

Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations

Réalisée pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Rapport final d'évaluation

JANVIER 2017



Remerciements

L'équipe d'évaluateurs remercie :

Les membres du comité de pilotage et son président, M. Stéphane Paul, Inspecteur général des affaires sociales.

Mme Geneviève Gueydan, directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Mme Sophie Moreau-Favier et Mme Catherine Périsset de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Les personnes qualifiées qui nous ont éclairés lors de la phase exploratoire : M. Yves Couturier, Dr Olivier Dupont, Pr Dominique Somme, Mme Virginie Hoareau, Mme Hélène Trouvé.

Les directions et interlocuteurs (référents MAIA) des Agences régionales de santé.

Les représentants des conseils départementaux mobilisés : Alpes-Maritimes, Ariège, Corrèze, Finistère, Indre-et-Loire, Isère, Manche, Mayenne, Moselle, Nord, Val-De-Marne, Yonne.

Les pilotes MAIA.

Les acteurs des 5 territoires relatifs aux monographies (Cannes, Marseille, Ariège, Aveyron, Hautes-Pyrénées) en particulier les pilotes qui ont facilité l'organisation de l'observation sur les terrains.

Les travaux préalables au rapport final figurent en annexe :

Annexe 1 : Anayse documentaire

Annexe 2 : Rapport d'enquête exhaustive auprès des pilotes MAIA et typologie

Annexe 3 : Rapport d'enquête auprès des ARS et conseils départementaux

Annexe 4 : Rapport d'enquête transversale "Gestion de cas".

Les monographies relatives à 5 territoires d'action MAIA ne sont pas diffusées pour des raisons de confidentialité et servent à illustrer et étayer les analyses dans le présent rapport.

Sommaire

Remerciements	1	
Préambule	5	
L'intégration : Un concept novateur d'amélioration du système de santé	5	
Le cadre de l'évaluation	9	
1 Finalités de l'évaluation formulées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	9	
2 Méthodologie	11	
3 Hypothèses, cadre d'analyse et questions évaluatives	15	
3.1 Apports théoriques	15	
3.2 Cadre d'analyse retenu	18	
4 Le référentiel d'évaluation	21	
Réponses aux questions évaluatives et établissement des recommandations	25	
Le contexte et l'environnement du déploiement et d'implantation de MAIA	25	
1 En quoi les différents niveaux de pilotage et leurs articulations influencent-ils le déploiement MAIA ?	25	
1.1 Dans quelle mesure la stratégie de déploiement du dispositif est-elle formalisée et partagée ?	25	
1.2 Dans quelle mesure les modalités de pilotage de l'ARS constituent-elles un avantage pour l'implantation MAIA sur un territoire ?	27	
1.3 Dans quelle mesure les modalités d'animation et de pilotage de la CNSA constituent-elles un avantage pour l'implantation MAIA sur un territoire ?	31	
1.4 Dans quelle mesure les différentes actions de politiques publiques nationales en faveur des personnes âgées constituent-elles un facteur favorable au déploiement MAIA ?	33	
1.5 Synthèse et recommandations	38	
2 En quoi les conditions de déploiement MAIA influencent-elles son fonctionnement ?	41	
2.1 Dans quelle mesure les caractéristiques du territoire sont-elles un facteur favorable du déploiement MAIA ?	41	
2.2 Dans quelle mesure la dynamique partenariale a-t-elle une influence sur le déploiement MAIA, a-t-elle évolué ?	45	
2.3 Dans quelle mesure la temporalité du déploiement des mécanismes MAIA sur le territoire a-t-elle une influence sur l'efficacité MAIA ?	45	
2.4 Dans quelle mesure le diagnostic organisationnel du territoire et la promotion du dispositif soutient-il le déploiement MAIA ?	47	
2.5 Synthèse et recommandations	49	
3 Les caractéristiques et le positionnement du porteur sont-ils des éléments favorables au déploiement MAIA ?	51	
3.1 Dans quelle mesure le processus portant sur le choix du porteur MAIA est-il conforme au cahier des charges ?	51	
3.2 Dans quelle mesure les caractéristiques du porteur sont-elles un élément favorable du déploiement MAIA ?	53	
3.3 Dans quelle mesure le positionnement organisationnel du dispositif au sein des activités du porteur est-il un facteur d'efficacité MAIA ?	54	
3.4 Dans quelle mesure les moyens du porteur sont-ils un facteur d'efficacité MAIA ?	55	
3.5 Synthèse et recommandations	57	
4 Les caractéristiques et les conditions d'exercice du pilote sont-elles des éléments favorables au déploiement MAIA ?	59	
4.1 Dans quelle mesure le profil du pilote est-il conforme au profil du CDC et influence-t-il le déploiement ?	59	
4.2 Dans quelle mesure les conditions d'exercice du pilote sont-elles un facteur du déploiement MAIA ?	61	
7.3 Dans quelle mesure le positionnement du pilote est-il facilitateur du déploiement de la méthode ?	63	
4.4 Synthèse et recommandations	66	
Le fonctionnement de MAIA à travers ses mécanismes et outils	69	
5 Le mécanisme de concertation produit-il les effets attendus de MAIA en termes de coresponsabilité des acteurs et d'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées ?	69	
5.1 Dans quelle mesure le fonctionnement du mécanisme de concertation est-il conforme au CDC ?	69	
5.2 Quels sont les effets de la concertation sur les attendus de la méthode ?	73	
5.3 Dans quelle mesure la concertation est-elle un facteur favorable de la mise en œuvre MAIA ?	78	
5.4 Synthèse et recommandations	80	
6 Quels sont les facteurs favorisant l'opérationnalisation du guichet intégré et ses effets produits en termes de lisibilité de l'offre et de réponses aux besoins ?	83	
6.1 Dans quelle mesure la stratégie de mise en place du guichet intégré est-elle conforme au CDC et au guide méthodologique CNSA ?	83	
6.2 Dans quelle mesure les acteurs du territoire adhèrent-ils au guichet intégré ?	89	
6.3 Dans quelle mesure l'objectif de simplifier le parcours des personnes est-il atteint ?	91	
6.4 Synthèse et recommandations	93	
7 En quoi la mise en œuvre de la gestion de cas favorise-t-elle le maintien à domicile dans de bonnes conditions des personnes en situation complexe et contribue-t-elle aux décisions tactiques et stratégiques ?	95	
7.1 Dans quelle mesure le mécanisme de gestion de cas est-il conforme au CDC ?	95	
7.2 Dans quelle mesure les outils et process utilisés en gestion de cas permettent-ils d'assurer les 3 missions inhérentes à la gestion de cas (coordination des interventions, suivi intensif, remontée des dysfonctionnements) ?	102	
7.3 Quels sont les bénéfices de la gestion de cas observés sur les personnes suivies ?	107	
7.4 Synthèse et recommandations	108	
8 Éléments de conclusion	111	
9 Sigles et abréviations	119	
10 Annexe	121	

