai pas donné suite et pour moi PRAG/MAIA c'était à peu près la même chose. J'avais l'impression que c'était un truc... que la MAIA se noyait dans la PRAG » (MG5).*

#### **4.4.2 Les différentes expériences**

◆ Les raisons pour lesquelles ces médecins généralistes font appel à la MAIA sont diverses et regroupent tous les aspects de la prise en charge d'un patient. Mais la majorité (7/9 médecins qui ont utilisé la MAIA) y font appel en cas de difficultés sociales.

*« La fonction que je vais surtout chercher, c'est surtout le côté médiation, accompagnement ou démarches sociales spécifiques éventuelles que le côté évaluation/bilan qu'ils peuvent proposer aussi dans certaines situations. » (MG1) ;*  
*« On les mobilisait, surtout quand il y avait une dimension très psychosociale à la complexité » (MG2) ; « Je pense que la MAIA est là pour la partie plus administrative, sociale et familiale éventuellement, mais pas forcément pour le côté médical » (MG3).*

◆ Certains y font appel quand il est nécessaire de mettre en place des mesures de protection comme une curatelle ou une tutelle.

*« Envisager des tutelles ou des mises sous curatelle ou des protections d'adultes » (MG2) ; « Faire un signalement auprès du Procureur de la République, non, je ne maîtrise pas. » (MG3).*

◆ Des médecins les sollicitent pour gérer des situations psychologiques complexes, notamment pour les problématiques psychiatriques.

◆ La MAIA est également sollicitée par les médecins lors de la nécessité d'une entrée en institution provisoire urgente.

◆ Pour deux médecins, la MAIA a un intérêt en situation d'isolement social, en l'absence de famille proche.

◆ Certains se tournent vers la MAIA pour la gestion des troubles cognitifs qui s'avèrent plus difficiles à gérer en cas d'isolement familial.

*« En règle générale, isolement familial avec des troubles cognitifs, des soins à domicile, des soins infirmiers qui sont difficiles à mettre en place » (MG3) ; « C'est vraiment les troubles cognitifs avec des patients qui sont dans le déni et aucun aidant. » (MG8).*

◆ Des médecins demandent l'intervention de la MAIA pour assurer un suivi médical correct et régulier. Notamment, il s'agit de s'assurer que les patients honorent leurs rendez-vous médicaux.

*« C'était pour faire de l'accompagnement d'une patiente Korsakoff pour faire ses examens » (MG1).*

◆ La MAIA peut également permettre de mettre en place des aides humaines et matérielles.

*« Mettre en place les aides infirmières, toutes les aides à domicile... » (MG4) ;  
« Eventuellement soins d'hygiène, de toilette, surveillance... [...] une aide de vie, avec un bip alarme, avec ce genre de choses » (MG9).*

◆ Deux médecins ont précisé qu'ils faisaient plus facilement appel à la MAIA pour aider des personnes âgées.

*« Plus de 60 c'est sûr... Ce matin c'était 70-75 ans. » (MG3) ; « Plus volontiers des gens très âgés » (MG9).*

◆ Enfin deux médecins y ont fait appel pour intervenir sur le logement du patient, permettre d'améliorer les conditions de vie et lutter contre la précarité.

*« La MAIA intervient pour certains aspects, quand il y a de la complexité, en particulier sociale qui est plus importante, l'hébergement et la mise en jeu de dispositifs d'aide à l'aménagement d'un logement » (MG6) ; « Il avait zéro revenu. Je ne sais pas comment il faisait encore pour survivre là-dedans... Donc très très grosse précarité » (MG7).*

◆ On note également que certains de ces médecins ont eu une expérience avec la MAIA mais sans avoir fait la démarche par eux-mêmes. Il y a d'abord ceux qui sont directement sollicités par la MAIA elle-même. Les raisons sont la recherche d'un nouveau médecin traitant quand le précédent n'exerce plus et la rédaction de certificat de mesures de protection.

*« J'ai la particularité d'être inscrit sur la liste du procureur pour établir les mesures de protection, pour faire les certificats circonstanciés de mesures de protection [...] la MAIA me sollicite parfois pour aller voir quelqu'un et faire un certificat » (MG1) ; « La MAIA cherche un médecin pour le prendre en charge. Donc la MAIA, quand elle cherche un médecin, elle va chercher les médecins qui ont déjà appelé la MAIA et qui sont dans le secteur » (MG7).*

◆ Puis deux médecins parlent d'expérience avec la MAIA mais seulement par le biais d'un autre dispositif qui est la PRAG.

*« Le médecin de terrain sollicite la PRAG qui ensuite sollicite la MAIA s'il faut » (MG6) ; « C'est la PRAG, qui parfois fait bouger la MAIA » (MG7).*

◆ Et pour finir, un seul des médecins entendus a eu la visite de la MAIA sur son lieu de travail, c'est-à-dire la maison de santé dans le but de se présenter et d'expliquer ses fonctions. Et ce dernier ainsi qu'un autre médecin ont également eu la visite d'un gestionnaire de cas en cours de prise en charge d'un de leur patient.

*« Ils sont venus se présenter à la maison de santé. Ça c'était sympa » (MG10) ; « Pour bien nous expliquer comment ça marchait » (MG10) ; « Souvent, il y avait la MAIA*

*qui venait à la maison de santé, rencontrer les infirmières » (MG2) ; « Ils étaient venu ici. Et puis voilà, on arrive à avancer, à réunir vraiment tout le monde » (MG10).*

#### **4.4.3 La proportion des cas complexes dans leur patientèle et la fréquence de sollicitation de la MAIA**

◆ Globalement, on constate que la MAIA et les dispositifs comme cette dernière sont peu sollicités au quotidien. Pour 3 d'entre eux, c'est parce qu'ils reconnaissent n'y avoir pas pensé face à une situation complexe à domicile. Pour d'autres cela peut s'expliquer parce qu'ils gèrent ces situations seuls (cf paragraphe 5) ou que la proportion de cas complexes au sein de leur patientèle n'est pas la plus élevée.

*« Une fois par mois je pense. Non ce n'est pas plus » (MG3) ; « Une fois tous les mois, tous les deux mois » (MG5) ; « C'est, disons, deux ou trois fois par an » (MG6).*

*« Je viens de me rendre compte là que j'aurais pu appeler la MAIA pour un de mes patients, j'ai complètement oublié » (MG7) ; « Je n'ai pas fait appel à la PRAG et ni la MAIA. Pourquoi ? Je ne sais pas. Je n'y ai même pas pensé » (MG10).*

*« 5 à 10 %, quelque chose comme ça, mais c'est vraiment à la louche (sourire) » (MG2) ; « Y'en a pas beaucoup en fait » (MG3) ; « C'est vrai que les patients complexes c'est ceux auxquels on pense le plus mais je dirais que ce n'est pas une si grosse proportion, ça doit représenter peut-être 1 à 5% » (MG8).*

◆ Malgré tout, un médecin s'exprime sur l'augmentation évidente des cas complexes au sein des patientèles depuis les dernières années.

*« Je trouve que la complexité elle augmente et on passe de plus en plus de temps sur des choses très très complexes. Je le vois sur une décennie » (MG2).*

◆ En comparaison avec la sollicitation plutôt faible des systèmes de coordination, on note que ces médecins se tournent plus facilement et fréquemment vers les infirmières, les aides-soignantes ou les kinésithérapeutes.

*« Ça arrive une fois par semaine je dirais, au moins, peut-être même plus » (MG8).*

◆ On constate que ces médecins contactent également plus fréquemment les équipes mobiles, de gériatrie ou de soins palliatifs, toujours en comparaison avec les dispositifs comme la MAIA.

#### **4.4.4 Le nombre de patients bénéficiant de la MAIA**

◆ Le nombre de patients inclus dans le dispositif MAIA chez ces médecins est en majorité faible. Seulement un d'entre eux ne connaît pas le nombre du fait d'une sollicitation plus régulière.

*« J'en ai au moins une » (MG1) ; « Dans les 4 ou 5 actuellement » (MG4) ;  
« Actuellement je crois zéro » (MG6) ; « De tête je ne saurais pas vous dire. Faudrait que je m'amuse à compter » (MG9).*

#### 4.4.5 Les résultats positifs

◆ Plusieurs conséquences positives ont été mis en lumière par les médecins interrogés, au-delà de la réussite du maintien à domicile dans de bonnes conditions.

*« Je trouve que ça marche bien dans le sens où ça les maintient à flot » (MG8) ; « Je pense que ça contribue certainement à permettre son maintien à domicile plus longtemps et dans de meilleures conditions » (MG9).*

◆ Tout d’abord, certains médecins ont affirmé que faire appel à la MAIA permettait d’accéder à une expertise pour affiner la prise en charge. Il s’agit de connaissances et de savoir-faire qu’ils n’ont pas en tant que médecin généraliste. Faire appel à ces experts permet donc de compléter la prise en charge sans empiéter sur le travail du médecin et permet au médecin de se concentrer davantage sur le côté médical.

*« Une partie des choses que fait la MAIA est de toute façon hors de notre possibilité à nous » (MG7) ; « Ils sont largement plus compétents que moi là-dedans » (MG9).*

*« Si je fais un appel à un tiers, c'est justement parce qu'il me manque des bouts » (MG2) ; « Chacun fait sa part » (MG2) ; « Si je perds le fil c'est plutôt bien » (MG3) ; « Ce n'est pas toujours possible en fait de tout faire soi-même » (MG8) ; « J'ai largement assez de boulot. Sans vouloir forcément tout maîtriser » (MG9).*

◆ Trois d'entre eux ont mentionné que les professionnels au sein de la MAIA ont plus de temps pour approfondir certains aspects de la prise en charge. Or, les médecins généralistes manquent de temps généralement. Ce temps supplémentaire est la conséquence d'une petite file active qui est aussi un avantage mis en avant par un médecin.

*« Ça prend du temps oui. Donc c'est pour ça que j'ai eu recours à ces structures »*

*(MG3) ; « Ils viennent à la maison et prennent du temps avec la personne » (MG10).*

*« Ce qui est pas mal avec la MAIA, c'est qu'ils ont quelques patients... La file active, elle m'a dit 30 ce matin. Trente par gestionnaire de cas. Et donc elle peut plus facilement faire les suivis [...] » (MG3).*

◆ Trois médecins considèrent que la MAIA donne des nouvelles et les tient informés de l'avancée de la prise en charge. Néanmoins, on constate que ces 3 médecins n'ont pas les mêmes attentes dans ce cas. Un d'entre eux précise qu'on l'informe sur les missions accomplies mais sans réellement l'associer à la prise en charge. Les deux autres se sentent informés : pour l'un les échanges sont très complets et pour l'autre il pense que la MAIA se contente du minimum.

*« J'étais en général associé. Enfin, informé. Pas associé peut-être suffisamment, mais*

*informé » (MG6) ; « La MAIA nous tient au courant. Voilà, par mail. OK, pas trop, pas*

*trop insistante, mais on sait ce qui se passe » (MG7) ; « J'ai systématiquement un retour*

*par mail détaillé de tout ce qui a été élaboré » (MG9).*

◆ Deux médecins, eux, prennent le temps de contacter la MAIA pour connaître l'évolution de la situation. Faire appel à ce dispositif encourage alors le suivi de son patient et l'investissement dans sa prise en charge.

*« Mais moi qu'est-ce que je fais pour renouer avec ce patient, est-ce que je l'appelle, est-ce que je reprends contact avec la structure ? » (MG2) ; « Je les contacte en général lors de la mise en place des dispositifs et quand tout se passe bien, je rappelle quand il y a un souci ou quand il faut réévaluer le dispositif » (MG9).*

◆ Le dispositif MAIA sera une des solutions pour faire face au vieillissement de la population qui s'annonce selon un des médecins.

*« On vit de plus en plus vieux, mais de plus en plus tôt en mauvaise santé, ça on le sait et donc forcément ces dispositifs on en aura besoin, MAIA, les équipes mobiles... » (MG2).*

◆ Un délai de réponse rapide a été précisé par deux médecins.

*« Je veux dire on les appelle, on envoie un mail, ce n'est pas dans six mois et ils répondent dans la journée, dans les 24h » (MG4) ; « Ils sont réactifs quand je les sollicite » (MG9) ; « C'est vraiment fait de manière rapide, efficace, percutante » (MG9).*

◆ Enfin, certains expliquent que de faire appel à la MAIA leur permet parfois de réellement se rendre compte de la précarité de la situation à domicile.

*« Parfois c'est une espèce de coup de tonnerre. C'est-à-dire que quand on en vient à là, ben parfois ça débloque l'idée que maintenant, peut être que le maintien à domicile n'est vraiment plus possible » (MG7) ; « Alors à partir du moment où on a besoin de ce genre d'intervention, c'est que clairement le maintien à domicile est difficile et fragile en tout cas » (MG9).*

#### **4.4.6 Les résultats négatifs**

◆ Face à ces avantages, d'autres aspects plus négatifs ont été abordés par les différents médecins. Pour commencer, il semble que les médecins se heurtent régulièrement au refus du patient et/ou de son entourage. Les patients ne veulent pas d'intervenants à leur domicile, sont dans le déni de leur situation ou ne coopèrent pas avec les soignants. Les médecins précisent à chaque fois que dans ces cas précis, ce n'est pas le dispositif qui est remis en cause. C'est la non-participation des patients qui ne permet pas une bonne prise en charge de cette manière.

*« La MAIA vient, leur explique qu'ils ont besoin d'aide et en fait déjà là, ils sont dans le déni. -Non, on n'a pas besoin d'aide, tout va bien-. En fait, ils appellent : -il y a plus d'aides-. Mais ce n'est pas la faute de la MAIA, c'est parce qu'ils interviennent dans des situations compliquées que je pense qu'ils sont confrontés à plus de refus, de barrière, de déni, ... » (MG8).*

◆ Ensuite, il a été rapporté une perte de temps pour la prise en charge du patient et le médecin généraliste lui-même, du fait de doublons.

*« Moi je perds plus de temps à faire intervenir ce dispositif là parce que souvent il y a des appels en double pour me dire, on a fait ça [...] et au final, je ne vois pas vraiment le gain de temps » (MG1) ; « C'est toujours difficile, je trouve, de se coordonner, de ne pas perdre d'informations, de pas refaire certaines choses » (MG3).*

◆ Pour l'un de ces médecins, il existe un délai d'action trop important, en termes de réalisation des missions demandées. En effet, ces patients se retrouvent dans une situation instable qui nécessite majoritairement une intervention rapide. Il fait la comparaison avec les infirmières qu'ils sollicitent fréquemment et qui agissent rapidement après sa demande.

*« Je passe très peu de coups de fil et ça ne marche pas. Donc là c'est une dame avec un Korsakoff. C'était une demande d'examen complémentaire. Je pense que la MAIA a dû être sollicitée en septembre l'an dernier, pour cette dame. La prise en charge a dû commencer en novembre ou en décembre » (MG1) ; « Je prends l'exemple que ce soit de l'infirmière précarité ou de l'assistante sociale, l'une ou l'autre, je les ai au téléphone au moins une fois dans la semaine. Ça change tout quand on a une situation sur laquelle on a besoin d'aide en urgence, elle décroche son téléphone et le problème est réglé rapidement » (MG1).*

◆ On constate que pour certains, les objectifs ne semblent pas être compris par la structure ou mal saisis du fait de la complexité de la situation certainement.

*« Alors j'ai un souvenir marquant de cette dame parce qu'ils étaient tout content de me dire on l'a évaluée à domicile et le maintien à domicile est difficile. Voilà. » (MG1) ;  
« J'ai eu plusieurs situations, ça finit par s'essouffler un peu ou alors ils ont un peu quitté, enfin, fait des fins de mission alors que les problèmes n'étaient pas forcément résolus » (MG10).*

◆ Un médecin nous a indiqué ne pas pouvoir joindre facilement la MAIA et s'est alors tourné vers une autre structure.

◆ Pour deux d'entre eux, le recours à la méthode MAIA est trop compliqué. Ils ne connaissent pas la démarche à effectuer lors d'une demande de prise en charge ni les critères d'admission retenus.

*« C'est quelque chose de super intéressant, mais qui a quand même énormément de lourdeur pour le mettre en marche » (MG1) ; « L'admission est un peu plus compliquée à la MAIA, avec des critères qui sont voilà parfois compliqués je trouve » (MG10).*

◆ Parfois la MAIA n'est pas sollicitée par le médecin généraliste lui-même et ce dernier n'en est pas toujours informé selon certains médecins. Certains aspects de la prise en charge du patient restent alors inconnus pour le médecin.

*« Dans certaines circonstances, la situation complexe est identifiée par une structure hospitalière, au cours d'une hospitalisation et c'est la structure hospitalière qui*

*déclenche l'intervention d'appui et là, en général, ça me met en difficulté parce que du coup, je me retrouve un peu spectateur, or mon rôle, c'est celui d'être acteur des situations complexes » (MG6) ; « Des fois ils interviennent et je ne suis pas forcément au courant » (MG8).*

◆ Un de ces médecins trouve que la prise en charge au sein de la MAIA est superposable d'un patient à l'autre et cela ne fait pas avancer le dossier. La façon de gérer le dossier manquerait de personnalisation.

*« Oui c'est ça. Un petit peu standardisé. J'ai parfois des patients complexes qui sont, qui ne rentrent pas tout à fait dans les clous et du coup, on peut se retrouver par moments avec des réponses qui sont standardisées, qui sont valables pour beaucoup de monde mais pas forcément pour le patient » (MG6).*

◆ Contrairement aux médecins qui étaient satisfaits du nombre d'échanges avec la structure au cours de la prise en charge, deux autres précisent qu'ils sont loin d'être suffisants.

*« Moi, j'avais l'impression d'avoir plus de retours avec la PRAG. On est systématiquement rappelé, qu'avec la MAIA, on peut les appeler et les avoir en ligne assez facilement, après, une fois qu'ils sont sur le truc, ils sont en autonomie. Je n'ai pas d'appels ou de comptes rendus, ou de mots à chaque passage » (MG8) ; Peut-être que ça manque un peu de retour des fois. Qu'est-ce qu'ils ont fait ? Voilà. Je ne sais pas » (MG10).*

◆ Un médecin pense que la petite file active de la MAIA n'est pas toujours un avantage, au contraire cela limite la prise en charge de nouveaux patients parfois.

*« J'ai remarqué qu'ils étaient plus ou moins disponibles en fait, la PRAG et la MAIA selon je pense aussi le nombre de cas qu'ils ont à gérer, plus ou moins répondants » (MG10).*

◆ Ces dispositifs comme la MAIA peuvent être délétères pour certains médecins dans le cas où le maintien à domicile est beaucoup trop précaire. Il ne faut pas s'entêter dans cette voie si le patient n'est pas en sécurité malgré les mesures mises en place. De plus, cela pose la question de l'aidant principal qui se voit fréquemment être le conjoint du patient et qui ne peut pas tout gérer indéfiniment.

*« Je parle souvent de soutien à domicile, parce que le maintien à domicile, des fois, ça devient tellement contraignant, avec les risques tellement importants qui étaient encourus surtout par la personne et pas tellement par toi. Donc, à force de vouloir maintenir à domicile à tout prix, on finit par faire prendre des risques aux gens (MG2) ; « Il y a des maintiens à domicile qui sont un vrai problème et où le seul moyen d'améliorer cette personne, c'est de sortir de ce maintien à tout prix à domicile » (MG7) ; « La pire c'est la situation de couple où le conjoint étant très très âgé. Comment est-ce qu'on fait ? C'est avoir un conjoint âgé comme aidant principal à la maison » (MG7).*

◆ Il existe un sentiment de dépossession. Une fois le dispositif aux commandes, certains médecins se sentent mis à l'écart dans la prise en charge de leur patient alors que le médecin généraliste doit garder ce rôle central.

*« Ça donne le sentiment que le parcours de soins coordonné par le médecin traitant, ce qui est mon domaine d'expertise, n'est pas pris en compte dans certaines circonstances et que seul le parcours de soins, est pris en compte. Ça se voit dans les schémas d'intervention, y'a une mauvaise compréhension du rôle du médecin traitant et une absence de sollicitation du médecin traitant pour qu'il tienne sa place » (MG6) ; « Après, une fois qu'ils sont sur le truc, ils sont en autonomie » (MG8) ; « Je trouve que dans la PRAG, il y a plus ce côté-là, de retours, d'inclusion du médecin dans la démarche » (MG8).*

◆ Enfin, les médecins mettent en évidence la complexité de notre système de soins pour la prise en charge des cas complexes. En effet, les différents systèmes de coordination existants, ne sont pas forcément tous connus des médecins généralistes et ils ne savent pas toujours vers lequel se tourner pour quelle situation. De plus, les récents changements avec l'arrivée du DAC posent également question pour la suite. Ce nouveau dispositif amènera à la disparition de la MAIA.

*« Vous savez certainement que la MAIA va disparaître ou en tout cas il y a le dispositif DAC, qui est en train d'être proposé et il y a des réunions auxquelles la CPTS est d'ailleurs associée puisqu'on a demandé à être partenaires du DAC. Mais on voit bien que personne ne sait ce qu'on va faire là » (MG1) ; « On va dire qu'à l'intérieur de ces grands tout, il y a encore beaucoup de spécificité qui a été gardé... ce n'est pas supprimer des postes. Ils ont essayé de faire en sorte de maintenir ces compétences-là dans un tout plus lisible encore une fois. J'attends de voir. [Rires] » (MG2) ; « Il y a plein de choses qui sont en place et qu'on ignore en fait » (MG3).*

#### 4.4.7 Les améliorations

◆ La première amélioration concerne les échanges entre la MAIA et les professionnels de santé autour du patient. Une majorité des médecins interrogés (7/10) déplorent que le dialogue soit insuffisant, qu'il n'existe pas un support adapté, sur place au domicile du patient, pour communiquer entre eux et le dispositif et qu'il n'inclue pas tous les professionnels de santé qui entourent le patient.

*« Les occasions d'échanges sont tellement, tellement rares » (MG1) ; « Je regrette dans ces dispositifs, que parfois, ça soit un peu trop en silo, en tuyau d'orgue, et qu'on a du mal à créer du lien véritable et puis arriver à discuter » (MG2) ; « C'est à dire que c'est un cahier que le patient montre au généraliste, montre à l'hôpital, montre au cardiologue et c'est un support de coordination » (MG7) ; « La communication, entre leurs services et nous pourrait être meilleure » (MG8) ; « Ça serait bien d'avoir un petit récap, une petite fiche. Quelque chose à domicile, un classeur ou un dépliant. Comme pour les infirmiers ou comme pour les aides à domicile. Ou un truc de transmission, même à la main » (MG8).*

◆ Le point suivant permet de mettre en lumière que le fonctionnement de la MAIA n'est pas évident pour la plupart de ces médecins. Ils demandent plus de clarté et notamment de pouvoir identifier les différents acteurs et leurs rôles respectifs. Ils demandent des précisions quant à la population cible et un médecin propose même l'utilisation d'un support pour mieux faire connaître la MAIA auprès des médecins généralistes.

« On n'a pas l'habitude de travailler ensemble. C'est à chaque fois une découverte et ça, c'est toujours un peu délicat » (MG1) ; « Je pense qu'il y a des choses que je n'exploite peut-être pas » (MG3).

« Après peut être des difficultés pour identifier la personne qui va intervenir... » (MG3) ; « Je pense qu'on manque d'information sur ces personnes parce que finalement moi j'appelle, je ne sais pas si je vais tomber sur le gestionnaire de cas » (MG3) ; « C'est un peu flou, on ne sait pas trop non plus quelles sont leurs possibilités, comment ils font, comment ils travaillent, c'est à dire combien de personnes vont s'occuper du patient. Est-ce qu'ils sont plusieurs ? Est-ce qu'il a des liens directs avec l'APA ? Est-ce qu'il peut prendre son téléphone pour savoir où un dossier en est ? » (MG10).

« Peut-être, tout simplement un flyer avec la population à adresser. Quels sont les critères d'inclusion ? Il faut rester simple... » (MG3).

◆ Puis, certains médecins insistent sur la nécessité de bien définir les objectifs initialement pour éviter des retards à la prise en charge ou des incompréhensions entre les différents intervenants.

« Je crois qu'il faut vraiment avoir un objectif en tête au démarrage de la prise en charge et que ce soit un objectif qui soit partagé. Parce que sinon, ça peut effectivement partir un peu dans tous les sens et on peut perdre du temps à essayer de rattraper les choses » (MG1).

◆ La majorité des médecins (6/10) met en évidence un manque de visibilité du dispositif MAIA. Ils constatent que leur numéro de téléphone n'est pas facilement accessible. Sur internet, le dispositif n'est pas visible au premier coup d'œil lors d'une recherche sur un moteur de

recherche et souvent d'autres sujets apparaissent avant la MAIA comme la PRAG ou l'agenda électronique « Maiaa » pour la prise de rendez-vous en ligne. Enfin un médecin propose même aux médecins hospitaliers de gériatrie de faire un rappel de l'existence de ces dispositifs en fin de courrier pour permettre aux généralistes de les solliciter lors d'un prochain évènement intercurrent.

*« A chaque fois je sais plus comment les contacter. Faut que je re-cherche, je ne l'ai pas en tête alors que la PRAG j'ai le numéro de téléphone et tac je les appelle » (MG4) ;*

*« Oui mais quel numéro la MAIA ? » (MG5).*

*« Quand je tape MAIA, je tombe sur PRAG » (MG5) ; « Ah oui en fait quand on tape MAIA [tape dans le moteur de recherche Google] on tombe sur mon secrétariat » (MG8).*

*« C'est compliqué pour eux de se présenter chez chaque médecin ça c'est sûr. Du coup, je ne sais pas comment l'information arrive jusqu'aux autres » (MG10) ; « Je pense que c'est des dispositifs très utiles et je pense que ça gagnerait à être régulièrement, que l'information se refasse régulièrement » (MG10).*

*« Ce que j'aimerais beaucoup, c'est que, en tout cas pour la gériatrie, que pour chaque personne prise en charge en gériatrie, il y ait dans la conclusion de la lettre, -contact pris avec la MAIA ou pas-, -contact pris avec la PRAG ou pas-. Et qu'il y ait peut-être l'explicitation de qu'est-ce que c'est la MAIA ? Qu'est-ce que c'est la PRAG, là-dedans ? Qu'il y ait une espèce de texte type » (MG7) ; « Dans la lettre, qu'on puisse nous rappeler qu'il y a des dispositifs d'appui [...] qu'on puisse se dire que si on a besoin, qu'on a éventuellement des ressources qu'on peut solliciter comme ça, peut être que ça serait intéressant. » (MG7).*

◆ Un des médecins propose, quand c'est possible, d'inviter le médecin traitant à être présent au domicile du patient lors de l'installation de la MAIA.

*« Proposer au médecin d'être là la première fois et comme ça on discute ensemble. Après ce n'est pas toujours possible » (MG10).*

◆ Enfin, la majorité des médecins entendus (7/10) signalent la complexité du système de soins actuel et sont pour simplifier, clarifier, fusionner les offres pour arriver à une meilleure prise en charge de leurs patients complexes. Les modifications à venir avec la création du DAC sont les bienvenues et tous espèrent que cela simplifiera leur quotidien.

*« Qu'aujourd'hui on ne sait pas qui intervient localement, donc on envoie un peu une bouteille à la mer quand on fait la demande et on sait pas qui va la rattraper » (MG1) ;*  
*« Que ça soit clarifié parce que parfois, à force de remettre des dispositifs sur des dispositifs, vous voyez PRAG, PTA, DAC, MAIA, on finit par se perdre un peu sur les missions de chacun » (MG2) ;*  
*« J'ai un deuxième axe d'amélioration, ben fusionner la PRAG et la MAIA » (MG4) ;*  
*« Je pense que le fait de regrouper les structures, c'est quelque chose qui va dans le bon sens parce qu'il faut éviter les redondances, les doublons et les choses comme ça pour qu'on puisse ... parce que sinon on identifie plus rien » (MG5).*

◆ A noter qu'un des médecins est entièrement satisfait du dispositif MAIA et qu'il n'apporterait aucune amélioration.

*« Honnêtement, je ne sais pas. Je suis satisfait de la MAIA » (MG9).*

#### 4.4.8 La formation

##### 4.4.8.1 La formation initiale

◆ Etant un dispositif récent, la MAIA n'a pas pu être enseignée à la plupart des médecins interrogés mais certains d'entre eux étant maîtres de stage ou tuteurs sont confrontés au programme universitaire actuel et peuvent se positionner sur l'apprentissage de ce dispositif et du système de soins actuel en général.

◆ Dans un premier temps, ils rapportent que la formation sur la MAIA et la gestion d'un cas complexe en général est très pauvre et pas forcément adaptée.

*« Je pense qu'elle n'est pas systématisée, parce qu'a priori y'a pas d'enseignement spécifique qui est consacré à ça » (MG1) ; « On n'est pas tellement bien formés sur l'organisation du système de santé, de soins » (MG2) ; « Il faut un module organisation du système de santé » (MG2) ; « Notre formation en tant que généraliste, formation de base, elle est quand même très light, donc on n'est pas très initiés à ces questions-là. On peut être excellent médecin et minable en connaissance des dispositifs médico-sociaux. » (MG6).*

◆ Pour les tuteurs, ils précisent qu'ils profitent des cours prévus avec leur groupe d'étudiants pour aborder le thème de l'organisation du système de soins sur le territoire. Ils constatent qu'ils n'ont en général pas de grandes connaissances de ces moyens et ils sont très demandeurs pour se familiariser avec cette partie de la profession.

« C'est plus encore dans les séances de tutorat que ces sujets-là sont discutés » (MG1) ;  
 « Je faisais ça souvent avec mes tutorés à la fac et -vous savez où vous allez mettre les pieds exactement ? Vous avez une idée de ce que c'est un peu qu'un territoire, un bassin de vie ? - » (MG2) ; « Je suis tutrice d'étudiants et je vois bien que le côté coordination de soins, ça pêche complètement » (MG3) ; « Je suis maître de stage [...] je leur ai proposé, ils étaient tout à fait ravis et on a fait toute une réunion de 3h sur tous ces réseaux justement » (MG4).

◆ Et certains médecins avouent n'avoir aucune formation sur la MAIA et tous ces dispositifs et en avoir entendu parler par hasard sur le terrain.

« Ben c'est du bouche à oreille. C'est un peu ça » (MG5) ; « En vrai, j'en ai entendu parler à un moment donné et c'est tout » (MG8).

◆ Dans un deuxième temps, quatre médecins ont souligné que la formation universitaire est plus tournée vers le côté médical (enseignement sur les différentes pathologies) et ne laisse donc que peu de place à l'enseignement de ces dispositifs et de la gestion d'un cas complexe en pratique.

« Parce qu'il fallait surtout parler, de la cystite et des bonnes pratiques » (MG2) ;  
 « C'était un enseignement qui était très très orienté maladies rares [Rires] » (MG5) ;  
 « On est formé pour pas rater l'embolie pulmonaire, pour bien traiter l'angine, des choses comme ça, mais pour ce qui est de la prise en charge d'une situation complexe, on n'est pas très très outillé, pas très informé » (MG6).

◆ Dans un troisième temps, certains pensent que pour assimiler cette formation et s'en imprégner, le stage en tant qu'interne est le meilleur moyen. Il est préférable de se frotter à des cas complexes et d'apprendre à les gérer directement au contact des patients. D'ailleurs, deux d'entre eux ont réalisé un stage en gériatrie pendant leur internat et tous les deux pensent que c'est un bénéfice pour leur pratique actuelle.

*« Je crois plus à la formation en stage ou en tout cas à la découverte en stage de ce type de dispositif, que vraiment quelque chose de théorique » (MG1) ; « Que la faculté s'appuie sur les stages pour ça, c'est intéressant » (MG7) ; « Stage de gériatrie je pense, ça devrait être obligatoire pour un médecin généraliste » (MG8).*

*« Ce qui m'avait aidé pour essayer de comprendre un peu les cas complexes. C'était un peu un stage de planque. C'était l'hôpital de jour de gériatrie. Donc j'avais fait un stage là-dedans. Et là, en fait, vraiment, on a le nez dans les intervenants » (MG8).*

◆ Et dans un dernier temps, un médecin précise que malgré une formation faible sur le sujet, un médecin généraliste ne peut pas avoir toutes les connaissances en même temps et que l'important est de savoir où les enrichir et par quels moyens le moment venu.

*« Et je pense que ce qui est important, c'est que l'on sache vers où chercher quand on a besoin de l'info » (MG9) ; « C'est important de pouvoir trouver les ressources, mais c'est illusoire de toutes les avoir tout le temps en permanence » (MG9).*

#### 4.4.8.2 La formation médicale continue

◆ L'ensemble de ces médecins ont recours aux formations médicales continues (FMC). La moitié précise avoir déjà suivie des FMC autour de la gériatrie et la majorité d'entre eux (3/5) n'a pas été marqué par le contenu de ces formations et ne peut dire si elle a abordé les dispositifs comme la MAIA.

*« Oui, sans doute qu'on en a parlé lors des FMC oui, après laquelle précisément, je ne saurais vous dire non plus » (MG5) ; « Des FMC et la dernière en gériatrie, doit dater de au moins dix ans » (MG6) ; « J'ai déjà fait des FMC sur la gériatrie, les soins palliatifs des trucs comme ça, mais c'était y'a un peu longtemps et je ne sais plus si on a parlé de la MAIA » (MG10).*

◆ On remarque donc que certains déplorent qu'il ne semble pas exister une FMC dédiée à la gestion d'un cas complexe en gériatrie qui pourrait aider le médecin généraliste à s'imprégner des possibilités qu'apporte le système de soin actuel. Par contre un médecin a déjà rencontré une FMC, qui développait ce sujet, mais sans y assister.

*« -Gestion d'un cas complexe en gériatrie-, ouais ça peut être intéressant » (MG3) ; « Non, pas du tout ou je suis peut-être passé au travers hein » (MG4) ; « On parlait plus médico médical. On parlait un tout petit peu -réunion d'équipe autour du patient- » (MG7).*

◆ Un médecin quant à lui réalise par moment lui-même des formations sur le système de soins auprès des autres professionnels de santé comme les élèves infirmiers.

#### 4.5 LES MEDECINS GENERALISTES DES CPST/MSP ET L'EXERCICE COORDONNE PAR EUX-MEMES

◆ Un point important constaté durant ces interviews est que la majorité des médecins (8/10) ont confié qu'ils ne faisaient appel à ces structures qu'en cas de situations extrêmes. C'est-à-dire quand ils avaient fait tout ce qu'ils pouvaient de leur côté. Facilement, c'est donc eux même qui contactent les différents intervenants dont ils ont besoin au cours de la prise en charge d'un patient (infirmières, aide-soignante, assistance sociale etc...). Et lorsque malgré tous ces efforts, la situation est toujours très précaire, certains finissent par se tourner vers des structures comme la MAIA.

*« Je passe quand même pas mal de temps à organiser des rendez-vous, par exemple, ou bien à téléphoner aux infirmières. Je veux dire je passe quand même du temps, j'essaie de faire, j'ai des consultations assez longues. Du coup, je fais pas mal de choses » (MG5) ; « C'est que j'arrive à m'en occuper par moi-même. C'est-à-dire que je n'ai besoin d'aide que dans certaines situations » (MG6) ; « J'ai l'impression qu'on va utiliser vraiment en dernier ressort » (MG7) ; « Quand on appelle la MAIA, c'est qu'on est déjà un petit peu au bout du rouleau » (MG7).*

## 4.6 LES AUTRES DISPOSITIFS OU RESSOURCES DU SYSTEME DE SOIN

### 4.6.1 La PRAG

◆ L'ensemble des médecins entendus ont évoqué la PRAG et la majorité (7/10) y font appel en priorité s'ils ont besoin d'une structure d'aides. Ces derniers pensent qu'il s'agit de l'interlocuteur principal sur le territoire.

*« C'est vrai qu'on est moins confronté à la MAIA parce que plus souvent c'est la PRAG qui prend la main » (MG1) ; « La PRAG, je vais les appeler pour toutes les situations et après eux vont en référer à la MAIA » (MG3).*

◆ On constate que la majorité des médecins (6/10) ne font pas du tout ou très peu de différences entre la MAIA et la PRAG et pensent même parfois que c'est le même dispositif.

*« Pour moi, c'est la même chose et c'est un millefeuille. Et je trouve ça un peu agaçant d'avoir la même chose » (MG4) ; « Une des raisons pour lesquelles je ne vous ai pas répondu quand j'ai eu le mail, c'était que je me suis dit il faut que je révise. Quelle est la différence entre PRAG et MAIA ? Parce que sinon je vais passer pour une idiote » (MG7) ; « C'est la même chose je crois, mais juste pas gérée par les mêmes personnes... [M'interroge du regard] » (MG8).*

- ◆ Trois médecins ont donné des définitions appropriées sur les deux dispositifs et ont bien conscience qu'ils ne sont pas similaires.

*« La MAIA, elle est quand même très spécifique d'un niveau de complexité de très haut niveau qui nécessite beaucoup de temps et d'expertise pour aller chercher l'information et puis construire un parcours que seule elle a la possibilité de faire » (MG2) ; « La PRAG était un premier échelon d'appui et d'aides puisque c'est une plateforme régionale d'appui aux généralistes pour les situations un peu complexes. Et là où la MAIA serait encore un étage plus loin de la fusée qui permettrait de gérer le très compliqué, quelque chose de cet ordre-là » (MG9).*

- ◆ Enfin, un médecin a précisé que les médecins généralistes ne peuvent pas faire appel à la MAIA eux-mêmes et que des accords les obligent à passer par la PRAG.