Préambule

L'intégration : Un concept novateur d'amélioration du système de santé

L'intégration, une réponse à la fragmentation du système de santé et aux enjeux relatifs au vieillissement de la population et à la perte d'autonomie des personnes âgées

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, la problématique de la dépendance est devenue prégnante dans l'ensemble des pays occidentaux. En France, les réponses en matière gériatrique et leur coordination mobilisent un ensemble de dispositifs qui, sans articulation formelle entre eux, engendrent des phénomènes de fragmentations institutionnelles, organisationnelles et cliniques, avec des conséquences sur les parcours des personnes, sur la continuité des interventions des professionnels et sur l'efficacité du système de santé. Ainsi, la chronicité des états de santé, les différentes composantes inhérentes aux besoins des personnes (du soin, de l'accompagnement, de l'aide ...) et de leurs souhaits, celui en particulier de vieillir à leur domicile dans de bonnes conditions conduisent à penser différemment le système de santé.

Le passage d'un système hospitalo-centré à un système articulé entre ville et hôpital et d'une réponse organisée entre les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux sont des enjeux majeurs des prochaines années dans la construction des politiques publiques.

Ces évolutions posent les raisons d'une dynamique incontournable d'adaptation et de changement de système qui trouve écho dans la méthode d'intégration.

Le concept d'intégration a fait l'objet de travaux de recherche et de modélisation au niveau international dès les années 1990 et notamment dans les pays anglo-saxons. Elle est une « façon par laquelle les sociétés développées espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé, entre autres la fragmentation des soins, l'utilisation inadéquate de compétences, l'accès inéquitable à certains services » (Contandriopoulos, 2000 ; Ackerman, 1992).

Face aux enjeux relatifs à la perte d'autonomie, la France a ainsi fait le choix de développer une stratégie d'intégration dans le champ gériatrique par le déploiement de la politique publique et des dispositifs MAIA. La méthode d'intégration des services d'aide et de soins (MAIA) propose une organisation collective qui implique des principes et des modes de fonctionnements nouveaux, partagés entre acteurs d'un territoire (les dispensateurs de services d'aide et de soins, les responsables des services et les décideurs).

L'objectif est de réduire la complexité du système par un ajustement des réponses aux besoins des personnes : prévenir, accompagner, dispenser des aides, soigner au bon moment, par la meilleure ressource disponible et, *in fine*, faciliter, simplifier le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie.

Il ne s'agit pas de créer des nouvelles structures mais d'organiser la lisibilité de l'offre d'aide et de soins par l'articulation et la mise en cohérence des ressources existantes dans les champs sanitaire, social et médico-social.

MAIA, d'un cadre expérimental (2008-2010) à une reconnaissance légale

Dès 2011, MAIA a été introduite dans le Code de l'action sociale et des familles modifié à l'article L.113-3¹ et le Code de santé publique (L.1431-2) et s'est accompagnée de la publication d'un cahier des charges de mise en œuvre et de fonctionnement par décret n° 2011-1210 de 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (http://www.cnsa.fr/documentation/cahier_des_charges_maia_15nov11.pdf).

Récemment, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est venue réaffirmer cette politique publique. L'article L.113-3 du CASF a été complété de dispositions relatives à l'échange et au partage d'informations entre professionnels de différents champs et le sens de l'acronyme a été rectifié² dans son sens actuel pour exprimer clairement le concept d'intégration et la population ciblée.

1 - Par l'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

2 - L'ancien acronyme MAIA signifiait « Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ».

Article L.113-3 du CASF modifié par l'article 77 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

I.- Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées en perte d'autonomie coordonnent leurs activités en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Les conditions de la mise en œuvre de cette méthode d'action répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les moyens déployés pour assurer le suivi des personnes concernées. II.- Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode mentionnée au I sont tenus au secret professionnel, dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Toutefois, ils peuvent échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, dans les conditions prévues à l'article L.1110-4 du code de la santé publique. Lorsqu'ils comptent parmi eux au moins un professionnel de santé, ils sont considérés comme constituant une équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12 du même code. Le représentant légal ou, à défaut, la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 dudit code est compétent pour consentir aux échanges d'information ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire.

Le pilotage MAIA

Relevant initialement du cabinet du ministre en charge des personnes âgées, la mission de pilotage de la politique MAIA a été dévolue au Directeur de la CNSA, en novembre 2012, par une lettre de mission de la Ministre chargée des personnes âgées et de l'autonomie. Cette mission est intégrée dans la convention d'objectifs et de gestion (2016-2019) entre l'État et la CNSA.

Conformément à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA finance la majorité des dispositifs, au titre de la section I-2 (personnes âgées) de son budget. Elle délègue les crédits MAIA aux agences régionales de santé, chargées de leur déploiement opérationnel. Les crédits proviennent de la contribution de solidarité pour l'autonomie.

La CNSA assure

- le développement et structuration d'outils nécessaires à la réalisation des missions des acteurs de terrain et de pilotage pour les ARS ;
- la définition de la stratégie à adopter en matière d'informatisation de la gestion de cas et l'acquisition de l'outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) intervenu en mai 2016.
- l'animation du réseau des référents ARS en charge des dispositifs MAIA et un appui technique et méthodologique ;
- l'animation du réseau des pilotes MAIA ;
- la participation à la formation et à l'évolution des contenus pédagogiques des pilotes MAIA, formation confiée à l'école des hautes études en santé publique depuis 2013.
- la participation aux différentes instances de gouvernance nationale sur les parcours des personnes âgées, et l'animation de la gouvernance du dispositif MAIA en lien avec le comité de pilotage inter-administratif MAIA.

Les missions confiées aux Agences régionales de santé dans le cadre du déploiement MAIA sont définies légalement :

« Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés à l'article L. 113-3 du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3. » Article L.1431-2 du Code de la santé publique.

« L'Agence régionale de santé est chargée du développement des dispositifs intégrés MAIA dans sa région » conformément au cahier des charges national des dispositifs d'intégration MAIA approuvé par le décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011.

La loi ASV, dans son article 76, introduit les conseils départementaux dans le pilotage MAIA

« Le département veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les centres locaux d'information et de coordination mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 et les institutions et les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. » (Article L113-2 du CASF).