*« Je sais que la MAIA, moi je ne peux pas déclencher. Un médecin de terrain ne peut pas s'adresser à la MAIA en lui disant écoutez j'ai une situation complexe venez m'aider. Je me suis déjà fait débouter pour ça, il doit passer par la PRAG parce qu'il y a des accords qui ont été mis en place, des niveaux d'intervention » (MG6).*

#### **4.6.2 Les ressources sanitaires**

- ◆ Plusieurs autres ressources ont été citées par l'ensemble des médecins interrogés. Tout d'abord ils se tournent classiquement vers ce qu'on appelle les auxiliaires médicaux que sont les infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes etc.

« C'est des infirmières à domicile, [...] c'est éventuellement un kiné, c'est parfois un orthophoniste » (MG2).

◆ Les Centres Médico-Psychologiques sont sollicités par leur soin lors de problèmes de santé mentale.

« On peut mobiliser le CMP pour un problème de santé mentale » (MG2).

◆ Six médecins ont précisé faire facilement appel aux équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs.

« Quand il faut évaluer, on utilise des équipes mobiles parfois, qui peuvent être des équipes mobiles de soins palliatifs » (MG2) ; « L'unité mobile de gériatrie assez fréquemment justement » (MG3) ; « Je vais m'adresser moi-même directement à une équipe de gériatrie mobile ou de soins palliatifs » (MG6).

◆ Un médecin fait appel à l'hôpital de jour de gériatrie pour des évaluations cognitives ou la réalisation d'examens et de suivis.

« Ce que j'utilise moi de façon facile, c'est [...] l'hôpital de jour de gériatrie » (MG7)

◆ Certains évoquent également une expérience avec l'HAD, mais dans la majorité des cas, c'est un usage plutôt subi et non demandé directement par eux-mêmes. C'est-à-dire que cela découle d'une hospitalisation avec un retour à domicile qui s'avère compliqué sans l'installation de certaines dispositions pour le patient. Donc le médecin traitant est seulement informé de leur intervention.

« On peut aussi parfois faire intervenir l'HAD, quand il y a besoin, même si ce n'est pas une structure de coordination à proprement parler » (MG1) ; « On me demande est-ce que je suis d'accord pour que le patient aille en HAD. Mais l'HAD a déjà été demandée par... c'est une sortie d'hôpital, un truc comme ça » (MG4) ; « Ça oui, mais l'HAD, c'est plutôt subi. C'est-à-dire que ce n'est pas vous qui êtes dans la démarche, c'est eux qui vous appellent, qui vous sollicitent » (MG5).

#### 4.6.3 Les ressources médico-sociales et sociales

◆ D'autres font appel à l'Unité Territoriale d'Action Médico-Sociale (UTAMS) qui met à disposition des assistantes sociales de quartier, les protections maternelles et infantiles (PMI), etc.

« L'UTAMS, avec une infirmière précarité qui fait le lien justement avec les aides, les assistantes sociales, la PMI et les différents services » (MG1) ; « On peut parfois mobiliser une infirmière de précarité qui dépend de l'UTAMS » (MG2).

◆ Ils évoquent également les médiateurs en santé.

« La médiation santé » (MG1) ; « On a une médiatrice santé qui peut débloquer des choses au niveau des droits sécu, des choses comme ça » (MG10).

#### 4.6.4 Les ressources informatiques

◆ Enfin, deux médecins utilisent une application de communication sécurisée, Idomed, qui facilite leur coordination pour améliorer la prise en charge de leurs patients, notamment les plus difficiles.

*« Un outil de coordination qui s'appelle -l'Idomed- » (MG1) ; « On utilise un système d'information partagé, sécurisé, qui s'appelle Idomed. On partage de façon asynchrone, c'est-à-dire qu'on reçoit des notifications » (MG2).*

#### 4.7 UN ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DE FAIRE APPEL A CES STRUCTURES

◆ La totalité des médecins interrogés confirment que l'un des nombreux rôles d'un médecin généraliste est de faire partie de la coordination des soins dans la prise en charge d'un patient. Se tourner vers ces structures comme la MAIA est donc un passage obligé si la situation devient trop complexe pour pouvoir agir seul.

*« Ah oui clairement oui, moi je suis convaincue que c'est aux médecins généralistes de faire ça » (MG1) ; « Je pense que ça fait pleinement partie de nos missions, au moins de savoir qu'il y a des problématiques » (MG7) ; « Oui complètement. La coordination des soins fait partie des missions du médecin généraliste, la mise en place des aides pour le patient » (MG9).*

◆ Certains médecins (3/10) indiquent malgré tout que dans certains cas ce sont d'autres professionnels qui sollicitent ces dispositifs ou ces différentes aides et que parfois cette sollicitation ne devrait pas seulement incomber aux médecins généralistes justement.

*« Oui ça fait partie de nos rôles, mais ça pourrait très bien être aussi d'autres intervenants. Je ne vois pas pourquoi ce serait réservé aux médecins. Une infirmière pourrait très bien, voire même une aide-soignante » (MG5) ; « Ce n'est pas forcément nous les seuls à pouvoir les solliciter, ces intervenants » (MG9) ; « Des fois, ce sont elles [les infirmières] qui contactent par exemple des organismes pour les toilettes et tout ça » (MG10).*

◆ Et puis quand les patients sont encore capables de le faire par eux-mêmes, des médecins pensent et font en sorte que ce qui peut être fait par le patient ou son entourage le soit.

*« Sauf pour des personnes qui ne sont pas en capacité de faire. Mais autrement, je leur demande, à eux de faire la démarche » (MG7) ; « Je pense que d'un autre côté, mieux informer les patients et leur famille, ça serait bien aussi parce qu'il y a pas mal de choses qu'ils peuvent faire de leur côté et ils ne savent pas qu'ils peuvent le faire » (MG8) ; « Soit le patient a déjà des adresses et sinon je le laisse faire en fonction de son degré d'autonomie » (MG9).*

## 5 Discussion

---

### 5.1 LIMITES DE L'ETUDE

Il existe un biais de sélection. Tout d'abord au niveau de la composition de l'échantillon qui, même si elle est diversifiée, reste limitée car il ne contient que dix médecins généralistes. Nous avons tout de même atteint la saturation des données au bout de dix entretiens. En effet, cela se constate par la récupération des mêmes informations à plusieurs reprises et par une baisse progressive du temps de réalisation de l'entretien. Enfin, l'étude ne concernait que les médecins généralistes exerçant au sein de CPTS/MSP de l'EMS, les résultats ne sont pas applicables à toute la région alsacienne ou même de l'EMS. Puis il y a un biais de sélection au niveau du recrutement des médecins généralistes. On peut effectivement se dire que les médecins ayant répondu à nos demandes d'entretien étaient plus intéressés ou se sentaient plus concernés par le sujet que ceux qui n'ont pas donné suite. Ceux ayant répondu par la négative répondaient qu'ils n'étaient pas disponibles.

Il existe également un biais de subjectivité dans le recueil des entretiens. Les propos avancés par les différents médecins généralistes ne sont pas vérifiables et sont considérés de principe authentiques. Certains d'entre eux ont pu se retenir ou ne pas oser aborder certains points par peur d'être discrédités. Enfin, même si un guide d'entretien, réalisé au préalable, a permis à l'étudiant de rester objectif, son discours a pu influencer les réponses du médecin.

Enfin il existe un biais au niveau de l'analyse. En effet, elle n'aura été réalisée que par l'étudiante elle-même, ne permettant pas de faire des recoupements et de la renforcer.

## 5.2 DISCUSSION DES RESULTATS

### 5.2.1 *Les cas complexes au sein de la patientèle de ces MG*

D'après les statistiques publiées par l'INSEE en 2019, l'EMS se compose de 14% de personnes âgées de plus de 60 à 74 ans et 7,8% de personnes âgées de 75 ans et plus, ce qui fait un total de 110386 personnes de plus de 60 ans (19). Ce constat montre qu'il y a de plus en plus de personnes âgées à prendre en charge, qui vivent plus longtemps avec des pathologies chroniques ou dégénératives. Les situations complexes vont donc se multiplier dans les années à venir. En 2017 au sein de l'EMS, on a recensé 17 médecins généralistes pour 1000 personnes de 75 ans et plus contre 13 pour 1000 dans la région du Bas Rhin et 10 pour 1000 en France (20). La situation de l'Eurométropole de Strasbourg reste donc convenable.

Au cours de notre étude, on a constaté que tous les médecins sollicités devaient faire face régulièrement à des situations complexes nécessitant de faire appel à différentes aides pour permettre une prise en charge à domicile adaptée. Toutefois, même s'il a été difficile pour eux de quantifier cette proportion de cas complexes au sein de leur patientèle, on a vu que ces situations ne sont pas la majorité. Pourtant, on peut dire que ce sont les situations qui seront les plus chronophages et celles qui donneront le plus de réflexions aux médecins. Une étude de la DRESS étudiant la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile par les médecins généralistes, rapporte que 95% des médecins interrogés déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante à domicile et 40%, au moins 20. En moyenne, ces médecins prennent en charge 21 personnes âgées dépendantes à domicile (21).

Il y a peu de littératures au sujet de la composition d'une patientèle de médecins généralistes mais nous pouvons nous appuyer sur le modèle de la pyramide de Kaiser (figure 3). Il s'agit

d'un système de soins fondé aux Etats-Unis en 1945 qui vise à la prise en charge optimale des patients porteurs de maladies chroniques. C'est un modèle qui permet de concilier une prise en charge de qualité des malades chroniques, de pratiquer une médecine en accord avec les données de la littérature et d'obtenir une efficacité économique. Cette pyramide se compose de différents niveaux en lien avec le degré de complexité de la prise en charge de ces patients atteints de maladie chronique. Le niveau 0 concerne la population générale qui n'est pas malade et où l'on promeut la prévention. Le niveau 1 correspond aux maladies chroniques à faible risque qui bénéficient de l'accès à la prévention également ainsi qu'aux soins primaires avec l'éducation thérapeutique (ETP). Ce niveau représente 65% environ des malades. Le niveau 2 est celui des maladies chroniques à haut risque. Ces patients sont instables ou pourraient se dégrader, ils bénéficient d'un dispositif appelé « disease management », il s'agit d'un système d'interventions et de communications de soins de santé coordonnées pour permettre de renforcer l'ETP et d'éviter une décompensation de la maladie chronique. Ce niveau englobe 30% environ des malades chroniques. Enfin le niveau 3 correspond aux maladies chroniques à haute complexité et bénéficient du « case management » qui est l'équivalent de notre gestionnaire de cas en France et qui permet de gérer à la fois les problèmes médicaux, sociaux ou psychologiques. Ce niveau représente 5% environ des malades (22) (23). Cet exemple montre que les cas complexes restent une minorité dans la prise en charge des médecins. On peut alors comprendre les indications des médecins de notre étude à propos de la sollicitation de la MAIA qui reste peu fréquente en moyenne.

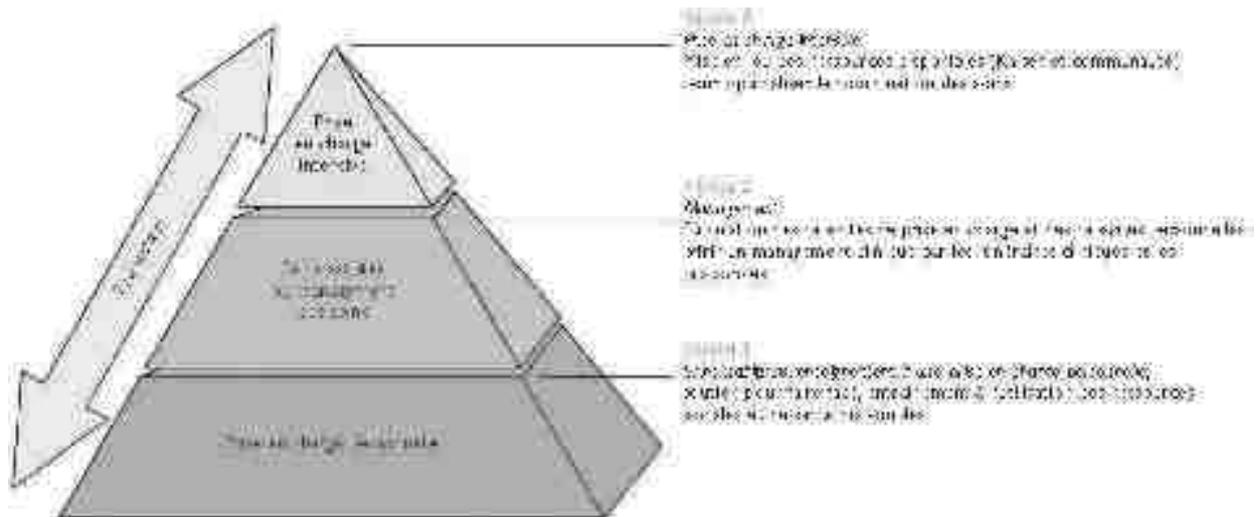


Figure 3 : La pyramide de Kaiser permanente (source *Revue Médicale Suisse*, article *Maladies chroniques et réseaux de soins*).

### 5.2.2 Prise en charge des MG face à ces situations complexes

Au cours de notre étude, on a mis en évidence que la majorité des médecins travaille seul autour du patient. Ils font eux-mêmes appel aux intervenants nécessaires que sont les auxiliaires médicaux, l'UTAMS, les CMP ou les équipes mobiles. Il se tournent vers les dispositifs d'intégration de soin comme la MAIA en dernier recours et quand la situation devient ingérable. L'étude de la DRESS citée plus haut montre que, quel que soit le professionnel sollicité pour une aide à domicile pour une PAD, c'est le médecin généraliste qui est à l'origine de sa mise en place dans 92% des cas (21). Ce constat semble cohérent compte tenu du rôle de pivot central du médecin traitant dans la prise en charge de ses patients. En effet, on peut citer la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA), en français et en nom abrégé, l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes, qui dit que la médecine générale « utilise de façon efficace les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins

primaires et la gestion du recours aux autres spécialités » (24). Dans notre étude, la totalité des médecins sollicités s'accordent également à dire que la coordination des soins est un rôle incontournable dans la pratique d'un MG.

En effet, tous les médecins de notre étude ont justifié l'intérêt de travailler par le biais d'une MSP ou d'un projet de CPTS pour exercer de façon coordonnée. Ils ont donné différentes raisons comme favoriser l'échange entre les différents professionnels, de mutualiser les expériences pour une meilleure prise en charge, d'éviter la pratique d'un exercice isolé, de se créer un répertoire, de pouvoir se soutenir dans leurs difficultés quotidiennes... Tous ces arguments permettent une prise en charge optimale centrée autour du patient et facilite la pratique quotidienne des médecins généralistes. En 2019, une autre étude de la DRESS rapporte que 61% des médecins généralistes libéraux exercent en groupe avec d'autres médecins ou paramédicaux selon un panel de médecins généralistes réalisé auprès de 3300 praticiens (25). Ces résultats concordent avec les données récoltées lors de notre étude, il existe une tendance à vouloir pratiquer la médecine générale en groupe (avec d'autres médecins et des paramédicaux) comme dans les MSP ou de façon coordonnée comme au sein des CPTS, afin d'assurer cet exercice de coordination.

Malgré tout, ces situations demeurent néanmoins chronophages et compliquées, d'autant plus que la gestion de ces cas complexes dépasse souvent la sphère médicale pure et oblige le médecin à faire appel à des compétences qu'il ne possède pas forcément, notamment au niveau social (dossiers administratifs, problème de logement ou de précarité). Toujours d'après l'étude de la DRESS sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (PAD) à domicile, les médecins font face à plusieurs difficultés. Par exemple, 22% déclarent qu'il n'est pas évident que les aides prescrites soient réellement mises en place et 16% déplorent le manque de coordination entre les différents intervenants (21).

C'est pourquoi les dispositifs comme la MAIA peuvent être une solution pour assurer la coordination, l'échange entre les différents intervenants et une bonne continuité des soins. C'est dans le but d'optimiser et de clarifier l'accès aux services d'aides et de soins à domicile par les personnes en perte d'autonomie que cette méthode a été mise en place par le biais du Plan Alzheimer en 2008 (10). Notre étude confirme cette idée lorsque les médecins déclarent qu'ils font justement appel à la MAIA lorsqu'ils ont besoin d'une expertise dans certains domaines qui sortent de leur champ de compétence. Ils peuvent alors se focaliser sur l'aspect médical et gagner du temps.

Toutefois, on observe par le biais de notre étude que le système de soins français actuel est trop complexe. Au fil du temps, plusieurs offreurs ont fait leur apparition pour optimiser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Cette multitude de dispositifs proposent des champs d'intervention et des compétences différents mais qui peuvent parfois se chevaucher et perdre les médecins généralistes. Les enjeux politiques et financiers de ces structures sont également source de complication. La question est alors vers quelle structure se tourner pour quel patient ? La volonté actuelle des médecins généralistes est de simplifier le système de soins. Les changements récents avec la mise en place du DAC permettront sans doute cette meilleure lisibilité (26).

### ***5.2.3 Connaissance et expérience avec la MAIA***

Tous les médecins de notre étude connaissent l'existence du dispositif MAIA. Néanmoins, un d'entre eux n'en connaît pas vraiment la fonction et n'a jamais fait appel à la structure. Certains ne l'ont pas sollicité directement et ont travaillé de concert avec elle suite à la reprise du suivi

d'un patient ou lorsqu'une autre personne de l'entourage professionnel du patient a déjà demandé l'intervention d'un gestionnaire de cas.

La MAIA a d'abord ciblé la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Puis après une phase d'expérimentation, elle s'est étendue à toutes les personnes en perte d'autonomie de 60 ans et plus. Le but n'était pas de construire quelque chose de nouveau qui allait régler toutes ces situations mais d'aller vers une démarche d'intégration de soins et de services. Elle s'appuyait sur les ressources du territoire déjà existantes en matière de coordination et d'orientation (27).

Cela implique de connaître les ressources disponibles sur le territoire. Les médecins de notre étude évoquent le choix de travailler en MSP ou au sein d'une CPTS pour mieux connaître le système de soin au sein de l'EMS. Les CPTS de l'EMS étant encore en cours de développement, la communication autour des réseaux de soins n'est probablement pas encore optimale. Et en ce qui concerne les MSP, un seul médecin m'a indiqué avoir eu la visite d'un responsable MAIA pour présenter le dispositif.

Ces dernières constatations amènent à parler de la visibilité de la MAIA. Dans notre étude, la majorité des médecins déplorent un manque d'accessibilité à des informations sur le dispositif, notamment sur les différents moteurs de recherche. L'utilisation d'un de ces derniers les renvoie à des réponses qui ne concernent même pas le dispositif. Il n'existe pas à leur connaissance de numéro de téléphone direct ou une brochure explicative qui permettrait de les guider. Or, on peut trouver un dépliant disponible en ligne et créée par l'ARS et les départements du Bas Rhin et du Haut Rhin résumant les actions de la MAIA au sein de la région Alsace (28). Il existe vraisemblablement un manque de communication de la part du dispositif vers les professionnels de santé.

De plus, ce dispositif souffrait d'un degré de complexité élevé avec ses six composantes. En effet, nous l'avons développé plus haut, il se composait de trois mécanismes et de trois outils décrits de façon très spécifique. Autant de termes qui restaient abstraits pour beaucoup de médecins et les détournaient de l'utilisation de la MAIA. Aussi, la notion d'intégration n'était pas évidente pour tous les professionnels (29) (30). Pour nos médecins interrogés, toutes les étapes semblaient floues. Certains ne savaient pas quand et comment les solliciter. Ils se demandaient avec quel professionnel ils allaient pouvoir dialoguer. D'autres s'interrogeaient sur le moyen de communiquer avec la structure et de connaître les avancées. Autant de questions qui décourageaient certains et qui, par défaut se tournaient vers d'autres structures, comme notamment la PRAG.

Malgré tout, la PRAG se différencie de la MAIA par plusieurs points. Elle ne présente pas de limites d'âge et concerne toutes problématiques complexes. La PRAG a un rôle d'orientation vers les structures appropriées auprès des professionnels et des patients. Enfin, sa mise en place est limitée dans le temps, la plupart du temps, elle se retire au bout de quelques mois (4 mois maximum). Dans notre étude, pour une majorité des médecins, même ceux qui travaillaient avec la MAIA, la PRAG est leur interlocuteur principal quand ils se retrouvent dans une impasse. Ils précisent la facilité à les joindre, leur rapidité d'action, leur transparence sur l'évolution des situations et leur efficacité en termes de prise en charge. Selon une source venant directement de la PRAG de Strasbourg, il convient tout de même de préciser qu'à titre non officiel, la PRAG est calibrée pour être l'interlocuteur principal des médecins généralistes. Il s'agirait d'un accord non officiel entre la MAIA et la PRAG pour éviter les demandes non conformes dirigées vers la MAIA et émanant des professionnels de santé. Selon cette même source, cela éviterait aux médecins de devoir remplir tous les papiers administratifs nécessaires pour accéder à une prise en charge par la MAIA. En effet, comme précisé ci-dessus, la

sollicitation de la PRAG se fait simplement par téléphone puis elle prend le relais. Ce qui pourrait expliquer dans certains cas la plus forte sollicitation de la PRAG par les MG alsaciens.

En fin de compte, une communication claire et adaptée aurait dû être réalisée auprès des médecins généralistes et des intervenants médico-sociaux qui prennent en charge des patients en perte d'autonomie pour connaître les missions et les limites d'intervention de la MAIA. Certains médecins de l'étude ont proposé des solutions. La plus marquante était d'enrichir le courrier de sortie, principalement en service de gériatrie, en y ajoutant systématiquement la sollicitation ou non de divers intervenants ou structures pour permettre de faire un rappel aux médecins traitants de l'existence de ces possibilités. Cette proposition est intéressante puisque la lettre de liaison de sortie est un outil indispensable pour permettre la continuité des soins. De plus, une partie de cette lettre se consacre à la planification des soins en sortie d'hospitalisation (31). Par ailleurs, une visite systématique en présentiel devrait se faire au sein des maisons de santé du territoire ainsi que pendant les réunions réunissant les différents acteurs d'une CPTS. Enfin, la création d'un moyen de communication « universel » pour atteindre tous les professionnels de santé serait idéale. Il serait intéressant ici d'interroger les médecins généralistes sur la meilleure façon de les informer sur les dispositifs d'aide et de soins afin qu'ils puissent les intégrer beaucoup plus dans leurs prises en charge.

#### ***5.2.4 Apports de la MAIA dans la pratique des MG***

Les utilisateurs de la MAIA sont d'accord pour dire que leur intervention permettait globalement un maintien à domicile de leur patient dans de meilleures conditions. Même si les délais d'action étaient parfois trop longs, les missions demandées étaient réalisées par le gestionnaire de cas et permettait d'améliorer la situation du patient. Durant la phase

d'expérimentation des MAIA et juste avant leur déploiement prévu pour l'année 2012, diverses études d'impact ont été réalisées en 2011. L'une d'entre elles a testé un indicateur de simplification du parcours des personnes lors de leurs contacts avec le système de soins. Cet indicateur reposait sur l'idée que les personnes en difficultés devaient avoir de nombreux contacts avec les professionnels médico-sociaux avant de trouver celui qui correspondait à leurs besoins. Et cette étude a montré que la création de la MAIA a fait baisser le nombre de contacts avant de voir leur demande traitée (en moyenne de 3,24 à 1,3). Ce qui témoignait à l'époque de la simplification du parcours de soin en utilisant le dispositif (27).

La majorité de ces médecins faisait appel à la MAIA pour des problématiques sociales. Il s'agit la plupart du temps de compétences qui sortent du champ d'intervention du médecin. En effet, dans ces cas-là, les médecins généralistes passent volontiers la main et sont même soulagés de pouvoir se reposer sur des personnes compétentes dans un domaine qu'ils ne maîtrisent pas. Certains précisent que chacun apportait son degré de connaissances pour pouvoir compléter la prise en charge du patient sans empiéter sur le travail de l'un ou de l'autre. Ainsi, le médecin pouvait se concentrer sur l'aspect médical.

Pour une petite partie d'entre eux, ils pensent que la MAIA permettait de faire un bon travail de coordination et d'assurer une bonne communication entre les différents intervenants. On peut penser dans ce cas que les autres médecins interrogés qui utilisaient la MAIA et qui n'en étaient pas réellement satisfaits, soit manquaient de connaissances sur la structure, soit utilisaient mal cet outil. L'idée que la situation du patient à domicile est trop précaire, et que les problèmes rencontrés ne s'amélioraient pas malgré la présence de la MAIA peut aussi nous donner matière à réflexions. En effet, malgré tous les efforts et aides apportés par les structures à domicile, il convient parfois de ne pas s'acharner et se rendre compte que le meilleur moyen d'aider le patient est l'entrée en institution. En effet, le principal enjeu ici est la sécurité du patient et de son entourage. Des médecins de notre étude l'ont d'ailleurs abordé. Dans cette

même idée nous pouvons penser que cette étape va peut-être permettre d'anticiper une possible institutionnalisation et d'ainsi aborder le sujet avec le patient et son entourage. Les recommandations sur les bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD insistent sur l'anticipation d'une telle décision (32). De plus, un médecin de notre étude évoque que dans une grosse majorité des cas, ces patients bénéficient de l'aide d'une personne de leur entourage. Une étude réalisée par la DRESS le confirme avec huit personnes âgées sur dix qui bénéficient de l'aide de leur entourage (33). Cet aidant est souvent le conjoint qui est alors également âgé et parfois porteur de maladies chroniques aussi. La même étude montre que huit personnes âgées sur dix reçoivent de l'aide de leur conjoint quand elles vivent en couple (33). De ce point de vue, on peut dire que maintenir la prise en charge à domicile malgré les dispositifs en place n'est donc pas toujours la meilleure solution.

Enfin, face au vieillissement de la population qui va entraîner l'augmentation de la prise en charge de patients de plus en plus âgés, porteurs de maladies chroniques ou dégénératives et en perte d'autonomie, les dispositifs comme la MAIA semblent essentiels. En effet, ces prises en charge sont souvent très complexes englobant plusieurs aspects de la vie d'une personne, chronophages et longues dans la durée. Le travail en équipe avec une coordination des différents intervenants est indispensable.

### ***5.2.5 Points négatifs et améliorations attendues pour le futur***

Les points abordés précédemment nous amène à proposer des améliorations au fonctionnement du dispositif MAIA. Mais il est important de signaler que début 2023 un nouveau processus va voir le jour et fusionner la plupart des dispositifs existants. Il s'agit du dispositif d'aide à la coordination (DAC). Le DAC regroupe plusieurs dispositifs en un interlocuteur unique dans un

même territoire. C'est le regroupement de la Coordination Territoriale d'Appui (CTA), la MAIA, les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), des réseaux de santé et éventuellement les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) par la suite. La mise en place du DAC se pense dans le but de pallier au peu de visibilité qu'offre la multitude de dispositifs actuellement présents sur un même territoire. Les professionnels de santé ainsi que les patients et leur entourage auront dorénavant un interlocuteur unique. En effet, les rôles du DAC sont d'apporter un appui à ces derniers grâce à des missions d'informations, d'orientation et de coordination dans la gestion des cas complexes (34). Ces nouveautés coïncident avec les propos récoltés lors de notre étude.

Tout d'abord sur la nécessité de communication autour des dispositifs auprès des professionnels de santé, le DAC semble proposer des informations sur les ressources présentes sur le territoire pour aider une personne en situation complexe. Il conviendrait donc de les joindre. On retrouve grâce à un moteur de recherche sur Internet un annuaire des DAC parisiens (35). Par contre, on ne retrouve pas de documents officiels pour la région Alsace et le premier résultat qui s'affiche donne un numéro de téléphone mais sans adresse postale et associé au logo de la PRAG. Encore une fois on peut souligner le manque de clarté, pour l'instant, si un professionnel ou même un patient voulait les joindre. C'est d'ailleurs un des problèmes soulevés par les médecins interrogés pour le dispositif MAIA. Mais il est à noter que le déploiement des DAC est toujours en cours actuellement.

En revanche, devant la multitude d'offres présents actuellement sur le territoire et le fait que les médecins se retrouvent désorientés quant au choix de la structure adaptée au patient concerné, le DAC semble répondre au problème en regroupant les différents dispositifs préexistants et en ayant créé un interlocuteur unique face aux situations complexes. Malgré tout on peut préciser que le fonctionnement de la MAIA propose déjà cette organisation avec un seul interlocuteur dans la prise en charge des patients qui est le gestionnaire de cas. Mais aucun

des médecins interrogés durant cette étude ne l'a signalé. Ce constat met peut-être en évidence des lacunes dans les connaissances des médecins.

La mise en place du DAC va vers une simplification du système de soin comme le stipule l'article 23 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé : elle prévoit l'unification des dispositifs d'appui à la coordination dans un délai de trois ans (36). La situation sanitaire récente avec le coronavirus a repoussé les échéances, ainsi les transformations sont encore en cours et les médecins interrogés qui ont cité l'arrivée prochaine du DAC sont inquiets et espèrent que cela n'ajoutera pas des complications organisationnelles ou administratives supplémentaires dans leur pratique quotidienne.

Dans notre étude, on a également constaté que plusieurs médecins étaient découragés face au laps de temps entre une demande d'intervention et la réalisation de la mission demandée. Or, il est important de s'assurer d'un délai de prise en charge le plus rapide possible compte tenu des situations très instables que présentent ces patients. Les délais d'action sont en général urgents. La mise en place du DAC devrait aussi intégrer cette notion.

Nous avons plusieurs fois évoqué le manque probable de connaissances sur la MAIA ainsi que les autres dispositifs existants, ce qui pose la question de la formation des professionnels. Dans notre étude, les médecins ont majoritairement signalé que la formation initiale reste très pauvre sur la gestion d'un cas complexe. Il semblerait même pour certains d'entre eux que le meilleur moyen de se former serait que les étudiants y soient confrontés directement sur leurs lieux de stage. Certains médecins de notre étude, ont une expérience en tant que coordonnateur d'EHPAD et un seul a validé une capacité de gériatrie. On note donc la volonté d'enrichir ses connaissances autour de la personne âgée. L'étude de la DRESS sur la prise en charge des PAD déjà citée plus haut, confirme ce sentiment avec plus d'un médecin sur 10 qui possède un diplôme de gériatrie et  $\frac{3}{4}$  d'entre eux qui ont déjà assisté à des formations médicales continues en gériatrie dans le but de parfaire leurs compétences (21). En ce qui concerne justement les

FMC, tous les médecins de notre étude y ont recours. Une autre étude de la DRESS datant de 2012 sur l'emploi du temps d'un médecin généraliste rapporte qu'ils consacrent en moyenne 13 demi-journées par an à ce versant formation (37). Les généralistes sollicités dans notre étude ont déjà pu participer à des dossiers sur la gériatrie mais un seul d'entre eux se rappelle d'un sujet sur les cas complexes. Se pose alors la question d'intégrer de façon plus régulière cette thématique compte tenu de la récurrence de cas complexes dans la pratique d'un médecin généraliste. Un des médecins interrogés pensent même qu'en tant qu'interne de médecine générale, il conviendrait de rendre obligatoire un stage en service de gériatrie. Ce que confirme un autre médecin qui confie avoir été beaucoup aidé pour sa pratique actuelle grâce au passage en stage de gériatrie durant son internat. Il serait ici peut-être utile d'enquêter auprès des médecins généralistes actuellement en fonction et de leur demander quelle spécialité aurait-il voulu côtoyer pour faciliter leur pratique actuelle et ainsi savoir si la gériatrie en fait partie.

Dans cette quête du travail coordonné, les médecins interrogés pour notre étude ont donc tous choisi de faire partie d'une MSP ou d'un projet de CPTS. Ils sont alors en contact permanent avec des auxiliaires médicaux. Ces derniers font partie à part entière de la prise en charge des patients complexes et passent plus de temps que les médecins généralistes à leurs chevets. Certains médecins de notre étude affirment alors qu'il serait tout à fait légitime que ces professionnels puissent également faire appel à ces dispositifs d'aide. C'est déjà évidemment possible mais l'important est de crédibiliser leurs paroles, surtout en ce qui concerne les professions non investies d'une autorité médicale comme les aides-soignantes et les auxiliaires de vie. Dans une étude parue en 2013 sur la perception des aidants professionnels au sein du dispositif MAIA, on constate que les mentalités ont changé à ce sujet de par la création de formations diplômantes ainsi que des formations continues, toujours de meilleure qualité pour permettre à ces professions de développer leur champ d'action auprès du patient (29). La définition du DAC précise en effet qu'il est à la disposition de l'ensemble des professionnels

de santé, pas seulement des autorités médicales. Il est à noter qu'à l'époque de cette étude sur la perception des aidants professionnels, certains constataient que les médecins généralistes et les infirmiers libéraux étaient encore trop en retrait d'une action collective. Les acteurs de ces prises en charge complexes agissent encore trop souvent en tuyau d'orgue, ne se connaissent pas vraiment et collaborent seulement de façon ponctuelle (29). Cette tendance revient dans notre étude. Certains déplorent en effet de ne pas connaître les intervenants au sein du dispositif et se sentent parfois à côté de la prise en charge une fois la MAIA en place.

C'est pourquoi l'important est de conserver le médecin traitant comme acteur principal de la prise en charge d'un patient. Le médecin traitant assure la coordination des soins et a le rôle de centraliser toutes les informations relatives au dossier médical du patient. Les intervenants des dispositifs d'aides comme la MAIA doivent le garder en mémoire. Dans notre étude, un médecin pense que le parcours de soin coordonné par le médecin traitant n'est pas pris en compte justement. Seul le parcours de soin compte et cela montre une mauvaise compréhension du rôle du médecin traitant. Du point de vue des patients, on note également que le rôle principal attribué au médecin traitant est l'orientation vers les spécialistes. Le travail d'une thèse sur la représentation sociale du MG dans une population de patients le décrit bien (38).

## 6 Conclusion

---

Les médecins généralistes des MSP et faisant partie d'un projet de CPTS sont centrés sur une pratique coordonnée de la médecine. Ils constatent que l'augmentation des cas complexes, dans une population vieillissante et présentant des maladies chroniques de plus en plus tôt, nécessite une prise en charge associée aux autres professionnels de santé pour que celle-ci soit optimale. On peut donc dire qu'il existe un lien fort entre ces médecins généralistes et les ressources disponibles au sein du système de santé français. Par contre, ce lien n'est pas systématique pour le dispositif MAIA. Ce dernier est sollicité en dernier recours et lorsque la situation devient très complexe et que le médecin ne peut plus agir seul.

L'évocation de la MAIA a permis de mettre en évidence des anomalies dans son fonctionnement. Vouloir énumérer des améliorations pour ce dispositif ne paraît pas adapté compte tenu des changements actuellement en cours sur le territoire avec le déploiement progressif du DAC. Mais il est clair que les propositions avancées pourront se traduire par les attentes de ces médecins généralistes envers le DAC pour leur pratique et la gestion de leurs cas complexes.

Tout d'abord, la communication autour du fonctionnement du DAC est prioritaire. Les médecins imaginent un moyen « universel » de pouvoir transmettre des informations sur le dispositif, les informer de son existence et de son mode de fonctionnement. Dans un même registre, ils souhaitent pouvoir trouver des informations complémentaires facilement sur les moteurs de recherche ou par le biais d'un numéro de téléphone unique. En effet, il leur paraît essentiel de pouvoir les joindre facilement et rapidement pour une demande de prise en charge ou pour faire le point sur une situation avec un patient. Enfin, dans certains cas particuliers comme au sein des maisons de santé ou lors de réunions autour des CPTS, la visite d'un

représentant du dispositif semble un moyen approprié de combler les lacunes des professionnels concernés. Toutes ces propositions ont pour but de pallier le manque de connaissances des médecins sur ces structures et d'empêcher leur sous-utilisation. Cette communication autour du dispositif passe également par la formation initiale et continue. Il conviendrait au départ de proposer de façon plus systématique des stages de gériatrie pendant l'internat de médecine générale par exemple puis de proposer des cessions de gestion des cas complexes dans les FMC.

Il existe également une demande de simplification et de clarté dans le fonctionnement du dispositif. La mise en place d'un interlocuteur unique au sein du DAC permettra sans doute de répondre à cette demande. Les médecins attendent aussi une charge administrative et organisationnelle la plus minime possible afin de pouvoir rester concentrer sur la partie médicale. Et il est également important pour eux, face à ces cas complexes, instables et pouvant nécessiter une intervention particulière à tout moment dans la prise en charge, que le délai d'action de la structure soit rapide et immédiat.

Toujours dans une logique de travail coordonné, certains médecins mettent en avant les professions paramédicales comme les infirmières qui sont en général beaucoup plus présentes dans le quotidien des patients et qui permettent leur maintien à domicile. Il conviendrait alors de légitimer leur parole et de leur permettre de prendre part à la mise en place de ces dispositifs.

Enfin et cela apparaît comme le plus important pour ces médecins, c'est de laisser le médecin traitant au centre de la prise en charge. Il reste le coordonnateur du parcours de soin du patient et doit être régulièrement informé de l'avancée de la prise en charge. La communication entre les professionnels de la structure et le médecin est donc essentielle.

Le dispositif d'appui à la coordination semble donc être la réponse adéquate face à ces attentes. Son fonctionnement propose un interlocuteur unique pour l'information sur les ressources médicales existantes, la coordination et la gestion des cas les plus complexes. Son déploiement

actuel sur le territoire permettra de confirmer la prise en compte des besoins des professionnels de santé et des patients.