MAIA, processus et mécanismes (source : CNSA)

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

MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. L'intégration conduit tous les acteurs à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

3 mécanismes interdépendants :

- **La concertation**, qui permet de décloisonner les différents secteurs et de construire un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables des services d'aide et de soins.
- **Le guichet intégré**. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.
- **La gestion de cas**. Pour les personnes âgées en situation complexe, un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas (c'est là une nouvelle compétence professionnelle). Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Ce faisant, il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire. Pour chaque dispositif MAIA, 2 à 3 gestionnaires de cas sont recrutés.



3 outils qui permettent d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes, et de s'assurer que l'ensemble des besoins est couvert :

- **Le formulaire d'analyse multidimensionnelle** (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle – le ResidentAssessment Instrument-Home Care (RAI-HC) (utilisé par les gestionnaires de cas).
- **Le plan de service individualisé (PSI)**. C'est un outil de gestion de cas servant à définir, à planifier et à suivre de manière cohérente et continue l'ensemble des interventions assurées auprès d'une personne âgée en situation complexe.
- **Le système d'informations partageables** entre les professionnels du territoire dans un objectif de continuité des parcours de vie des personnes.

MAIA, une méthode soutenue par des moyens pour conduire la démarche d'intégration des services d'aide et de soins sur les territoires.

Pour mettre en œuvre concrètement cette politique publique novatrice sur les territoires, la CNSA a déployé progressivement entre 2011 et 2016 des dispositifs (moyens humains – pilotes MAIA et gestionnaires de cas et une enveloppe financière dédiée).

MAIA est désormais une réalité et couvre 85% du territoire national³.

Au 1^{er} janvier 2017, 352 dispositifs sont financés à hauteur de 98,6 millions d'euros pour 2017 par la CNSA au titre de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), près de 300 pilotes recrutés au niveau local et plus de 1000 gestionnaires de cas en poste.

C'est dans ce contexte que la CNSA a lancé l'évaluation de MAIA en tant que méthode d'intégration dans le champ gérontologique qui s'appuie sur des dispositifs dont le fonctionnement a été aussi évalué.

MAIA, une démarche en œuvre, des mécanismes non stabilisés mais qui commencent à produire de l'efficacité sur des ajustements organisationnels et de pratiques professionnelles

Au cours de l'évaluation, des résultats concrets sont observés sur les territoires tant sur les niveaux stratégiques, organisationnels et cliniques, dont l'interdépendance est une des conditions sine qua non, d'une intégration des services d'aide et de soins, on peut citer à titre d'exemples :

1^{er} niveau : celui de l'harmonisation des politiques publiques en faveur d'une organisation cohérente des parcours, d'une gouvernance partagée et de l'ajustement de l'offre

- Implication des pilotes MAIA dans la mise en œuvre des systèmes d'information en santé sous l'égide de l'ARS (ROR, déploiement de messageries sécurisées, terminaux de coordination)

- Transformation de places d'hébergement temporaire en lits d'EHPAD d'urgence avec des modalités de financement modifiées pour répondre aux problèmes de sorties d'hospitalisation

2^e niveau : celui de la mobilisation des acteurs et de l'organisation de l'offre des services

- Rédaction de procédures formalisées et partagées entre ARS, conseil départemental et tribunal de grande instance des demandes de mise sous protection juridique

- Appui et conseil sur le plan thérapeutique des médecins traitants et possibilité de demande de consultation d'urgence via une permanence téléphonique assurée par un gériatre hospitalier

- Protocole commun de prescription d'anticoagulants en diabétologie

- Liste de professionnels libéraux intervenant à domicile

3^e niveau : celui de la coordination des interventions autour de la personne âgée

- Réunions pluridisciplinaires au domicile des personnes incluses en gestion de cas « coordonner et stabiliser »

- Soins palliatifs à domicile : accompagnement concerté entre secteurs social et sanitaire soutenu par une formation commune entre les gestionnaires de cas, les équipes territoriales des réseaux de santé (Parkinson, sclérose latérale amyotrophique).

3 - Couverture nationale au 1^{er} juin 2016, ne tenant pas compte du déploiement des 50 derniers dispositifs financés mais non encore installés.

Le cadre de l'évaluation

1 Finalités de l'évaluation formulées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Depuis la généralisation progressive des MAIA en 2011 et malgré des études cibles, la CNSA fait le constat d'une visibilité partielle des conditions de mise en œuvre des MAIA due à un décalage entre le déploiement et la mise en place d'outils de suivi et de remontées d'information des ARS vers la CNSA et exprime le besoin d'un état des lieux approfondi de la mise en œuvre concrète des MAIA. L'évaluation n'a pas comme objectif de remettre en cause l'existence des MAIA mais bien d'en comprendre les mécanismes, les processus et des déterminants au niveau de leur mise en œuvre et leur pilotage stratégique pour en améliorer l'efficacité et l'efficience.

La CNSA, maître d'ouvrage de l'évaluation nationale des dispositifs MAIA, assigne 4 finalités à l'évaluation :

1. Connaître

Restituer un **panorama raisonné de la diversité des MAIA**, de leur fonctionnement, de leurs pratiques, de leurs difficultés et de leurs réussites en tenant compte de la diversité des territoires et des contextes institutionnels. Et ce, à travers l'appui sur les **résultats disponibles de travaux de recherche** menés sur l'intégration et les MAIA en France, le **recueil de données exhaustives** (portrait statistique des MAIA : caractéristiques, moyens, et indicateurs d'action/output) et l'élaboration d'une typologie (fondée sur les facteurs les plus déterminants des résultats observés).

2. Évaluer

Mettre en évidence **les effets de la politique MAIA** (sa composante intégration et sa composante gestion de cas) sur l'organisation du système, le décroisement, la coopération au niveau territorial et au niveau clinique, la lisibilité du système pour les professionnels et pour les usagers, la continuité de l'accompagnement des personnes et de leur parcours, la facilitation du maintien à domicile. Il s'agira d'évaluer **l'efficacité perçue** de la politique.

Évaluer **l'efficience du dispositif** en rapprochant ces effets des moyens engagés.

3. Comprendre

Les observations de la CNSA et les retours de terrain témoignent d'un processus d'intégration des services globalement effectif mais lent. La CNSA et ses partenaires au sein du comité de pilotage de l'évaluation souhaitent **approfondir leur compréhension des facteurs facilitant et freinant l'intégration et la bonne mise en œuvre des MAIA, et les facteurs de performance des MAIA**, les modèles qui fonctionnent le mieux.

4. Aider à la décision, dans une dynamique prospective

La CNSA et ses partenaires au sein du comité de pilotage de l'évaluation souhaitent via cette évaluation **identifier les façons d'encourager et de faciliter le processus d'intégration** (qu'il s'agisse d'actions à mettre en œuvre au niveau de la CNSA, ou d'actions relevant des ARS ou d'autres partenaires nationaux et locaux).

La CNSA souhaite que l'évaluation résulte dans des **recommandations de mesures** pour améliorer la conception (par la CNSA) et le pilotage du dispositif (par la CNSA et les ARS), optimiser sa mise en œuvre au niveau local, renforcer sa plus-value pour les usagers et les professionnels (de tous

les secteurs), ajuster ses modalités d'allocation des ressources, faire évoluer le cahier des charges national.

Des politiques d'intégration se déploient progressivement dans d'autres champs, notamment le handicap¹⁹. Il s'agira donc aussi **d'éclairer ces politiques publiques plus récentes et en cours de conception**, l'évaluation des MAIA pouvant constituer une forme de retour d'expérience et éclairer les conditions de pertinence et de faisabilité d'une extension ou adaptation du modèle.

2 Méthodologie

Note de lecture : le rapport fait mention de MAIA, il s'agit de la méthode, et des ou de la MAIA, il s'agit des ou du dispositif (territoire(s) porteur(s), pilote(s), gestionnaire(s) de cas).

Points de vigilance et limites de l'évaluation

MAIA est **un dispositif récent, déployé de manière progressive**, de 2011 à 2016, via les appels à projets lancés par les ARS.

Si MAIA est encadré par un cahier des charges, le contexte de déploiement a évolué tant en termes législatifs qu'en termes de stabilisation des outils.

Il n'existe pas de déploiement antérieur de la méthode sur le territoire national. Le modèle est insuffisamment abouti à ce stade en France pour avoir un point de repère stabilisé (dispositif témoin). La comparaison avec des dispositifs internationaux est peu pertinente car les systèmes de santé sont différents.

La temporalité du déploiement des MAIA

Les changements qu'implique la méthode nécessitent de la pédagogie afin d'assurer l'adhésion de chacun et c'est un processus dont la temporalité doit s'adapter au contexte.

En conséquence, les niveaux de maturité ne sont pas identiques d'un dispositif MAIA à l'autre.

Les situations complexes : une définition qui reste floue

L'acception des situations complexes peut être différente d'une MAIA à l'autre. Les critères d'inclusion en gestion de cas hétérogènes vont en partie dépendre de l'environnement, de la capacité et de l'antériorité des acteurs à repérer et accompagner par les ressources existantes ce type de situations. Ces particularismes peuvent influencer sur la gestion de cas.

L'hétérogénéité des MAIA

Il n'existe pas de MAIA « type » mais bien une diversité de MAIA caractérisée par :

- leur porteur ;
- des territoires divers : des échelons territoriaux infra ou départementaux (ruraux, urbains, semi-urbains), une socio-démographie différentes en termes de personnes âgées ; la prévalence des situations complexes ; la présence ou non de ressources
- la réalité des dynamiques préexistantes ;
- etc.

Les facteurs exogènes à MAIA

Ces facteurs peuvent être obstacles et facilitateurs au déploiement des MAIA, à leur mise en œuvre. Ils peuvent être de différentes natures : positionnement institutionnel ; co-existence ou non d'autres dispositifs de coordination (les CLIC notamment, mais aussi initiatives locales de coordination et de coopération) ; logiques concurrentielles ; disponibilité des acteurs ; démarche et niveaux d'appropriation de la méthode par les acteurs ; niveau de ressources. Par ailleurs, l'expérimentation de PAERPA ou la mise en œuvre de PTA rajoutent des dispositifs à un système qui n'est pas encore stabilisé.

Les constats énoncés ci-dessus nous ont amenés à proposer une démarche qui s'appuie :

- 1/ sur le cadre déterminé par le cahier des charges national MAIA, car il est commun et s'impose à tous : dimension de la conformité ;
- 2/ sur une approche systémique de l'intégration et la mise en œuvre de la méthode sur les territoires considérés comme systèmes locaux d'acteurs et d'actions : dimension de l'efficacité.

Limites de l’approche méthodologique retenue

La méthodologie retenue en relation avec le cahier des charges de l’évaluation proposé par la CNSA a défini un périmètre d’investigation axé sur la méthode à travers l’interrogation des pilotes et des représentants institutionnels des ARS et conseils départementaux.

Cette approche ne nous a pas permis d’interroger de manière exhaustive les professionnels du premier recours de même que les représentants des services d’aide et de soins.

Ces professionnels ont été cependant rencontrés lors des phases d’observations monographiques afin de comprendre en quoi, de leur point de vue, sur un territoire singulier MAIA apportait une plus-value ou non et pouvait répondre à leur besoin et ceux des personnes.

L’absence d’indicateurs consolidés au niveau national, la progressivité du déploiement et le développement en cours des systèmes d’information en santé ne permettent pas de documenter les impacts de la méthode sur le parcours des personnes âgées en perte d’autonomie.

Conduite de la démarche d’évaluation

La démarche d’évaluation a été conduite en 5 phases, de décembre 2015 à janvier 2017, s’appuyant chacune sur une modalité de recueil et d’analyse qualitative ou quantitative.

La démarche est itérative, et l’avancée de l’évaluation, bien que construite sur des outils préalablement formalisés, consiste en des allers-retours entre conceptualisations, indicateurs et données empiriques.

Une phase de cadrage de l’évaluation

Phase exploratoire, elle a été réalisée de décembre 2015 à janvier 2016 sur la base d’entretiens auprès de 5 personnes qualifiées, d’une analyse documentaire et l’élaboration d’un diagramme logique d’impacts escomptés permettant de chaîner les processus prescrits par MAIA.

À travers la phase exploratoire, l’équipe d’évaluation a questionné la logique qui a présidé à la méthode d’intégration, la transposition du modèle en France, les facteurs déterminants du succès de la méthode et les effets escomptés, la diffusion du modèle à d’autres politiques publiques, les points de vigilance à observer lors de l’évaluation.

Les données issues de l’exploitation des références documentaires et des entretiens exploratoires auprès de personnes qualifiées ayant une approche historique, pratique et théorique du déploiement de la méthode d’intégration des services d’aide et de soins aux personnes âgées en perte d’autonomie ont permis une reformulation de la théorie d’action de MAIA, la formulation d’hypothèses et la retenue d’un cadre d’analyse des résultats.

Sur ces éléments, l’équipe d’évaluation a élaboré le référentiel d’évaluation.