Strasbourg le 17 juillet 2023  
le président du jury de thèse

Professeur \_\_\_\_\_



Strasbourg le 19 JUL 2023  
le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Pharmacie et Sciences de la Santé

Professeur Jean Gilla



## 7 Bibliographie

---

1. Ministère de la santé et de la prévention - Système de santé, médico-social et social [Internet]. Mise à jour mars 2022. [Cité le 11/05/23]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>
2. Les dossiers de la DREES. L'état de santé de la population en France. Septembre 2022 numéro 102.pdf.
3. Ministère des solidarités et de la santé- Ma santé 2022, un engagement collectif- Synthèse.pdf.
4. Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé-Les CPTS. Mis à jour 2019. [Cité le 02/09/22]. Disponible sur: <https://www.grand-est.paps.sante.fr/creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-20?parent=7721&rubrique=7718>
5. Agence Régionale de Santé- Les CPTS. Mis à jour en 2022. [Cité le 02/09/22]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-communaut-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-3?parent=5808>
6. Agence Régionale de Santé - Point projets CPTS du Bas-Rhin-21 avril 2022.pptx.
7. Association des pôles et maisons de santé libéraux-La maison de santé pluriprofessionnelle : une équipe aux compétences multiples pour "travailler ensemble". [Internet].[Cité le 09/05/23]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>

8. Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé- Les MSP. Mise à jour 2019. [Cité le 09/05/23]. Disponible sur: <https://www.grand-est.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-0?parent=7719&rubrique=7718>
9. Alphonse D. Thèse d'exercice. Les moyens utilisés dans la prise en charge des cas complexes par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Université de Montpellier 2019. Base de données SUDOC.
10. Lebres D. Thèse d'exercice. Dispositifs d'appui à la coordination pour les patients en situation complexe : évaluation de la connaissance, de l'évaluation et de la perception par les médecins généralistes du territoire Voironnais. Année 2019. Base de données SUDOC.
11. Ministère de la santé et de la prévention-Les Dispositifs d'Appui à la Coordination. Mise à jour février 2023. [Cité le 09/05/23]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>
12. PRAG.alsace [Cité le 10/03/23]. Disponible sur: <https://www.prag.alsace/>
13. Agence Régionale de Santé du Grand-Est-Réseaux de santé dans les départements du Grand-Est.pdf.
14. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. A propos de la CNSA- Ses missions. Mise à jour août 22. [Cité le 02/09/22]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/a-propos-de-la-cnsa/missions>
15. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie-Les MAIA. Mise à jour en 2022. [Cité le 02/09/22]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia>
16. Gueydan G. Les cahiers pédagogiques de la CNSA-Les MAIA. Octobre 2014.pdf.

17. Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé de l'université de Strasbourg- Formalités réglementaires 2023 en recherche en santé.pdf.
18. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, Vol. 89, No. 9/ Septembre 2014.pdf.
19. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques-Statistiques et études- Evolution et structure de la population en 2019 de l'Eurométropole de Strasbourg. Paru le 23/01/2023. [Cité le 10/03/23]. Disponible sur:  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-246700488>
20. Document de diagnostic de territoire de l'Eurométropole de Strasbourg-Portrait des seniors 2019.pdf.
21. Frank von Lennep-DREES-Etude et résultats-La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendants vivant à domicile- N°869-février 2014.pdf.
22. A. Slama Chaudrhy-Revue Médicale Suisse- Maladies chroniques et réseaux de soins : l'exemple de Kaiser Permanente. 24 septembre 2008. [Cité le 10/03/23]. Disponible sur:  
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-172/maladies-chroniques-et-reseaux-de-soins-l-exemple-de-kaiser-permanente>
23. Cairn.info. Société Française de Santé Publique- M.Brunn, K. Chevreul- Dans Santé Publique-Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluation et enseignements internationaux. Volume 25, pages 87 à 94.pdf.
24. WONCA Europe- La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Année 2002.pdf.

25. JM. Aubert-DREES-Etude et résultats-Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. N°1114-Mai 2019.pdf.
26. Agence Régionale de Santé-Dispositif d'Appui à la Coordination : l'unification est lancée. Février 2022. [Cité le 10/03/23]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/dispositifs-dappui-la-coordination-dac-lunification-est-lancee>
27. Cairn.info. O. Dupont- Dans Gérontologie et société-De l'expérimentation de la MAIA à leur déploiement- Volume 35/HS N°1, pages 179 à 184.pdf.
28. Brochure MAIA en Alsace.pdf.
29. Revue Evolution-C. Léon, C. Périsset, C. Kreft-Jaïs-Perception et satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif MAIA. N°28-Novembre 2013.pdf.
30. Cairn.info. D. Somme, H. Trouvé, Y. Passadori-Dans Gérontologie et société-Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral). Volume 36/N°145, pages 201 à 226.pdf.
31. L'assurance maladie- Ameli.fr- Lettre de liaison de sortie : personnaliser et coordonner les soins après l'hospitalisation. [Cité le 24/03/23]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/lettre-liaison-sortie-soins-apres-hopitalisation>
32. ANESM- Synthèse- Qualité de vie en EHPAD. Janvier 2011.pdf.
33. N. Soullier-DREES-Etude et résultats- L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. N°771-Août 2011.pdf.
34. Ministère de la santé et de la prévention-Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination. Publié le 30/11/22 et mis à jour en février 23. [Cité le 24/03/23]. Disponible sur:

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>

35. Annuaire des DAC d'Ile de France. Février 2023.pdf.
36. Légifrance. Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé. [Cité le 24/03/23]. Disponible sur:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000038821308](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821308)
37. S. Jakoubovitch-DREES-Etude et résultats-Les emplois du temps des médecins généralistes. N°797-Mars 2012.pdf.
38. Mourton E. Thèse d'exercice. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. Université de Lorraine 2013. HAL Open Science hal-01732859.pdf.

## 8 Annexes

---

### Annexe 1 : Guide d'entretien première version

Guide d'entretien – Thèse de médecine générale -

Nous allons parler du dispositif MAIA au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) de l'Eurométropole de Strasbourg dans le cadre de mon travail de thèse. La prise en charge des cas complexes par les médecins généralistes représente une part importante de leur activité et cette structure est un moyen de les gérer de façon globale. Les CPTS sont composées de professionnels de santé inscrits dans une démarche collective. Je souhaite donc démontrer s'il existe un lien fort entre médecins généralistes des CPTS et utilisation des MAIA pour la prise en charge des patients en situation complexe.

Nous allons réaliser un entretien d'une vingtaine de minutes. L'entretien sera confidentiel et anonyme. Il sera enregistré grâce à un dictaphone pour faciliter la récupération des données. Il sera ensuite retranscrit intégralement puis détruit.

Donnez-vous votre consentement pour la réalisation de cet entretien ?

#### **Guide :**

1. Pouvez-vous me parler en premier lieu de votre travail au sein de la CPTS ?
2. Vous devez prendre en charge un patient en situation complexe nécessitant la mise en place de plusieurs intervenants (humains, financiers, matériels...) pour permettre un maintien à domicile adapté. Comment cela se passe-t-il dans votre pratique ? Vers quelles structures adaptées vous tournez-vous ?
3. Quelle est votre expérience personnelle concernant le dispositif MAIA ?

4. Quelles améliorations apporteriez-vous à ce dispositif ?
5. Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes sur les dispositifs comme la MAIA pour les aider dans leur prise en charge des cas complexes ?
6. Avez-vous quelque chose à ajouter que je n'aurais pas abordé dans l'entretien ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour votre précieuse participation et je vous transmettrai les résultats de mon travail si vous le souhaitez.

## **Annexe 2 : guide d'entretien seconde version**

Guide d'entretien – Thèse de médecine générale -

Nous allons parler du dispositif MAIA au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) de l'Eurométropole de Strasbourg dans le cadre de mon travail de thèse. La prise en charge des cas complexes par les médecins généralistes représente une part importante de leur activité et cette structure est un moyen de les gérer de façon globale. Les CPTS sont composées de professionnels de santé inscrits dans une démarche collective. Je souhaite donc démontrer s'il existe un lien fort entre médecins généralistes des CPTS et utilisation des MAIA pour la prise en charge des patients en situation complexe.

Nous allons réaliser un entretien d'une vingtaine de minutes. L'entretien sera confidentiel et anonyme. Il sera enregistré grâce à un dictaphone pour faciliter la récupération des données. Il sera ensuite retranscrit intégralement puis détruit.

### **Guide :**

1. Pouvez-vous me parler en premier lieu de votre travail au sein de la CPTS ? Pouvez-vous me justifier votre implication dans ce projet ?
2. Nous allons parler des patients en situation complexe nécessitant la mise en place d'aides pour permettre un maintien à domicile adapté. Pouvez-vous me parler de la dernière situation marquante qui a nécessité la mise en place de plusieurs intervenants à domicile ? Comment cela se passe-t-il dans votre pratique ? Vers quelles structures adaptées vous tournez-vous ?
3. Quelle est votre expérience personnelle concernant le dispositif MAIA ?
4. Un autre dispositif très en lien avec la MAIA est très présent au sein de l'Eurométropole de Strasbourg : la PRAG. Quelles différences faites-vous entre PRAG et MAIA ?

5. Quelles améliorations apporteriez-vous à la MAIA ?

6. Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes sur les dispositifs comme la MAIA pour les aider dans leur prise en charge des cas complexes ?

7. Avez-vous quelque chose à ajouter que je n'aurais pas abordé dans l'entretien ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie pour votre précieuse participation et je vous transmettrai les résultats de mon travail si vous le souhaitez.

Fiche signalétique : sexe, tranche d'âge, lieu exercice (zone urbaine, périurbaine ou rurale), projet (CPTS ou MSP).

## **Annexe 3 : exemple d'un entretien retranscrit intégralement (première version du guide d'entretien)**

### **ENTRETIEN1**

Fiche signalétique :

Homme

37 ans

Travaille au sein d'une CPTS en zone urbaine.

**MDB : Comme je vous l'ai expliqué dans mon mail, on va parler de la MAIA, la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie au sein des CPTS, des communautés professionnelles territoriales de santé. Nous avons formulé une hypothèse : les médecins généralistes qui participent à un projet de CPTS ont une démarche plutôt collective de travail, existe-t-il alors un lien fort entre ces médecins généralistes des CPTS et l'utilisation des MAIA dans la prise en charge de leurs patients avec des situations complexes. Nous allons faire un entretien qui va durer 20 à 30 minutes, cela va dépendre de notre conversation. Il sera complètement anonyme, confidentiel. Je l'enregistre avec un dictaphone, pour faciliter le recueil des données. Ensuite, il sera retranscrit puis détruit quand mon travail sera terminé. Etes-vous d'accord pour commencer l'entretien ?**

MG1 : Oui.

**MDB : OK, alors ma première question, pouvez-vous me parler en premier lieu de votre travail au sein de la CPTS ?**

MG1 : Euh, ben mon travail, moi, je suis médecin généraliste et du coup président de la CPTS, donc c'est une association. J'ai été euh... un peu à l'origine de la dynamique et j'ai accompagné toute la construction de l'association, ... du projet de santé désormais et dans les toutes prochaines semaines de la négociation de l'ACI, donc l'accord conventionnel interprofessionnel, les financements hein en gros de la CPAM...hum voilà donc ça me prend quand même pas mal de temps. Mais c'est vrai que la CPTS est structurée comme n'importe quelle association avec une assemblée générale, un comité, un bureau. Donc on a des relais auprès des autres professionnels de santé et on a aussi la particularité d'avoir pour les CPTS, d'avoir un financement et du coup d'avoir pu embaucher. Ben, actuellement, on a deux salariés pour euh ... pour nous accompagner dans toute cette, dans toute la mise en œuvre de ces actions.

**MDB : D'accord. Quelles sont vos missions ? Les missions socles principales dans votre CPTS ?**

MG1 : Alors les missions qu'on a, qu'on a choisi. En fait la CPTS a coché toutes les missions (rires). Donc on a les missions socles dans l'ancienne version disons. Donc y'a l'accès aux soins, l'accès aux..., l'accès aux soins, la mission parcours et la mission prévention. Donc ça, c'est les trois socles, avec la quatrième mission socle qui devient obligatoire mais qui n'est pas encore tout à fait là, qui est la gestion de crise sanitaire. Nous, on s'était un peu constitué... Enfin, en tout cas, la dynamique s'est un peu cristallisée autour de cette mission-là, d'abord avec le Covid, puis avec le centre de vaccination et maintenant avec l'accueil des réfugiés ukrainiens. Euh... Voilà. Et du coup, on a opté également pour les deux missions optionnelles, donc à la fois l'accompagnement des professionnels et la qualité des soins.

**MDB : D'accord, très bien. Et les membres ? Est-ce que vous pouvez me dire combien il y a de médecins généralistes ? Ou s'il y a des infirmières ... ?**

**MG1 :** Ah oui, il y a tout. Alors au bureau, on est 6 professionnels. Au comité, on est 19 et les membres de l'association, ça bouge un peu presque tous les jours là, puisqu'on a pas mal d'adhésion de médecins généralistes qui sont fortement incités à adhérer pour continuer à bénéficier du forfait structure. Parce que s'ils adhèrent pas d'ici la fin de l'année, ils ont plus rien. Mais au-delà de ça, je pense qu'on doit être à peu près à 80, 80 membres là, avec des professions très différentes. Je crois que dans le comité, il y a neuf professions différentes et quelque chose comme huit, huit, huit communes différentes qui sont concernées sur les 19 du territoire. Donc aussi bien, bon le gros, c'est médecins généralistes, infirmières. Et puis après on a des orthophonistes, pas mal. On a kinés, dentistes, podologues. Des médecins spécialistes aussi, on a une gynécologue et un psychiatre qui sont pas mal investis toutes les deux. Euh... sages femmes. Oui, je crois que j'ai cité les principales. C'est assez complet.

**MDB : Très bien. Pourquoi vous êtes-vous impliqué dans ce projet ?**

**MG1 :** Ah (rires), ça, c'est une question intéressante. [Silence]. Je pense qu'il y a, il y a une vision de ce qu'on veut faire, comment on veut organiser les soins sur le territoire et... et moi, je me voyais pas exercer seul de toute manière. Donc quand j'ai..., quand il a fallu chercher un endroit où se poser, j'ai voulu m'installer avec un autre médecin. Euh... déjà parce que je ne voulais pas être seul. Et puis, très rapidement, je me suis lancé dans la construction d'une maison de santé pluri professionnelle. Donc on a, on a mené ça à partir de 2018. On a été labellisé en 2019 et dès la labellisation en 2019, j'avais commencé à sonder un peu les collègues pour aller plus loin sur la CPTS, puisque c'était un peu la même, la même dynamique, mais à une échelle

un peu plus, ... d'un bassin de vie, donc sur un territoire plus grand. Et en fait, à l'époque, c'était plutôt l'URPS et l'ARS qui avait freiné en disant que pour le moment, sur S., c'était compliqué. Et puis après, il y a eu le Covid, donc on a encore décalé d'une année. Mais voilà, l'idée pour moi, c'est vraiment d'entrer dans une logique de prise en charge populationnelle et d'action sur les déterminants de santé et beaucoup plus que juste la prise en charge d'une patientèle à ma petite échelle quoi. C'est de pouvoir avoir un vrai impact sur la santé des gens et... et pouvoir s'organiser à l'échelle d'un territoire de la manière la plus efficace et la plus performante. Et en plus, c'était l'occasion rêvée de faire quelque chose puisque pour une fois, il y avait des financements. C'était à la main des professionnels de santé. Donc voilà, ça cohabitait beaucoup de cases pour... pour accepter d'y consacrer du temps et de l'énergie.

**MDB : D'accord. Si je comprends bien, c'est vraiment l'importance de travailler ensemble, de façon collective pour une prise en charge optimale des patients ?**

MG1 : Ah oui, c'est l'exercice coordonné qui guide tout ça clairement oui.

**MDB : D'accord. Ensuite, on va prendre une situation. Vous devez prendre en charge un patient en situation complexe qui nécessite de mettre en place plusieurs intervenants pour permettre un maintien à domicile adapté. Comment ça se passe dans votre pratique quotidienne ? Vers quelles aides ou quelles structures vous vous tournez habituellement ?**

MG1 : Bon, après... [Réfléchit]. Enfin, disons que sur le territoire, on est... on est relativement bien dotés en relais de toutes sortes puisqu'en fonction des situations, on a, on a la mairie qui a une assistance sociale qui est dédiée aux personnes âgées. Donc on peut actionner quand euh... ça relève plus du grand âge. On a à côté, juste à côté, l'unité territoriale d'action médico-sociale

du département, l'UTAMS, avec une infirmière précarité qui fait le lien justement avec les aides, les assistantes sociales, la PMI et les différents services pour... pour de l'accompagnement, de la médiation santé. En plus de ça, après, il y a évidemment un travail coordonné avec les professionnels sur le territoire, de professionnels de santé sur le territoire qui se passe très bien. On a un outil de coordination qui s'appelle « l'Idomed » qu'on utilise depuis deux ans depuis le Covid et qui permet vraiment un échange d'informations très très facile. Et après il y a les structures, on va dire un peu plus lourdes pour... de mon point de vue, il y a la PRAG qu'on, qui m'est déjà arrivé de solliciter. Il y a la MAIA qui m'est déjà arrivé de solliciter. Voilà, on peut aussi parfois faire intervenir l'HAD, quand, quand il y a besoin, même si ce n'est pas une structure de coordination à proprement parler, mais... mais j'ai envie de dire que ma vision de la chose, c'est que c'est le médecin traitant qui est le plus souvent le coordonnateur des situations complexes des patients au domicile et dans certaines situations, quand le, quand le social est plus présent, il y a un relais. Enfin, je fais assez facilement relais avec la PRAG ou la MAIA.

**MDB : Arriveriez-vous à me donner une proportion que représentent les cas complexes dans votre patientèle ?**

MG1 : En nombre de patients ? Ou en temps consacré ? (Rires)

**MDB : En pourcentage peut être de patients ? Car en temps consacré c'est probablement beaucoup.**

MG1 : Non mais oui et non, un pourcentage c'est forcément pas énorme, mais [souffle]. J'ai... [Réfléchit]. Ça va être difficile de dire, mais j'en ai en permanence. Je pense à un patient qui

s'est fait ré-amputer. Et qui est maintenant à C. Donc là, pour le coup, il n'y a pas grand chose à gérer puisqu'il est au chaud et il est en rééducation. Mais quand il va rentrer à la maison, ça va de nouveau être complexe. Hier, j'ai été chez un couple qui... qui attend désespérément une place en EHPAD. Ils sont dans un logement, dans une maison insalubre, lui est en insuffisance rénale terminale, elle, dans un état psychologique très très précaire. Y'a toute une mobilisation autour aussi du CMP, assistantes sociales etc... [souffle], ouais je dirais que la file active, c'est toujours sur une semaine, c'est 2 ou 3 patients en permanence.

**MDB : donc vous pouvez dire que vous contactez ce genre de structure 1 fois/semaine ou même plusieurs fois par semaine d'après ce que vous me dites ?**

MG1 : vous parlez de la MAIA ou de la PRAG ?

**MDB : oui mais aussi des autres structures que vous utilisez !**

MG1 : ah si c'est très large médico-sociale, oui c'est journalier. Oui c'est tous les jours.