Une phase d’enquête exhaustive auprès de l’ensemble des MAIA (pilotes)

Cette phase a été conduite de février à avril 2016 par :

- l’exploitation de 215 rapports d’étape des dispositifs MAIA portant sur l’année 2014 obtenus grâce au concours des référents MAIA des ARS ; 90 variables ont été isolées et analysées ;
- une enquête exhaustive auto-administrée en ligne auprès des pilotes MAIA composée de 129 questions de différents types. 234 pilotes ont répondu sur 278 sollicités, soit un taux de réponse de 84,2%.

L’exploitation des données de l’enquête exhaustive auprès des pilotes et des rapports d’étape 2014 ont permis d’identifier l’émergence de thématiques, processus, logiques et d’affiner les hypothèses de départ pour conduire les phases qualitatives d’investigation auprès des ARS et des conseils départementaux.

L’élaboration d’une typologie des dispositifs MAIA

L’objectif de la typologie est de refléter la diversité des modalités organisationnelles des MAIA au regard des critères de différenciation jugés pertinents et d’identifier des territoires à observer dans la phase monographique.

La typologie a été construite en utilisant la méthode de l’Analyse Factorielle des Correspondances (AFC).

129 questions émanant de l’enquête auprès des pilotes ont été analysées afin d’identifier les variables les plus représentatives et discriminantes : 67 variables inhérentes à la conformité et à l’efficacité de MAIA ont été isolées, recodées et intégrées dans le modèle statistique support de la typologie.

Le contenu de la typologie permet de proposer :

Un positionnement relatif des MAIA : *il ne s’agit pas de caractériser les dispositifs via une échelle d’efficacité, mais de proposer un positionnement des dispositifs MAIA les uns par rapport aux autres, en reliant l’efficacité perçue comme la plus importante à un ensemble de critères.*

Une analyse de corrélation... non de causalité : *les critères de différenciation sont statistiquement liés aux modalités organisationnelles de MAIA. Toutefois, la typologie ne permet pas de définir le sens de la causalité entre ces éléments.*

Une photographie à un moment précis : le modèle statistique utilise comme source d’information les réponses apportées à l’enquête réalisée en mars 2016. Il rend donc un portrait fidèle des modalités de déploiement à date.

Une phase d’enquête qualitative auprès des 17 référents MAIA des ARS et de 11 conseils départementaux représentatifs des territoires.

L’enquête a été réalisée auprès des référents MAIA des 17 Agences régionales de santé (ARS), sur la base des nouvelles régions, entre avril et juin 2016 et de 11 représentants des conseils départementaux, entre mai et septembre 2016.

Les entretiens semi-directifs d’une durée de 1h00 à 2h30 ont été conduits par téléphone sur la base d’un guide élaboré à partir du référentiel d’évaluation.

Les objectifs de l’enquête visaient à :

- identifier les processus opérants dans le déploiement et la plus-value MAIA ;
- identifier les conditions de pilotage MAIA et les stratégies de gouvernance favorables à MAIA sur les territoires ;
- identifier les modes d’inscription de MAIA dans une stratégie plus globale de pilotage d’actions de politique publique sur le champ des personnes âgées ;
- repérer les conditions de déploiement favorable des dispositifs MAIA.

L’animation d’ateliers de travail lors des journées nationales MAIA les 3 et 4 mai 2016 auprès des référents MAIA des ARS et des pilotes ont permis l’approfondissement de certaines questions.

Une phase d’analyse approfondie de quelques MAIA.

5 monographies de dispositifs MAIA illustrant les 4 familles issues de la typologie ont été réalisées de juillet à octobre 2016.

La démarche a été conduite *in situ* sur la base **d’une approche compréhensive et sur l’appréhension des territoires enquêtés comme système local d’acteurs.**

Autrement dit, comment un système local s’approprie la méthode et quels sont les éléments favorables d’engagement des acteurs sur chaque mécanisme ?

Quelle est la logique d’action de chacun des acteurs, de leur place, quand ils ont à faire avec et auprès de personnes âgées en perte d’autonomie sur un territoire singulier ? Quelles sont leurs raisons d’agir ? Quelle saisine de MAIA comme méthode et comme dispositif par les acteurs enquêtés ?

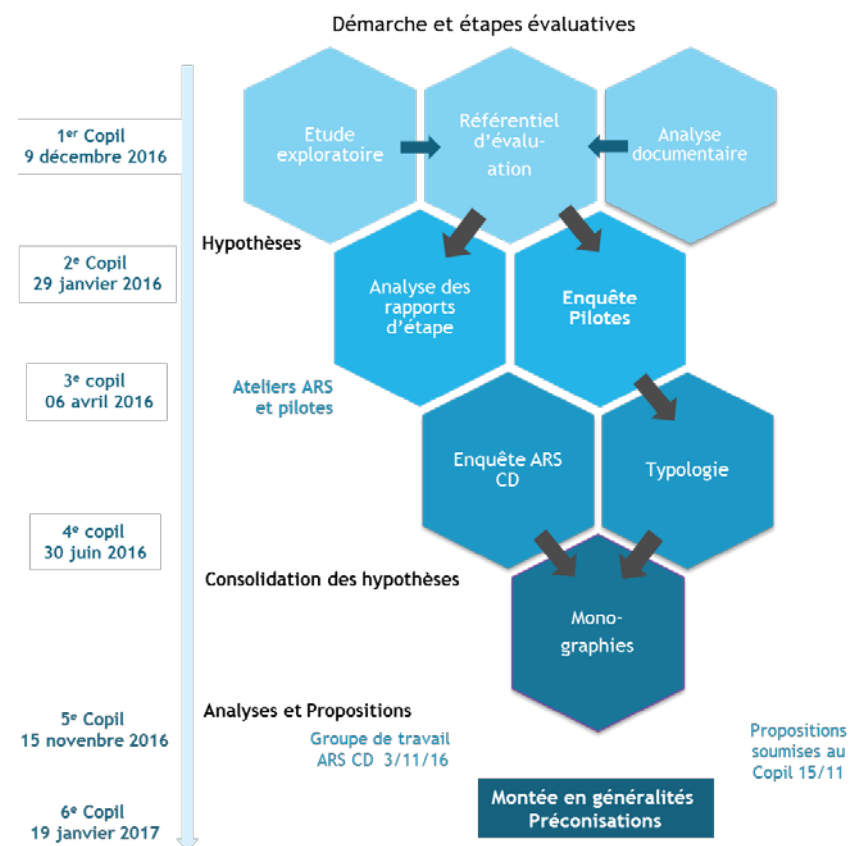
Les monographies ont visé à traiter de manière singulière et faire ressortir des spécificités de MAIA sur un territoire, puis de réaliser une consolidation des résultats de chaque terrain.

Pour compléter l'analyse, une enquête transversale a été réalisée sur la gestion de cas en termes de réponse aux besoins des personnes et comme vecteur d'intégration.