**MDB : Contacter toutes ces structures, faire tout ce travail, est-ce que vous considérez que cela fait partie des missions du médecin généraliste ?**

MG1 : Ah oui oui clairement oui, moi je suis convaincue que c'est aux médecins généralistes de faire ça et que ... et que, alors pour tout ce qui est en MAIA, c'est vrai qu'on est moins confronté à la MAIA parce que plus souvent c'est la PRAG qui prend la main. Mais le dispositif est quand même à peu près le même entre les deux. Moi je perds plus de temps à faire intervenir ce dispositif là parce que souvent il y a des appels en double pour me dire ben voilà, on a fait ça, bon ok mais y'avait déjà l'infirmière qui m'a appelé pour me dire ça et au final, je ne vois

pas vraiment le gain de temps. Il faut déjà qu'il y ait un autre avantage. Là, par exemple, la dernière fois que j'ai sollicité la MAIA, c'était pour faire de l'accompagnement d'une patiente Korsakoff pour faire ses examens. Ça, je ne peux pas le faire. Et aucun autre professionnel qui peut le faire, on n'a pas de médiateur en santé. C'était la seule fonction entre guillemets qui fallait actionner donc. Mais au-delà de ça, je suis convaincu que c'est le médecin qui est probablement le mieux placé, alors je dis le médecin mais on fonctionne souvent en équipe, en binôme avec l'infirmière. Là le cas que je citais avec le couple dans la maison insalubre, c'est plus l'infirmière qui a le leadership sur le lien avec les assistantes sociales et tout ça. Moi, je m'étais plus occupé du lien avec l'hôpital, mais globalement c'était probablement elle qui a passé plus de coups de fil que moi. (Rires).

**MDB : Ok. On rentre un peu plus dans le vif du sujet. Quelle est votre expérience personnelle avec le dispositif MAIA ? Vous me l'avez déjà cité, vous l'avez donc déjà utilisé ?**

MG1 : Alors oui oui. Il est de deux ordres. J'ai la particularité d'être inscrit sur la liste du procureur pour établir les mesures de protection, pour faire les certificats circonstanciés de mesures de protection. Et du coup, comme c'est... il y a très peu de médecins qui sont sur cette liste, a fortiori en libéral, la MAIA me sollicite parfois pour aller voir quelqu'un et faire un certificat. Donc là, j'interviens comme prestataire entre guillemets, juste pour ce certificat là. Après, comme je disais, il y a aussi le volet bien sur médecin traitant où on peut les faire intervenir et... et là, comme je disais, moi la fonction que je vais surtout chercher, c'est surtout le côté médiation, accompagnement ou démarches sociales spécifiques éventuelles que le côté évaluation/bilan qu'ils peuvent proposer aussi dans certaines situations.

**MDB : Actuellement est-ce que vous avez des patients qui sont inclus dans la MAIA ?**

MG1 : ah ben j'en ai au moins une, je réfléchis si j'en ai une autre, si j'ai quelqu'un d'autre ... non je crois pas, ça doit être la seule actuellement ... (réfléchit). Oui c'est la seule actuellement.

**MDB : Ok, et quels en sont les résultats sur la prise en charge des patients ? Plutôt positifs ou négatifs ?**

MG1 : Ben justement là j'ai ... je passe très peu de coups de fil et ça marche pas. Donc là ... c'est une dame avec un Korsakoff. C'était une demande d'examen complémentaire. Je pense que la MAIA a dû être sollicitée en septembre l'an dernier, pour cette dame. La prise en charge a dû commencer en novembre ou en décembre. Elle a dû réussir à avoir son échographie juste avant, juste avant Noël. Et depuis, on attend qu'elle réalise une IRM. Et voilà. (Plusieurs rires). Et donc, il y avait juste un rendez-vous d'IRM et un accompagnement à faire. Et y'a toujours pas d'IRM qui est faite. Donc périodiquement, je demande où ça en est mais y'a toujours autre chose quoi. Voilà. (Hausse les épaules).

**MDB : au cours de vos autres expériences avec la MAIA, Pouvez-vous citer d'autres résultats ? Peut-être au sujet du patient « qui ne jouait pas trop le jeu » ... ?**

MG1 : Oui ben il faut dire que les patients, quand ils sont sollicités dans ce cadre là, sont rarement coopératifs parce que c'est souvent des situations qui se sont enkystées..., des Diogène... Donc clairement, le patient, n'est jamais très très aidant là-dedans, mais euh... j'ai l'exemple d'une autre dame ou ça a été aussi un suivi au long cours et dont la situation n'a pas évolué depuis de toute façon, mais euh... mouais c'est énormément de temps passé au téléphone pour... pour savoir où ça en est, pour mettre en place... Alors j'ai un souvenir marquant de cette dame parce qu'ils étaient tout content de me dire on l'a évalué à domicile et le maintien à domicile est difficile. Voilà. (Rires). Et je crois qu'en plus, à l'époque, pour cette dame là, c'était... c'était pas moi qui avait sollicité le dispositif. Ça devait être la mairie qui avait dû les

solliciter. Je crois que c'est... C'est quelque chose de super intéressant, mais qui a quand même énormément de lourdeur pour... pour le mettre en marche et pour qu'on arrive à un résultat. Après, je peux concevoir que certains médecins n'aient pas envie de s'intéresser à ces situations là et... et délèguent toute cette partie de coordination, de gestion un peu plus sociale. Et j'ai aucun... Je conçois tout à fait ça, mais je ne suis même pas sûr que dans ces cas là, ça marche.

**MDB : Un autre point que je voulais aborder. Quand vous avez utilisé la MAIA pour certains patients, avez-vous ressenti une impression de dépossession dans le suivi de votre patient ?**

MG1 : Ben... Oui et non. Disons que j'ai l'habitude de travailler en équipe. J'interviens dans plusieurs établissements médico sociaux. Donc j'ai l'habitude d'être interpellé par les équipes qui sont pas formées à la médecine, à me dire pourquoi on fait pas ci, pourquoi on fait pas ça, on pourrait peut-être faire ça... ben là j'ai fait passer SOS médecins parce qu'il était pas bien alors que je l'avais vu 2h avant... enfin bref, mais c'est sûr que avec un intervenant supplémentaire, il va y avoir des choses qu'on maîtrise pas et qui sont peut-être pas forcément pertinentes. Mais on est aussi à l'abri que... enfin ça peut aussi bien se passer, il peut y avoir un truc intelligent qui en ressort et je me dis toujours que s'il y a une proposition, il faut l'étudier, faut en discuter mais je ne peux pas dire, je parlerais pas de dépossession des patients, mais... c'est... Je crois qu'il faut vraiment avoir, avoir un objectif en tête au démarrage de la prise en charge et que, que ce soit un objectif qui soit partagé. Parce que sinon, ça peut effectivement partir un peu dans tous les sens et on peut perdre du temps à essayer de rattraper les choses.

**MDB : quelles améliorations apporteriez-vous à ce dispositif ?**

MG1 : (médecin souriant, qui semblait avoir prédit cette question). Franchement je saurais, je ne saurais pas vous dire ce qu'il faudrait améliorer. (Réfléchit). Moi je, je pense qu'on a... Vous savez certainement que la MAIA va disparaître ou en tout cas il y a le dispositif DAC, qui est

en train d'être proposé et il y a des réunions auxquelles la CPTS est d'ailleurs associée puisqu'on a demandé à être partenaires du DAC. Mais on voit bien que personne ne sait ce qu'on va faire là. Ils sont en train de s'écharper sur comment, comment va se faire la gouvernance de ce dispositif. Mais à aucun moment se pose la question de pourquoi est-ce qu'on le fait, qu'est-ce qu'on va proposer donc ... à mon avis, l'échelon le plus pertinent, c'est un échelon qui est beaucoup plus local qu'un échelon départemental, a fortiori sur toute l'Alsace comme c'est le cas aujourd'hui. J'ai vécu la disparition ... on avait un CLIC, c'était les centres de gérontologie. En fait, c'est l'ancêtre de l'assistante sociale qui est maintenant à la mairie, qui était, qui était un poste du CLIC. Et ça, c'était génial parce que c'était vraiment une personne qui était à temps plein sur la gestion des situations complexes, certes des personnes âgées, mais quand même, c'est la majorité des problèmes qu'on peut... qu'on peut avoir. Donc je suis assez, je suis assez favorable à ce qu'il y ait justement une prise en compte beaucoup plus locale et beaucoup plus territoriale de ce type de problématique pour justement apporter plus de souplesse et que, à certains endroits, on mette en place peut être plus de médiation, d'autres, peut-être plus du social, parce que les assistantes sociales sont pas autant disponibles et dans un autre, peut-être plus je ne sais pas, l'accompagnement juridique, ou j'en sais rien. Enfin, qu'il y est vraiment quelque chose d'un peu plus adapté localement et que la personne qui soit en charge localement soit du coup aussi beaucoup mieux identifiée. Parce qu'aujourd'hui on ne sait pas qui qui intervient localement, donc on envoie un peu une bouteille à la mer quand on fait la demande et on sait pas qui va la rattraper.

**MDB : je vois, avez-vous remarqué un manque de communication entre les intervenants au sein de la MAIA et les médecins traitants ?**

MG1 : Ben c'est ... Les occasions d'échanges sont tellement, tellement rares puisque en tout cas des situations, il y en a pas tant que ça et qu'au final, on n'a pas l'habitude de travailler ensemble. C'est à chaque fois une découverte et ça, c'est toujours un peu un peu délicat. Quand,

encore une fois, je prends l'exemple que ce soit de l'infirmière précarité ou de l'assistante sociale, l'une ou l'autre, je les ai au téléphone au moins une fois dans la semaine. Donc... Ça change tout quand on, quand on a une situation sur laquelle on a besoin d'aide en urgence, elle décroche son téléphone et le problème est réglé rapidement. Alors que là je prends l'exemple de madame qui attend depuis ... depuis le mois de septembre, l'écho puis l'IRM ... Voilà quoi ... (Rires).

**MDB : Je comprends. Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes sur ces dispositifs ?**

MG1 : Je pense qu'elle est pas systématisée, parce qu'a priori y'a pas d'enseignement spécifique qui est consacré à ça. Il y a certainement eu dans l'une ou l'autre formation optionnelle, la question qui peut être abordée. Mais je pense que c'est plus encore dans les séances de tutorat que ces sujets-là sont discutés parce que plus souvent c'est quand même ces situations à problèmes qui sont discutées et du coup d'aller chercher des solutions de ce type, ça fait partie des réponses aux problèmes. Euh ... Très franchement, je suis, je crois plus à la formation en stage ou en tout cas à la découverte en stage de ce type de dispositif, que vraiment quelque chose de théorique. On dit ok, bon il y a ça qui fait ça, ça et ça et puis, au final, on n'a pas retenu grand chose, si ce n'est que peut être on a retenu que le dispositif existait. Mais et encore, c'est pas tout à fait sûr. Donc je pense que la formation n'est pas ... dans la formation en tout cas, il n'y a pas grand chose. Mais en même temps, je ne suis pas sûr qu'il y ait besoin d'y rajouter grand chose.

**MDB : Avez-vous une formation de spécialité gériatrique comme un DU ou une capacité de gériatrie ?**

MG1 : Non, non. Pour la petite histoire, j'ai connu la MAIA, pas d'Alsace mais la MAIA qui était sur B. quand j'étais dans mon dernier semestre d'internat en géronto-psy et à l'époque, il

s'occupait donc ... C'était au tout début des MAIA et il s'occupait de la personne âgée démente. Et donc on n'avait pas mal travaillé avec eux, avec les personnes de la MAIA sur des non retours à domicile puisque c'est souvent comme ça qu'ils atterrissaient chez nous et du coup le placement en institution et c'était super enrichissant. Et quand je suis revenue en Alsace juste après ce séjour en 2014, il n'y avait rien qui existait en Alsace. (Rires). J'avais regardé un peu, pis j'avais rien trouvé et c'est comme ça que j'étais tombé au final sur le CLIC, que j'ai découvert son existence.

**MDB : avez-vous reçu une formation sur la MAIA durant votre parcours ? Au cours de votre FMC ou autre ?**

MG1 : Non, non, non, non, non. J'ai même eu une expérience assez déplaisante, alors pas avec la MAIA, mais avec la PRAG, qui est également une association et à laquelle n'importe quel médecin est censé adhérer. En fait, l'année où j'ai voulu adhérer, on m'a renvoyé mon chèque d'adhésion en me disant non non on prend pas de nouveaux adhérents. (Rires). Voilà, donc à partir de ce moment-là, j'ai pu chercher et enfin, c'est assez étrange quand même de voir qu'il y a quand même un fonctionnement qui est très très autocentré au final.

**MDB : avez-vous autre chose à ajouter que je n'aurais pas abordé sur ce dispositif ?**

MG1 : non pas grand-chose. Après, c'est très bien que ça existe et qu'on puisse qu'on puisse faire appel à ce type de dispositif. Après, comme dit ça reste des situations exceptionnelles. Heureusement, sinon on en finirait plus. (Rires).

**MDB : L'entretien qui est terminé. Je vous remercie beaucoup pour votre participation et si vous le souhaitez, je pourrais vous transmettre les résultats de mon travail.**

## **Annexe 4 : exemple d'un entretien retranscrit intégralement (seconde version du guide d'entretien)**

### **ENTRETIEN2**

Fiche signalétique :

Homme

51 ans

Travaille au sein d'une CPTS en zone urbaine.

**MDB : comme je vous l'ai expliqué par mail, nous allons parler des MAIA au sein des CPTS. Nous avons formulé une hypothèse : on peut penser que les médecins généralistes qui intègrent un projet de CPTS sont dans une démarche collective de travail, existe-t-il alors un lien entre ces médecins et l'utilisation des MAIA dans la prise en charge de leurs patients en situations complexes ? Nous allons réaliser un entretien, d'une trentaine de minutes, qui sera confidentiel, anonyme. Je l'enregistre avec un dictaphone pour faciliter le recueil des données. Ensuite, l'entretien sera retranscrit puis détruit à la fin de mon travail. Etes-vous d'accord pour commencer l'entretien ?**

MG2 : D'accord.

**MDB : Ma première question : pouvez-vous me parler en premier lieu de votre travail au sein de la CPTS ?**

MG2 : Alors la CPTS est une jeune CPTS créée assez récemment. On n'est pas encore au stade de ce qu'on appelle... d'avoir signé l'accord conventionnel interprofessionnel entre la lettre d'intention et puis cet accord. Ce qui nous a permis dans ce temps là de rédiger un projet de santé de territoire visant le plus de monde possible, sachant que c'est pas simple. Euuuuh... ben

la CPTS c'est quoi c'est une structure d'appui. Il n'y a pas de portes pour entrer dans une CPTS, y'a pas de fenêtre. C'est une organisation territoriale qui a pour vocation de venir en appui aux professionnels de santé. Et puis trouver des solutions dans le cadre de certaines missions pour l'accès aux soins pour le patient. Pour dire ce sont des grosses missions dont des missions qu'on doit relever autour des soins non programmés, ça c'est une première chose. Et puis ensuite l'accès aux soins, c'est à dire au médecin traitant. Ça, c'est les deux missions les plus importantes, en tout cas aux yeux de la Caisse primaire d'assurance maladie, qui est le principal financeur, l'unique financeur de ces structures. Moi j'en suis secrétaire, je suis secrétaire de la CPTS, donc je fais partie du bureau et la CPTS fonctionne avec un comité qui est un peu un conseil d'administration qui a 19 professionnels libéraux pluri pro. Mais au-delà de ce conseil d'administrations, il y a des collèges de personnes ou d'établissements qui ont vocation à contribuer au projet, à le faire évoluer et qui... sont plutôt des personnes qui... que l'on mobilise de façon consultative. Il y a les membres électifs on va dire qui vont voter et dont les voix font, font... pèsent un peu dans la décision. Et puis d'autres personnes qui vont être mobilisées plutôt dans la consultation pour faire avancer les pratiques. En tout cas, les projets qu'on mène sur le territoire, qui s'implante sur 19 communes.

**MDB : pouvez-vous me justifier votre implication dans ce projet ?**

MG2 : Alors moi, je suis un vieux médecin. En fait, j'ai travaillé quinze ans dans un désert en santé en [X]. C'est plutôt côté [X], qui est un département éminemment connu pour ses déserts en santé. Mais pas que ça. C'est un désert administratif on va dire tout court, un département qui a beaucoup souffert des remaniements des services publics par exemple, des choses comme ça. Donc j'ai une expérience de quinze ans dans ces territoires là, donc je me suis rapidement intéressé à l'organisation des soins, c'est à dire que je me rendais bien compte qu'en producteurs de soins, il me manquait des bouts. Il fallait que je coopère et que je collabore avec d'autres structures et d'autres organisations ou que j'ai des partenaires. Parce que parce que les patients

que je prenais en charge avait un niveau de complexité qui permettait pas à moi, simple offreur de soins, médecin généraliste, de répondre à toutes leurs questions, pour que la complexité biomédico-psycho-sociale. Donc très tôt moi, depuis 2005, je me suis entouré d'un maximum de personnes, donc on avait... j'avais intégré une maison de santé, à l'époque une des toutes premières en France, qui était labellisée et soutenue par, par l'Agence régionale de santé. Donc, tout naturellement, j'ai, j'ai construit des partenariats avec l'hôpital, avec les MAIA, avec le conseil départemental qui était porteur..., avec plusieurs, avec d'autres partenaires. [Interrompu par tél qui sonne]. Donc c'est un peu la nécessité qui a fait loi que je me retourne avec mon équipe, parce qu'on était onze professionnels dans un petit village de 1500 habitants adossés à l'hôpital local. Il y avait un EHPAD et un SSR, donc il nous fallait nous organiser parce que l'offre médicale n'était pas pléthorique, moi je suis arrivé dans un secteur où il n'y avait pas de médecins. Donc c'était un peu tendu et donc ben comme je m'intéressais aux organisations, à un moment donné, je me suis même intéressé à comment ça se manage ces organisations. Et comment, comment, comment tout un système de santé se construit. Donc, en fait, je me suis inscrit en Master 2 management évaluation des organisations de santé qui dépend en fait d'un laboratoire d'économie de la santé à [X]. Et puis je m'étais adossé aussi à des associations, en l'occurrence, pour ne pas la nommer, une association qui s'occupe de l'émergence de maisons de santé en France. Ça s'appelle « AVEC Santé », qui est l'avenir de l'exercice coordonné en santé, qui a été l'ancienne Fédération française des maisons et Pôle de santé. Et je fais partie de ce comité, enfin du CA au niveau national. Donc l'organisation des soins c'est mon dada. En fait, j'adore ça ! [Grand sourire].

**MDB : Pour rebondir sur votre histoire, comment êtes-vous arrivé jusqu'en Alsace ?**

MG2 : Alors moi, j'ai fait mes études à [X]. Ma femme est alsacienne et j'ai des grands enfants qui ont grandi à la campagne, donc là où on était, puis qui sont partis et nous on envisageait pas trop vieillir là bas. Donc en devenant maître de stage et tuteur, j'ai recruté d'autres praticiens et

quand je suis parti, on était quatre. Donc en quatorze ans, j'ai recruté trois médecins, donc ce n'est pas beaucoup mais c'est déjà assez compliqué. Donc je suis parti. J'ai quitté le village et donc l'histoire continue là bas. Mais pour me rapprocher un peu de mon village à moi qui est [X]. Et puis pour d'autres projets, je suis très content qu'il y ait le projet de [X], le projet de la maison de santé puis de la CPTS, ça a été aussi un super challenge qui m'a un peu fait rencontrer du monde, et fait accélérer mon ancrage, donc je suis très content.

**MDB : D'accord. Si je comprends bien, c'est surtout cette démarche collective de travail, à plusieurs, pour une prise en charge optimale de vos patients, qui est important pour vous ?**

MG2 : Exactement parce que comme ça s'impose à nous tous les jours. Enfin moi, j'avais déjà pris un peu d'avance et j'étais dans un territoire déjà extrêmement déficitaire à l'époque. Donc moi, pour moi, c'est assez logique de construire ces organisations. Et puis de travailler en partenariat avec des établissements, mais aussi avec les conseils départementaux, les ... les UTAMS, les PMI... voilà tous ces offreurs, qui prennent en charge des publics que nous, on prend en charge aussi. Et l'idée, c'est pas de réinventer l'eau tiède chacun dans notre coin, c'est mutualiser des dispositifs qu'on puisse avoir de meilleurs résultats ensemble et rendre un peu plus clair cette offre là. Et c'est le but de la CPTS.

**MDB : on va parler des patients en situation complexe qui nécessitent la mise en place de plusieurs aides pour un maintien à domicile adapté. Pouvez-vous me parler de la dernière situation marquante qui a nécessité justement la mise en place de plusieurs intervenants à domicile ? En fait, comment ça se passe dans votre pratique et vers quelles structures vous tournez-vous dans ces cas-là ?**

MG2 : Donc, encore une fois, je suis adjoint du docteur [X], « un remplaçant plus » on va dire, je le remplace que lui en fait. Et donc on a des patients qu'on suit. Donc on a actuellement, il

l'a peut être évoqué, on fait en sorte d'identifier les cercles de soins, c'est à dire autour d'un patient en situation de perte d'autonomie. On identifie des cercles de soin. Alors qu'est-ce que c'est un cercle de soins ? C'est des infirmières à domicile, c'est un pharmacien, c'est éventuellement un kiné, c'est parfois un orthophoniste. Et puis, comme ça, le cercle s'élargit avec les seconds recours qui sont les spécialistes. Et avec ce cercle de soins, on a des entrées qui sont multi focales. C'est-à-dire que chacun va donner un peu son sentiment par rapport à la situation, puis ça permet d'alerter très en amont. Donc on utilise un système d'information partagé, sécurisé, qui s'appelle Idomed. On partage de façon asynchrone, c'est à dire qu'on reçoit des notifications, ... il vous a peut-être montré l'outil..., qui nous permet d'identifier les problématiques au jour le jour et surtout de travailler très en amont, ce qui crée la confiance, ce qui crée la confiance entre les professionnels de santé, parce que c'est pas si simple. On est des professionnels libéraux et parfois, même si on essaie tous de tirer dans le même sens nos patients et puis de donner..., enfin de résoudre des problématiques ensemble, ben parfois y'a de l'information qui se perd, les infirmières, elles ont peur de dire des trucs au docteur. Puis le docteur, il a pas beaucoup de temps. Donc on essaie vraiment de travailler avec une méthodologie de travail ensemble. Et l'idée est de libérer la parole et puis on peut entre guillemets, on peut tout se dire. On peut dire quand un docteur minimise un petit peu une situation, on peut dire, mais je crois quand même que ce patient moi je le vois à domicile et toi tu le vois moins à domicile, y'a un petit sujet..., ce qui fait accélérer un peu... Puis vu qu'on se fait confiance et puis qu'on n'est pas dans la défiance, donc ça fait accélérer le processus. Le deuxième temps, quand il faut évaluer, on utilise des équipes mobiles parfois, qui peuvent être des équipes mobiles de soins palliatifs, qui peuvent être des équipes mobiles de... du docteur [X] en l'occurrence que... que j'utilise beaucoup ici. Mais en ville, on utilise aussi sa collègue, le docteur [X] et d'autres équipes mobiles. Il y a aussi le groupe hospitalier [X] qui a aussi une équipe mobile. On mobilise ces personnes en fonction des liens qui s'instaurent, ou alors des...

des disponibilités des uns ou des autres au moments t quoi. Et puis on peut parfois mobiliser une infirmière de précarité qui dépend de l'UTAMS, on peut mobiliser le CMP pour un problème de santé mentale. Donc voilà on essaie ben... de déjà de créer des partenariats, d'être identifiés, puis surtout quand on mobilise après que ça aille relativement vite, parce qu'on a tous fait cet effort de se rencontrer au préalable. Voilà on a plusieurs options et on les mobilise en fonction de la situation.

**MDB : vous n'avez pas cité la MAIA, l'avez-vous déjà sollicité ?**

MG2 : Alors personnellement, pas tout à fait encore. Moi j'ai beaucoup travaillé avec les MAIA en [X] à l'époque, c'était des structures que je connaissais bien.

**MDB : Je précise que votre expérience avec la MAIA sera la prochaine question.**

MG2 : Je n'ai pas mobilisé directement aujourd'hui le dispositif MAIA au niveau du Bas-Rhin.

**MDB : Est-ce qu'il y a une situation marquante que vous pouvez peut-être me raconter qui a nécessité la mise en place de plusieurs intervenants, beaucoup d'organisation ?**

MG2 : Oui, on a eu, on a du... Comment dire ? Accompagner un patient en fin de vie au domicile, donc à la demande... il y avait une complexité qui était d'ordre culturel, parce que c'était un patient comorien, c'est vraiment un désir de la famille qu'il soit accompagné jusqu'au bout à la maison avec en plus derrière des rites mortuaires qui étaient un peu particulier dont on a mobilisé en distanciel, surtout pour le traitement de la douleur, parce que c'était une maladie neuro évolutive nécessitant d'adapter un peu le traitement de la douleur, à cause d'ankyloses, de rétractions qui étaient assez douloureuses. C'était avec l'équipe mobile de soins palliatifs et donc ça s'est fait en lien avec une équipe infirmière qui était comme toujours admirable, très engagée, les infirmiers et les infirmières à domicile jusqu'à... jusqu'à ce qu'il faille l'accompagner. Je me rappelle le week-end où il est décédé, j'y suis allé à 22h pour signer le certificat de décès pour permettre ensuite la mise en bière en différé. Ils ont pu faire leur rite

mortuaire et voilà. Donc là, on a surtout mobilisé une équipe mobile de soins palliatifs sur la dernière quinzaine. Voilà c'est pas tant qu'on en a eu tellement besoin. Mais on a besoin à un moment donné, de croiser les regards sur cette fin de vie à domicile, toujours dans un cadre très mouvant... Et puis, on se sent... en tout cas en tant que médecin je me sentais... J'avais un besoin d'avoir un appui d'un autre collègue, un autre regard, toujours la peur de ne pas en faire assez ou de trop en faire. Dans ce cadre là, ça s'est fait avec l'équipe de soins palliatifs, c'est la dernière expérience marquante que j'ai eu.

**MDB : pouvez-vous me donner une proportion que représentent ces cas complexes dans votre patientèle ?**

MG2 : Encore une fois avec la difficulté que je ne suis pas encore totalement en libéral mais en partie, je ne saurais pas dire... en tout cas sur mon expérience, mes différentes expériences, on voit bien que la montée, y'a une vraie augmentation incrémentale on va dire petit à petit par marches sur la dernière décennie et c'est de plus en plus fréquent d'avoir des gens âgés polypathologiques, qui ont des maladies chroniques, qui peuvent être aussi... peuvent avoir fait deux ou trois cancers, auxquels se greffe un trouble cognitif ou auxquels se greffe une maladie neuro-évolutive. Voilà je trouve que c'est de plus en plus, alors un pourcentage... je sais pas moi, 5 à 10 %, quelque chose comme ça, mais c'est vraiment à la louche. (Sourire).

**MDB : donc pour vous, vous tourner vers ces structures, y faire appel, cela fait vraiment partie des missions du médecin généraliste ?**

MG2 : Ah oui oui, parce que on a beaucoup, comment dire, de savoir faire en tant que médecin généraliste, mais force est de constater ben on peut pas faire face à la complexité seul, c'est impossible. Ou alors ceux qui... enfin je veux pas dénigrer mes collègues, ceux qui y arrivent, je pense que c'est... c'est un délire quoi. On ne peut pas y arriver, donc on a besoin de certaines expertises et on a besoin de coopérer avec certains, certains dispositifs qui ont, qui ont un, du

temps à déployer parce que souvent dans ces accompagnements c'est surtout le temps dont on a besoin pour la mise... de temps pour les personnes mais aussi pour leurs aidants principaux qui sont des fois en grande difficulté donc nous on n'a pas beaucoup de temps. Les infirmières, elles, elles ont des temps séquentiels un peu plus important que nous. Mais voilà, c'est, il manque un bout... Et c'est clair que quand il y a une dimension très sociale de maintien à domicile, de dimensions d'accès au droit aussi parfois, qui sont, comment dire, l'accès au droit est pas total parfois. Il y a des personnes qui ont, qui... qui n'ont pas accès à certains droits et on n'est pas tous super compétents pour identifier ces besoins là. Bah oui, c'est l'unité mobile ou la MAIA ou un travailleur social qui va se mobiliser dans ce cadre là. Ben ça a du sens qu'on les mobilise oui. Il n'y a aucun doute. C'est une culture de ce type là, très très très ancrée. Mais on voit même dans les villes aujourd'hui, alors que l'offre était pléthorique, alors pléthorique mais pas organisée à la fois faut le dire, on voit bien que aujourd'hui, ne serait-ce qu'avoir accès à un médecin traitant, c'est de plus en plus difficile. Et puis surtout que ces patients là, il nécessite du temps. C'est une sorte de biais de sélection. Certains médecins traitants ne vont plus les accepter, donc nous, on les accepte, mais avec un cadre beaucoup plus large. Voilà ma réponse.

**MDB : Quelle est votre expérience personnelle avec le dispositif MAIA ?**

MG2 : Alors là, ... Dans le territoire où j'étais antérieurement, euh ... Nous, on les mobilisait, surtout quand il y avait une dimension très psychosociale à la complexité qui était représentée par l'accompagnement du patient. Dès que ça touchait la santé mentale. L'incurie. Et puis, et puis on va dire la dépendance étant telle qu'il fallait envisager des tutelles ou des mises des mises, des mises sous curatelle ou des protections d'adultes. Alors on mobilisait souvent la MAIA, la gestionnaire MAIA, on appelait ça comme ça, celle qui intervenait auprès de ces cas complexes là. Et donc on avait des réunions, alors on faisait des réunions de concertation pluriprofessionnelles. Souvent, il y avait la MAIA qui venait à la maison de santé, rencontrer

les infirmières qui étaient... alors nous dans le territoire où j'étais, j'avais un cabinet infirmier, quatre infirmières. Elles avaient tous mes patients, il n'y avait pas de concurrence, c'était tellement dépeuplé que dans un territoire très rural où je travaillais, ben... ça avait un avantage, c'est que moi j'avais une vision très panoramique de ce qui se passait pour mes patients. C'était toujours le même cabinet, puis avec toujours la même, la même approche. Et puis ça facilitait l'échange. On se voyait tous les jours au café. (Sourire). Donc elle nous rencontrait, on lui brossait un peu le portrait, le panorama, les difficultés qu'on rencontrait. Puis, ben elle venait avec nous, soit avec une infirmière, soit avec moi au domicile du patient. Et puis on avançait pas à pas avec elle et elle prenait beaucoup de temps pour traiter tout ce qui était droit, qu'on n'avait pas nous... pas la compétence, au delà du temps qu'on avait pas. Et donc elle accompagnait le patient surtout pour ça, jusqu'à trouver des placements parce que parce qu'il y avait un risque de rupture de... bon le territoire où j'étais moi, les gens étaient très isolés. La densité de population, c'est 30 habitants au kilomètre carré, avec parfois des gens qui étaient très isolés, sans moyen de transport. Donc voilà, c'est dans ces situations très très très très très difficiles. Parce que parce qu'on était inquiets quoi, on était inquiets sur la rupture. Et puis le risque de chute ou que sais-je, enfin tout se greffait là dessus et donc on arrivait à trouver des solutions intermédiaires, des et des accueils, des accueils... On avait un EHPAD et un SSR. Donc on avait quand même un outil qui nous permettait d'accueillir les gens de façon urgente. Donc on avait toujours cette possibilité. Puis ensuite ben c'était... c'était un travail au long cours pour accompagner au mieux ces patients qui, au bout du bout, étaient souvent institutionnalisés quoi.

**MDB : Donc les résultats étaient positifs, mais sur un temps seulement, vu que vous parlez d'institutionnalisation au bout du compte ?**

MG2 : Ben oui, parce que parce que ... enfin, moi je parle souvent de soutien à domicile, parce que le maintien à domicile, des fois, ça devient tellement contraignant, avec les risques

tellement importants qui étaient encourus surtout par la personne et pas tellement par toi hein. Donc, à force de vouloir maintenir à domicile à tout prix, on finit par faire prendre des risques aux gens. Donc oui, ça passait à un moment donné par l'institution en sachant que ces personnes n'avaient pas du tout les moyens donc on devait faire appel à l'aide sociale. J'avais des dossiers financiers extrêmement, extrêmement difficiles à monter et on remplissait des EHPAD avec des gens éligibles à l'aide sociale. Donc voilà, la précarité quand elle est en ville elle est déjà importante. Mais finalement, c'est pas loin d'être la même, mais en campagne, y'a l'isolement physique qui fait qu'il fallait prendre des décisions plus radicales.

**MDB : Est-ce qu'il y a d'autres aspects négatifs comme par exemple une impression de dépossession du suivi du patient lorsque vous vous tournez vers cette structure ?**

MG2 : Ben c'est toujours... ça peut arriver aussi quand tu adresses ton patient à un spécialiste qui ensuite... voilà. Après moi j'ai jamais eu ce sentiment là parce qu'on avait des relations très, en bonne intelligence. Il n'y avait pas de concurrent. Dans le territoire où on était on essayait vraiment de rendre service à la personne, donc dépossession ? Moi, j'avais déjà tellement de travail que c'était... Moi, je dirais pas ça. Pis encore une fois, ça, ça se travaille. C'est à dire qu'effectivement, quand tu te remets à une personne et que tu lui fais confiance à partir de là y'a pas de dépossession de ... si, si, je fais un appel à un tiers, c'est justement parce que il me manque des bouts pis j'ai pas tous... tous les éléments pour pouvoir répondre à toutes, au mieux à toutes les questions. Non c'est juste qu'elle fait sa part. Chacun fait sa part et, et donc voilà. Après quand il y a un territoire concurrentiel, c'est peut être une autre chose, mais moi j'ai jamais vécu ça, même ici d'ailleurs. Ton patient, à un moment donné si tu le confies à quelqu'un d'autre, c'est que t'estimes devoir le faire, l'important c'est qu'il aille mieux. Même si tu le revois pas... on prend des nouvelles de toute façon. Être dépossédé, c'est aussi de se dire voilà, il est parti, mais moi qu'est-ce que je fais pour renouer avec ce patient, est-ce que je l'appelle, est-ce que je reprends contact avec la structure ? Enfin des fois on se vexe, on est assez

susceptibles les médecins. Les professionnels de santé libéraux, en particulier. Et si tu fais un travail de coopération et de coordination pour un de tes patients ben tu vas au bout, ce qui importe c'est que ça aille le mieux possible pour lui ou pour elle.

**MDB : Il y a un autre dispositif qui est très présent en Alsace, c'est la PRAG. Les médecins m'en parlent plus souvent que la MAIA en général. Quelles différences faites-vous entre les deux ?**

MG2 : Alors nous, on avait la PTA, la plateforme territoriale d'appui qui va être remplacé par le DAC, le dispositif d'appui à la coordination. Pour moi ces structures elles sont similaires. Donc je vais faire ma réponse avec des acronymes différents mais pour moi, c'est la même chose. Ben je pense que le... ce qui... on va dire, la PRAG elle est peut-être un peu plus généraliste. Aujourd'hui, le DAC a pour vocation d'accompagner tous les parcours, pas simplement les parcours des personnes âgées en perte d'autonomie mais tous les âges et voilà. La MAIA elle est quand même très spécifique euh d'un niveau de complexité de très haut niveau qui nécessite... ben qui nécessite beaucoup de... beaucoup de temps et d'expertise pour aller chercher l'information et puis construire un parcours que seule elle à la possibilité de faire car en fait la file active est très réduite, aussi parce que le niveau de complexité est très important, alors je sais pas comment on appelle ça animatrice ou ... ? (me pose la question).

**MDB : C'est un gestionnaire de cas.**

MG2 : Ah gestionnaire de cas. C'est pas des files active de 200 personnes hein c'est des files active d'une trentaine de personnes de mémoire... Donc, justement, pour qu'elles aient le temps de dénouer un peu tout ce qui est tisser ensemble. Et la PRAG, elle est un peu plus un peu plus ouverte. En tout cas, c'est ce que j'en ai compris et le dispositif d'appui à la coordination ben encore plus parce que ça, ça va intégrer un peu tous ces dispositifs dans un même... dans une même dénomination. Mais chacun aura ses missions enfin nous on avait la plateforme

territoriale d'appui agrégée d'anciens réseaux de cliniques... Voilà et on va dire qu'à l'intérieur de ces grands tout, il y a encore beaucoup de spécificité qui a été gardé quoi... c'est pas supprimer des postes. Ils ont essayé de faire en sorte de maintenir ces compétences là dans un tout plus lisible encore une fois. J'attends de voir. [Rires].

**MDB : pour revenir à la MAIA, quelles améliorations apporteriez-vous à ce dispositif ?**

MG2 : Je pense qu'il faut qu'on apprenne collectivement à aller vers l'un et l'autre, c'est à dire que ce que je regrette dans ces dispositifs, que parfois, ça soit un peu trop en silo, en tuyau d'orgue, et qu'on a du mal à créer du lien véritable et puis arriver à discuter, donc moi, ce qui... l'amélioration que je verrais, c'est qu'on ait une plus forte visibilité des missions de chacun, on va dire des prés carrés, c'est sur quoi nous on s'estime expert, en tout cas compétents. Et puis qu'on puisse réfléchir les cas qu'on a en commun et puis qu'on puisse, que chacun puisse dire, ben là, sur ces situations là, je me sens plus à l'aise dans cette dimension l'une ou l'autre, et que ça soit clarifié parce que parfois, à force de remettre des dispositifs sur des dispositifs, vous voyez PRAG, PTA, DAC, MAIA, on finit par se perdre un peu sur les missions de chacun. Donc j'espère qu'avec le dispositif d'appui à la coordination, va rendre plus clair cette nébuleuse d'offreurs et qu'on puisse arriver à sortir de la défiance du genre « tu fais ce que je fais », moi ça me plait pas trop, plutôt de se dire on est complémentaire de ce que je fais et là on peut, on peut avoir un service rendu qui sera plus intéressant pour la personne. Donc c'est vraiment un travail plutôt de dialogue plus que de rajouter des expertises. C'est ok, tu fais quoi et comment on peut faire pour ce patient en particulier ? Qu'est ce que tu peux apporter ? Puis qu'est ce que je peux t'apporter ? Voilà, c'est ça pour moi.