Chaque terrain a été observé sur la base d'analyse documentaire, d'un minimum de 15 entretiens auprès d'un échantillon représentatif de champs sanitaire, social et médico-social, des professionnels de premier recours et l'observation de réunions, instances ou groupes de travail.

Phase de finalisation

Cette phase est une phase de consolidation de l'ensemble des résultats issus des différentes phases et vise à répondre aux questions évaluatives et établir des recommandations.



Les résultats des phases

Les résultats de chacune des phases ont été présentés au comité de pilotage et ont donné lieu à l'écriture de rapports intermédiaires :

- Analyse documentaire
- Rapport d'enquête exhaustive auprès des MAIA et typologie
- Rapport d'enquête ARS – Conseils départementaux
- 5 monographies
- Enquête transversale Gestion de cas.

Préalablement à la rédaction du rapport final et à l'établissement des recommandations, les propositions ont été présentées en groupe de travail réunissant des représentants des Agences régionales de santé, de conseils départementaux et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elles ont été discutées et validées par le comité de pilotage du 15 novembre 2016.

3 Hypothèses, cadre d'analyse et questions évaluatives

3.1 Apports théoriques

Le paradigme d'intégration comme modèle international de l'organisation des soins et services aux personnes découle historiquement et contextuellement de plusieurs constats.

D'abord, « **l'allongement de l'espérance de vie et l'accroissement de la prévalence de problèmes sociaux et de santé de longue durée** découlant du vieillissement des populations produisent des tensions entre la dynamique de croissance des systèmes de soins et les pressions économiques que les États exercent sur leur système de soins pour équilibrer leurs budgets. Ces tensions sont néanmoins traversées par les attentes des populations envers un système qui garantirait à tous un accès libre et équitable à des soins de qualité. Les sociétés démocratiques modernes étant orientées autour de valeurs telles que l'équité, la liberté individuelle, l'efficacité, comment faire en sorte que les progrès réalisés pour l'une de ces valeurs ne se fasse pas au détriment d'au moins l'une des autres ? » (Contandriopoulos, 2001).

Pour les théoriciens de l'intégration, seul le paradigme d'intégration permettrait « de sortir de l'impasse. En améliorant l'efficacité des ressources, il rend possible le maintien de l'équité et le respect des libertés individuelles » (Contandriopoulos, 2001).

Le paradigme de l'intégration est donc d'abord énoncé comme **un outil politique et gestionnaire destiné à orienter les pratiques dans le but d'atténuer les tensions qui résultent des objectifs d'efficacité et des nécessités d'équité en réponse à l'allongement de la vie, à la chronicité des états qui exige de passer d'un modèle hospitalo-centré à un modèle ville-hôpital.**

De fait, il invite à repenser le rôle et les fonctions des grands groupes d'acteurs d'un système de soins (professionnels cliniciens, gestionnaires, politiques, offre privée marchande, patients et usagers) ainsi que leurs logiques spécifiques de régulation.

Contandriopoulos note par ailleurs 5 dimensions principales à l'intégration :

1. **l'intégration des soins** visant à coordonner les pratiques cliniques autour d'une personne ;
2. **l'intégration médicale** où il est noté que « la participation des médecins aux équipes cliniques de l'intégration est une condition de réussite de l'intégration des services » ;
3. **l'intégration normative** qui vise à s'assurer de la cohérence des représentations entre les acteurs et les modalités d'organisation du système intégré ;
4. **l'intégration fonctionnelle** consiste à créer des conditions qui permettent le fonctionnement durable des équipes intégrées. Pour cela l'intégration fonctionnelle doit viser à articuler une cohérence entre les financements, les systèmes d'information et les modalités de gestion des réseaux « elle vise à créer les conditions d'une gouvernance commune...de manière à fonctionner comme un seul système » ;
5. **l'intégration systémique** qui implique que « les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local ».

Une intégration clinique portée par les professionnels ne peut donc être ni effective ni durable si elle est confrontée à des obstacles situés à d'autres niveaux d'action, « en particulier au niveau des principes organisateurs du système de soins ».

La nécessaire prise en compte des spécificités d'un système local de soins et de ses enjeux demeure conditionnée à un cadre organisationnel normatif, organisationnel et procédural qui se doit d'être favorable au développement de l'intégration clinique.

Sur ce point, **c'est la notion de durée du processus d'intégration qui est pointée**. Par exemple, un projet pilote local ne peut être évaluable que si l'on repère aussi des processus d'intégration produits à d'autres niveaux qu'au seul niveau de la dynamique locale des professionnels cliniciens.

Si l'intégration a vocation à réduire les fragmentations de l'offre de soins, les redondances ou les ruptures dans les parcours tout en accroissant l'efficience du système de santé et de soins, **on observe, en France, un socle structurel et institutionnel de fragmentations lié à la constitution historique de son système de santé**.

Au cours d'une recherche destinée à l'analyse du processus d'adaptation du modèle d'intégration par l'expérience Prisma en France, Y. Couturier dresse le bilan des freins produits par trois grands déterminants contextuels :

- « 1) la politisation de la gestion des services
- 2) le caractère concurrentiel du système
- 3) Son inscription dans une tradition bismarckienne ».

Cette tradition, fondée sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle est très différente de la tradition beveridgienne du Québec (Couturier et al, 2009) : dans la tradition bismarckienne, l'accès aux services est conditionné par la présence de plusieurs régimes « à fondements administratifs plutôt que cliniques » et l'accès au service est conditionné par l'ouverture préalable de droits.

D'une part, **il existe en effet une pluralité de logiques de financement avec une diversité de systèmes prescrivant l'accès aux services** : « le clinicien se devra donc de lire le cas clinique au regard de ces systèmes normatifs pour savoir qui paiera la prestation de services. Cette condition décentre les cliniciens d'une lecture strictement clinique des besoins et provoque chez les acteurs des stratégies d'adaptation qui suscite une ambiance de concurrence. » (Couturier et al).

D'autre part, **l'action publique en matière gérontologique est « fortement éclatée »** (entre la Direction générale de l'offre de soins, la Direction générale de la cohésion sociale, la Direction de la sécurité sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse..) ce qui contribue à la complexité du système et à ses fragmentations bien que le législateur cherche à limiter sa portée par la création de structures de coopération dont l'objectif est de « favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés » (art. L312-7 du CASF).

Par exemple, il s'agit de donner la possibilité aux établissements d'hospitalisation à domicile d'intervenir dans les structures médico-sociales (Article R6121-4-1 du CSP) ou de proposer de nouveaux régimes d'organisation tels que les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD).