**MDB : Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes sur ces dispositifs, comme la MAIA ?**

MG2 : (me regarde et mime un zéro avec ses doigts). Pour tout dire, on est très bien formés pour tout ce qu'on fait pas, et très mal formés pour tout ce qu'on fait, je dirais comme ça. En fait, on n'est pas très, tellement bien formés sur l'organisation du système de santé, de soins et quand on l'est, dans son territoire, ben on voit bien que après derrière se greffe en plus des logiques de concurrence qui peuvent aussi, même si tu comprends tout ce qui se passe, va pas te faire utiliser un dispositif parce que tu n'aimes pas la personne qui est à sa tête ou que sais-je, des sujets un peu d'atomes crochus. Ouais, il faut, enfin là je raconte ma vie, mais là, j'étais... j'ai animé une sorte de masterclass aux universités francophones de santé publique à [X], la semaine dernière. J'animais un, un atelier, un module qui s'appelait « soins primaires, promotion de la santé » et comment rentrer dans des approches qui sont de l'ordre... des approches populationnelles en fait où j'animais ça avec quelqu'un de l'IRESP, qui est pharmacien, qui fait la promotion de la santé et on se rend bien compte qu'on sait pas trop comment le système est organisé quoi. On avait des Africains qui étaient avec nous, des gens du Congo. Il y avait des gens qui venaient de Burkina-Faso, de Belgique et qui ont des systèmes de santé aussi un peu différents. Et quand on leur parlait du nôtre, ils hallucinaient ! Donc, on a fait une liste d'acronymes sur la semaine, on a dû avoir 150 acronymes. C'était assez drôle... On est... Je ne sais pas, il nous faut une boussole, une carte. Il nous faut des territoires. Et puis qu'on puisse orienter au mieux et rendre lisible ce qui s'y passe, parce que là, à force de rajouter... plutôt que de, d'évaluer, se dire qu'est-ce qu'on a fait avec ce dispositif, est-ce qu'il a marché, comment on peut le faire évoluer, ben on le remplace tout de suite par un autre. Et ça, j'ai du mal à comprendre pourquoi, pourquoi on fonctionne comme ça. Donc non on n'est pas très bien formés pour comprendre comment, comment les synergies s'articulent entre les différents offreurs quoi, qu'il soit du social ou du sanitaire quoi. Donc je ne sais pas, il faut un module

organisation du système de santé. Donc moi, ça, ça m'intéresse. Je faisais ça souvent avec mes tutorés à la fac et « vous savez où vous allez mettre les pieds exactement ? Vous avez une idée de ce que c'est un peu qu'un territoire, un bassin de vie ? Comment les gens bougent ? Comment ils se soignent ? Comment le système de santé est financé ? ». Le financement ! Qu'est-ce que c'est que le ticket modérateur ? Qu'est-ce que c'est ? Pourquoi ça s'est créé en 45 ? Pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi tout ça ? Et on voit bien que le système de financement, le système de santé, ça induit énormément sur son organisation et sur l'accès aux soins. Donc oui, je pense qu'il faut... dans mon module de management d'évaluation que j'ai fait en master 2, on avait le financement du système de santé. Qu'est-ce que c'est que rembourser le trou de la sécu ? C'est important de savoir ça parce qu'en tant que libéral, on est... on est parfait, on produit des soins. Tout ça est pavé de bonnes intentions, de très bonnes intentions tout le temps mais voilà on utilise de l'argent issu des cotisations sociales des travailleurs salariés, de l'impôt quand même. Donc il faut aussi le savoir. J'ai appris récemment par l'ARS que le niveau du PLFSS 2022, combien d'argent ça correspond tu sais à peu près ? C'est 224 milliards d'euros. Donc, le plan de financement de la Sécurité sociale pour 2022, dont 90 milliards pour la ville, c'est des sommes vertigineuses. C'est beaucoup d'argent. Et donc voilà, quand tu sais ça, tu dis ok, d'accord tout cet argent pour aujourd'hui arriver à une déficience... quand tu vois la crise des urgences, quand tu vois ce qu'on te dit, ben tu as l'impression d'être dans une république bananière quoi ... Qu'est-ce qu'on a fait pour en arriver là ? Pour faire en sorte que quand tu veux hospitaliser un patient complexe à l'hôpital, tu peux plus dans des conditions de dignité quoi, à part attendre 12 h sur un brancard, et que le patient sorte avec des escarres. On vit des choses comme ça en vrai. J'ai appelé récemment le service des urgences, bon voilà j'ai un patient de 94 ans, qui a un problème cardio-pneumo mais avec cancer, troubles cognitifs a minima, voilà. Après, appelle l'astreinte de pneumo, de cardio. Et puis c'est jamais assez pneumo c'est jamais assez cardio. « Mais moi, j'ai déjà fait un bilan en ville et j'ai fait un

scanner », « mais il ne peut pas rentrer directement en service ». « Non c'est pas possible parce que mon chef veut pas ». Et le patient il va aux urgences, il passe 12h, il va au lit porte, puis derrière, il a un syndrome de glissement pis il peut plus rentrer à domicile et aujourd'hui il est en USLD... Voilà en unité de soins longue durée... ça c'est un dérapage quoi. Et on en a parlé récemment avec la famille. On était tous très tristes. Ça fait mal au cœur. Et donc comprendre le système de santé dans lequel tu travailles, c'est peut-être aussi comprendre les articulations entre ... En même temps, on n'est pas prêt à l'âge qu'on a à l'époque 20 ans, 22 ans... Enfin moi, je suis passé à travers la santé publique quand j'étais à l'université quoi.

**MDB : Oui mais en tant qu'interne ? On pourrait faire des modules à ce sujet à ce moment de notre cursus par exemple ?**

MG2 : Ben je suis d'accord, mais moi quand j'en discutais avec mes tutorés, c'était un peu hors cadre. Fallait pas que... fallait suivre le directeur du département de médecine générale. Parce qu'il fallait surtout parler, de la cystite et des bonnes pratiques quoi. Et j'en passe... Mais oui, je pense qu'il y a lieu d'avoir des conversations autour de ça, avec les étudiants, quand tu as un groupe de huit. Voilà vous êtes en stage ok vous vivez des trucs, ok comment ça s'est passé ? ... et en ville ? Et puis d'un coup, de proche en proche, tu commences à voir dans quel univers tu agis en tant que soignant. Moi, c'est ... ça va être une discussion avec le département de médecine générale je pense, des questions comme ça.

**MDB : avez-vous une formation en gériatrie ? Capacité ou DU ?**

MG2 : Non. J'ai travaillé beaucoup en EHPAD en lien avec un coordonnateur pendant mes quinze années là bas, mais j'ai jamais eu d'appétence pour aller plus loin. On m'a demandé souvent d'être coordonnateur et encore ici, je ne le ferais pas mais... parce que j'ai d'autres chevaux de bataille. Aussi, c'est difficile d'être holistique dans ces compétences. J'aime bien,

j'aime bien les anciens. J'aime bien être à côté d'eux, mais je ne suis pas très pointue. Je suis juste ... je prends soin des gens. Je suis pas, je suis pas gériatre.

**MDB : avez-vous quelque chose à ajouter que je n'ai pas abordé sur ce sujet ?**

MG2 : ben simplement pour dire qu'on est en train de vivre, je vais dire des gros mots : une transition épidémiologique qui va faire grandir la file des patients âgés vers l'autonomie... On vit de plus en plus vieux, mais de plus en plus tôt en mauvaise santé, ça on le sait et donc forcément ces dispositifs on en aura besoin, MAIA, les équipes mobiles... parce que le virage ambulatoire, on en parle aussi. C'est-à-dire que l'institutionnalisation elle a ses limites, c'est le financement, c'est la capacité qu'ont les gens de régler la facture aussi à la fin du mois. Une maison de retraite moyenne, c'est entre 2500 pour les moins chère, puis jusqu'à 6 000 € pour les plus chère. Donc comment on fait pour... pour financer ce cinquième risque et ben on aura besoin de plus coopérer, plus se coordonner et pis rendre les prises en charge plus efficiente donc je pense que réfléchir sur un territoire de santé ensemble avec tous ces offreurs, pis... pis que chacun monte en compétences, je pense que ça va être l'avenir quoi. Bon après à moins qu'il y ait 4 Covid qui passent et qu'on puisse rediscuter sur... sur l'espérance de vie, mais on aura... Mais aujourd'hui, je sais pas je crois que c'est de l'ordre, il doit y voir 40 000 ou 50 000 centenaires en France. Entre 30 et 50 et que les prospectives de la DRESS qui fait de la statistique estiment entre 150 et 400 000 centenaires en 2060. Entre temps, il y aura des canicules, il y aura des raz de marées, il y aura des virus émergents, il y aura beaucoup de choses, des choses qui sont impondérables qu'on peut pas prévoir mais quand même les courbes elles sont là et on le voit que que chaque jour qui passe, moi je trouve que la complexité elle augmente et on passe de plus en plus de temps sur des choses très très complexes. Je le vois sur une décennie. Mais voilà, on a... c'est pour ça que ces organisations, j'espère qu'elles vont fleurir et qu'on arrivera à construire quelque chose ensemble, parce que c'est très politique, la santé, des fois c'est un peu compliqué. Mais si on arrive à être le plus bienveillant possible à

l'égard de tous les offreurs, respecter les infirmières, respecter les médecins, respecter les établissements médico-sociaux dans ce qu'ils font et dans leur cœur de métier, ben on arrivera à faire des choses quoi. Voilà la conclusion qui n'est pas une conclusion mais une ouverture.

**MDB : très bien l'entretien est terminé, je vous remercie et je vous transmettrais les résultats si vous le souhaitez.**

MG2 : ah oui je suis très friand de ça, de récupérer ça. (sourire).

## Annexe 5 : la feuille de recueil d'information (document à remplir à l'admission au sein de la MAIA)



Partie réservée au service : N° de dossier :

Date de réception :

Date de décision :

Primo-Evaluation → Date :

Gestion de cas

Non-inclusion, proposition de réorientation vers : \_\_\_\_\_

**RÉCUEIL D'INFORMATIONS POUR LA GESTION DE CAS PREMIER REPERAGE**  
à remplir le plus exhaustivement possible

Date :

**PERSONNE AGÉE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Sexe :  Féminin  Masculin  
 Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
 Caisse d'assuré : \_\_\_\_\_ Régime général :  oui  non  
 Y-a-t-il une Affection de Longue Durée (ALD) ?  oui  non  
 Hospitalisation dans les 6 derniers mois :  oui  non  
 Langue usuelle : \_\_\_\_\_  
 Situation :  Seul(e)  En couple  Célibataire (avec qui) \_\_\_\_\_  
 Hébergement à titre gratuit  Résidence autonome  Autre \_\_\_\_\_  
 Bénéficiaire APA : oui  non  GIR : \_\_\_\_\_  
 Bénéficiaire Prestation de compensation du handicap (PCH) : oui  non

**AIDANT PRINCIPAL**

NOM et Prénom	Adresse complète	☺	Lien avec la personne

**FAMILLE ET ENTOURAGE**

NOM et Prénom	Adresse complète	☺	Lien avec la personne (Aident oui/non)

Préciser si la famille est en accord ou non avec le projet de vie et de soins, rupture familiale, situation de maltraitance...

### MOTIF DE L'ORIENTATION

**La gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus qui souhaite rester à domicile et dont la situation présente les 3 critères suivants :**

**Critère 1 :**

Situation instable qui compromet le maintien à domicile ou soins de

a. Autonomie fonctionnelle (AVQF) et/ou (AVQ11)	b. Et Santé	c. ET Autonomie sociale et psychologique
<input type="checkbox"/> Perturbation des actes de la vie quotidienne (AVQ) : toilette, habillage, nutrition, continence, transfert, mobilité.	<input type="checkbox"/> Altération des fonctions supérieures Bien : <input type="checkbox"/> ou <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Difficultés de gestion administrative
	<input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques	<input type="checkbox"/> Difficultés de gestion financière
	<input type="checkbox"/> Addictions	<input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance
	<input type="checkbox"/> Poly pathologie invalidante	<input type="checkbox"/> Abus de confiance, de faiblesse
<input type="checkbox"/> Perturbation des activités domestiques (AVQ) : ménage, linge, courses, préparation repas	<input type="checkbox"/> Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Manque de ressources
	<input type="checkbox"/> Refus de soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Refus des aides à domicile
	<input type="checkbox"/> Refus de suivi médical	<input type="checkbox"/> Habitat non adapté
	<input type="checkbox"/> (non)observance du traitement médical	<input type="checkbox"/> Refus d'entrée en établissement

\*AVQ : actes de la vie quotidienne

\*\*AVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne

**CRITERE 2 :**

**CRITERE 3 :**

Aides et aides insuffisantes ou inadaptées	État d'entourage proche et soutien psychique en place et coordonné les réponses aux besoins
<input type="checkbox"/> Inadaptation des aides	<input type="checkbox"/> Aidant non coopérant (non aidant)
<input type="checkbox"/> Logement inadapté	<input type="checkbox"/> Isolement « social »
<input type="checkbox"/> Maltraitance	<input type="checkbox"/> Défaillance de l'aidant (poly pathologie, addiction...)
<input type="checkbox"/> Limites du maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Épuisement de l'aidant
<input type="checkbox"/> Insuffisance des aides	<input type="checkbox"/> Conflits intrafamiliaux

### MEDECIN TRAITANT

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone fixe :** \_\_\_\_\_ **Portable :** \_\_\_\_\_  
**E-mail :** \_\_\_\_\_

### PARTENAIRE ORIENTEUR

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
**Fonction :** \_\_\_\_\_ **Structure :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ **CP :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone fixe :** \_\_\_\_\_ **Portable :** \_\_\_\_\_  
**Fax :** \_\_\_\_\_ **E-mail :** \_\_\_\_\_

**DATE DE DEBUT D'INTERVENTION ET MOTIF**

**INTERVENANT(S) DE LA PRISE EN CHARGE**

Salle d'intervention : pharmacologie / ATD / add / diabète / autre (préciser) :  
 (IC2) / coordination / membre / autre (préciser) : (IC2) / autre (préciser) : (préciser)

Présence d'un tuteur :  Oui  Non      Type de mesure :

Nom du mandataire	Adresse complète + Email	Téléphone

Nom de la structure	Adresse complète + Email	Téléphone

Modalités d'intervention :

Nom de la structure	Adresse complète + Email	Téléphone

Modalités d'intervention :

Nom de la structure	Adresse complète + Email	Téléphone

Modalités d'intervention :

Coordination : oui  non  par qui :

PRAG       GIC       UTAMS       Autre :

Exposé de la problématique

## Propositions d'accompagnement

--	--

**CONTACT POUR LA PREMIERE VISITE DU GESTIONNAIRE DE CAS**

La personne concernée est informée de la démarche: oui  non

Si non, pourquoi ?

Autre, préciser :

Conjoint

Fils/fille

Autre parent

Tuteur

Colocataire

Médecin

Voisin

Ami

Autre :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Téléphone :

Disponibilités (horaires de bureau) :

La gestionnaire de cas peut effectuer la 1<sup>ère</sup> visite seul: oui  non

Si non, accompagné :

du partenaire orienteur

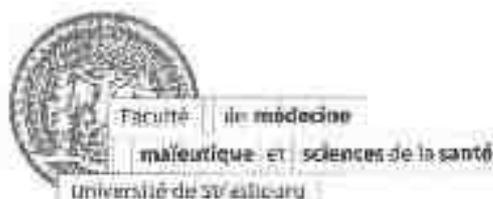
de la personne à contacter pour la 1<sup>ère</sup> visite

Autre, préciser l'identité .....

**Contact :**

MAIA de Strasbourg-banlieue eurométropolitain  
Espace Vauban  
3 rue Gustave-Adolphe Hirn  
67 000 STRASBOURG Téléphone : 03 69 33 21 82  
[maia.strasbourg-EMS@alsace.eu](mailto:maia.strasbourg-EMS@alsace.eu)

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Déj. Boudou Prénom : NECHANEI

Ayant été informé(e) qu'en réappropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1971 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de tricherie ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires et pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

à Strasbourg, le 27/06/23

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

## RESUME

**INTRODUCTION :** Les cas complexes occupent régulièrement les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Ces patients nécessitent parfois l'intervention de structures spécialisées permettant un meilleur maintien à domicile et une aide à la prise en charge pour le médecin. Le dispositif MAIA fait partie de ces processus de coordination. Le but principal de cette étude était alors de mettre en évidence l'existence d'un lien fort entre l'utilisation de la MAIA pour la gestion des cas complexes et les médecins généralistes des MSP et des CPTS de l'EMS.

**METHODE :** Il s'agit d'une étude qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant au sein des MSP et des CPTS de l'EMS.

**RESULTATS :** Tous les médecins généralistes interrogés ont la volonté de travailler de façon coordonnée pour permettre une prise en charge optimale de leur patient et faciliter leur quotidien. La majorité d'entre eux sont autonomes et se tournent facilement vers les aides existantes quand cela devient nécessaire. La sollicitation des dispositifs de coordination comme la MAIA intervient en dernier recours. Globalement, ces médecins se tournent plus facilement vers la PRAG lors des situations très complexes, précisant qu'elle apporterait une meilleure réponse à leurs attentes. La majorité d'entre eux décrivant une méthode de fonctionnement de la MAIA trop complexe et peu connue, des délais d'action trop longs ou des manques de communication avec le personnel impliqué. Très peu d'entre eux en garderont un bon souvenir pour certaines de leurs prises en charge. Cela amène vers une volonté de changement du système de soins français actuel, jugé trop compliqué et trop dense pour s'y retrouver. Des améliorations ont été proposées pour la MAIA, qui étant amenée à disparaître, pourront s'appliquer au Dispositif d'Appui à la Coordination, nouveau dispositif pour la prise en charge des cas complexes, ayant vu le jour début 2023 et étant toujours en cours de déploiement sur le territoire.

**CONCLUSION :** Les médecins généralistes au sein des MSP et des CPTS de l'EMS sont centrés sur l'exercice de façon coordonnée. Ils utilisent facilement les ressources présentes sur le territoire pour aider leurs patients présentant des situations complexes. Par contre, ils ne sont pas systématiques et ne se tournent pas forcément vers le dispositif MAIA. Ce dernier disparaît avec l'apparition du DAC depuis 2023 et ce changement va sans doute permettre d'améliorer la coordination auprès des personnes en situations complexes. Le DAC est toujours en cours de déploiement actuellement et les médecins s'attendent à une clarté et une simplification des procédures grâce à ces modifications.

---

**Rubrique de classement :** Médecine Générale

---

**Mots clés :** MAIA, Cas complexes, Maison de Santé Pluriprofessionnelle, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, Dispositif d'Appui à la Coordination, Améliorations, Médecine Générale.

---

**Président :** Professeur Georges KALTENBACH

**Asseseurs :** Professeur Thomas VOGEL

Docteur Catherine FERNANDEZ

Docteur Juliette CHAMBE

Docteur Yannick SCHMITT

**Auteur :** Meghann DEL BIONDO – Université de Strasbourg.