La personne âgée se trouve ainsi le plus souvent « aux prises avec une raison administrative prévalant bien souvent sur la raison clinique et la dispersion des responsabilités qui fait que l'offre de services est peu lisible pour l'usager mais aussi, dans une certaine mesure, pour les cliniciens ». (Y. Couturier, 2009)

Les fragmentations structurelles et historiques du système français constitue son **« sentier de dépendance »** (B. Palier, 2005), c'est-à-dire « un processus continu d'institutionnalisation qui s'incarne dans des organisations, des dispositifs et ultimement dans des pratiques professionnelles » et auquel **toute innovation, le paradigme d'intégration en étant une, se confronte**.

Comment concrètement va se déployer le modèle d'intégration dans ce contexte de fragmentation du système de santé français ?

En 2009, suite à la première phase d'expérimentation Prisma France, une analyse de réceptivité du modèle a fait l'objet d'une enquête avec des entretiens auprès de trois groupes d'acteurs : les acteurs stratégiques (décideurs), tactiques (gestionnaires) et opérationnels (cliniciens), l'hypothèse étant que la réceptivité des acteurs à l'innovation (un nouveau modèle) est conditionnée par le sentier de dépendance de son système de santé.

Il en ressort que chez les acteurs tactiques et opérationnels, le principe de coordination fait l'objet d'une meilleure réceptivité, « plus immédiate », que celui d'intégration parce qu'il se fonde sur l'autonomie des partenaires alors que celui d'intégration paraît plus directif « en raison de son intention de systématisation et de sa velléité de transformation du rapport entre offres de service/besoins de service et droits d'accès aux services », et de la proposition d'outils plus standardisés et communs, donc à vocation intégratrice.

Mais **la coordination demeure restreinte à la bonne volonté d'acteurs et elle est contractualisée le temps que dure les ententes**.

Enfin, la fonction de gestionnaire de cas peut apparaître comme non légitime pour conduire une action qui engage les autres membres. Au moment de l'enquête sur la réceptivité du modèle d'intégration suite à l'expérimentation Prisma France, le gestionnaire de cas « apparaît moins gestionnaire dédié à l'intégration des services que clinicien dédié au cas clinique » (Y. Couturier, 2009).

Les ARS de leur côté ont changé de rôle : en devenant responsables du pilotage des MAIA en 2011 au niveau régional, elles ne sont plus un partenaire comme les autres « à qui on demande de s'intégrer au même titre qu'on demande au conseil départemental de s'intégrer » (D. Somme) mais deviennent un organisme de contrôle et de suivi.

« Or la logique de la table stratégique est d'amener les acteurs qui y participent à faire aussi de l'intégration et non à suivre ce que font les autres. » (D.Somme).

Au-delà de ces changements liés à des modifications de rôles, de financements et de formation avec la phase de généralisation, on peut aussi émettre l'hypothèse plus générale que la **durée d'existence d'un dispositif MAIA conditionne les processus et les réalisations que les acteurs mettent en œuvre**.

Cette durée peut être un facteur de segmentation pour aboutir à des typologies concernant des dynamiques d'intégration.

Le processus d'intégration est-il toujours vécu comme rajoutant de la complexité par « une strate d'organisation supplémentaire » à une organisation déjà compliquée ou bien est-il plutôt, et selon quels contextes et dynamiques, en voie de normalisation auquel se rajouterait aujourd'hui d'autres strates organisationnelles ?

On pense ici au dispositif PAERPA (Parcours de santé des Aînés) initialement destiné à faire des paiements au parcours selon les préconisations du Rapport du Haut-Commissariat à l'Assurance Maladie et « à ajouter la dernière pierre qui manque au dispositif MAIA, soit l'intégration financière » (extrait d'entretien D. Somme).

Mais ce dispositif semble aujourd'hui expérimenté de manière séparée des dispositifs MAIA. De même, on peut s'interroger sur les rôles pris par les CLIC ou les réseaux de santé⁴, acteurs initiaux de la coordination, inscrits dans les territoires MAIA.

4 - La Lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n° 2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques précise leur objectif général commun qui est d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées : par une approche globale et personnalisée des besoins des personnes âgées ; en mobilisant les ressources des champs sanitaire, médico-social et social ; en associant prévention, accompagnement social et soins et différencie leur rôle respectif : garantir la cohérence, la lisibilité et l'ancrage territorial des politiques publiques en direction des personnes (CLIC de niveaux 2 et 3) - faciliter l'accès aux soins et garantir la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge globales des personnes âgées (réseaux).

Pour les analystes du modèle d'intégration dans le système français, « **il y a trop d'innovations, pas assez de consolidation des innovations** » (Y. Couturier). De fait on peut observer « **des concurrences d'innovations** » (D. Somme).

Comment est **vécue la superposition des dispositifs dans un contexte qui souhaite faire de l'intégration un nouveau paradigme** des prises en charges des personnes âgées et/ou atteintes de maladies chroniques ou d'affections de longue durée. En quoi le « millefeuille » produit-il de la complexité freinant les processus de la méthode d'intégration ?

L'hypothèse principale est qu'il faut examiner les processus qui font passer de la coordination à l'intégration via ses 3 mécanismes et 3 outils princeps (gestion de cas, concertation, guichet intégré, plan de service individualisé, outil d'évaluation multidimensionnel et système d'information partagé) et selon les dynamiques locales.

En effet, au niveau théorique, **on ne peut penser l'intégration que « contextualisée »** (Contandriopoulos, 2001) par son système clinique de professionnels, son système de gouvernance formé de gestionnaires, de modes de financement et de systèmes d'information, et enfin par son système axiologique, c'est-à-dire les référentiels de valeurs (« les schèmes interprétatifs qui permettent aux acteurs de communiquer entre eux par le fait même de coordonner leurs actions et de coopérer »).

Ces trois systèmes interdépendants (professionnels, gouvernance et valeurs) constituent le champ à travers lequel se font ou se défont « les efforts d'intégration ». La dimension territoriale, avec ses dynamiques préexistantes et ses jeux d'acteurs interdépendants est aussi une dimension à part entière de l'évaluation.

3.2 Cadre d'analyse retenu

Selon la littérature théorique sur l'intégration (Contandriopoulos, 2001) pour qu'il y ait intégration, il faut que ces trois entrées (verticale, horizontale, et de territoire) soient réunies. L'intégration diffère de la coopération locale qui tient uniquement compte de l'historique d'un certain volontarisme local pré-existant (le réseau) au niveau des acteurs ce que l'axe territorial (compris comme un système local d'acteurs préexistant à la MAIA) permet en partie d'évaluer.

Trois niveaux de coordination sont évoqués⁵ :

- 1- **Celui du patient ou de la personne**, avec l'entourage et tous les professionnels en charge des soins et de son accompagnement (niveau micro ou individuel). C'est le niveau opérationnel ou clinique.
- 2- **Celui de la structure ou du dispositif** de prise en charge (tous les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, ainsi que les entités en charge de l'accueil, de l'information, de la coordination, de l'évaluation des besoins des personnes (niveau méso) - c'est la question de l'organisation du travail.
- 3- **Le niveau institutionnel** (niveau macro), qu'il soit local (ville, département ou région) ou national. C'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé.

La cadre d'analyse s'appuie sur ces entrées et **niveaux de déploiement de la MAIA** :

1. Un niveau vertical : l'échelle d'intégration verticale (*top-down* et *bottom-up*) dans l'implantation de la MAIA

- À partir d'un cadre national, comment s'opère la mise en place des processus décrits ? Quels sont les apports/adaptations des systèmes locaux à la méthode proposée par le cahier des charges ?
- Quelles sont les modalités d'exercice de la chaîne de pilotage national/régional et départemental ? (la notion d'Aider à advenir décrite par les chercheurs est sous-jacente à cette question) ;

5 - Dir. Marie-Aline Bloch, La coordination dans le champ sanitaire et médico-social Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles Etude réalisée pour la Fondation Paul Bannetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Paris, Février 2011

- Comment chacun des niveaux agit-il favorablement sur le déploiement de la méthode (sur la planification, sur les établissements et services, sur les professionnels de l'aide et du soin aux personnes âgées) ?

2. Un niveau horizontal : l'échelle d'intégration horizontale du processus, comme éclairage de la coresponsabilité

- Au niveau du pilotage, quelle cohérence institutionnelle de même niveau (national, régional, territoriale) ?
- Comment les acteurs représentant les établissements et services sanitaires et médico-sociaux s'engagent dans une entente formelle (organisation du système d'information et d'orientation ; outils partagés ; complémentarité entre dispositifs d'un même territoire) ?
- Comment les acteurs professionnels de l'aide et du soin s'engagent dans une entente formelle (gestion de cas ; outils partagés) ?

Ces analyses croisées nous permettront à travers la description des process en œuvre sur les territoires d'identifier les niveaux d'interdépendance des mécanismes : par exemple, effet des décisions prises en table stratégique sur les établissements et services/professionnels (intégration verticale/coordination organisationnelle).

3. Un niveau territorial : l'analyse par le territoire comme système d'action local

Le territoire est un élément d'analyse transversale de l'implantation de la méthode. Au-delà d'une description quantitative, le territoire sera abordé comme un système d'action local ayant un vécu, une historicité dans les relations entre acteurs (aux 3 niveaux : institutionnels ; organisationnels et cliniques).

- Comment s'est construit le territoire d'intervention MAIA ?
- Quelle prise en compte des dynamiques locales antérieures à l'implantation d'une MAIA ?
- Comment le territoire en tant que système d'action local a-t-il été pris en compte dans le processus d'implantation et dans l'action des dispositifs MAIA ?

4. Un niveau d'entrée par les mécanismes et les outils de MAIA

- La mise en œuvre des 3 mécanismes de MAIA et leur niveau d'interdépendance : concertation, guichet intégré et gestion de cas et les 3 outils prévus au cahier des charges : l'outil d'évaluation multidimensionnelle standardisée (OEMD), le plan de service individualisé (PSI) et le système d'information partagé (SIP).
- Quelle mise en œuvre, ou pas (ou partiellement), et comment les échelles d'intégration verticale et horizontale ont-elles joué un rôle dans l'opérationnalisation des outils ?

Enfin, une mise en perspective sera réalisée avec d'autres éléments explicatifs du processus d'intégration :

- **L'appropriation des concepts par les acteurs** : la capacité de l'ARS, du pilote et du porteur du dispositif MAIA à créer un cadre de mise en œuvre de la méthode garantissant ses grands principes et s'adaptant aux contextes locaux sera observée ainsi que son opérationnalisation. Autrement dit quels sont les intentions politiques exprimées, les engagements pris et l'effectivité de leurs mises en œuvre.
- **La temporalité de déploiement du dispositif** (la bonne temporalité étant estimée à 3 ans dans la littérature) ; aussi l'ancienneté du dispositif sera à prendre en compte sur la mise en œuvre des mécanismes et outils et dans une analyse comparative.
- **Le pilote** : sa légitimité sur le territoire qui sera renseignée par les processus (lettre de mission cosignée, feuille de route validée notamment) – sa fonction d'alimentation des tables de concertation (rôle d'ascenseur et de rouage entre mécanismes).
- **Les outils** soutenant et supports de la méthode sur les 3 mécanismes et leur niveau de réalisation, d'appropriation et dans la mesure des données disponibles.

À travers ces trois principales entrées d'analyse (verticale, horizontale, territoriale) du processus d'intégration croisées aux 3 niveaux de coordination (institutionnelle, organisationnelle et collective), l'évaluation doit permettre d'identifier les conditions qui se sont avérées favorables ou défavorables à l'implantation de la méthode.

4 Le référentiel d'évaluation

Le cahier des charges national des dispositifs MAIA (Décret no 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) est positionné comme l'élément référent de l'évaluation.

De fait, il constitue une base réglementaire commune à l'ensemble des dispositifs.

La démarche évaluative vise à caractériser les relations entre l'application d'une même méthode à la singularité des contextes locaux et la considération de l'impact des évolutions du cadre national depuis la généralisation intervenue en 2011.

L'objectif d'évaluation peut s'énoncer globalement ainsi :

Dans quelle mesure, au bout de cinq années de déploiement des dispositifs MAIA, à l'issue de la phase expérimentale, on parvient à faire de l'intégration, plus ou moins et selon quels processus, leviers et freins ?

L'intégration est-elle toujours reçue par les acteurs comme une « coordination visant à animer de façon plus intense les pratiques collectives » ou bien aboutissons nous réellement à réduire la complexité du système de manière plus pérenne ce qui est au fondement de l'intégration ?

Pour répondre à cet enjeu global, le référentiel d'évaluation a été construit autour de 2 entrées principales :

Le contexte et l'environnement du déploiement et d'implantation de MAIA : identifier les facteurs favorables en termes de pilotage (chaînage de décisions CNSA – ARS - MAIA, repérer les éléments discriminants en termes de territoire comme système local et la réceptivité de la méthode, analyser les effets de temporalité, identifier les apports du diagnostic réalisé par les pilotes sur l'implantation de MAIA).

Le fonctionnement de MAIA à travers ses mécanismes et outils : comprendre les modes de négociation, d'organisation, de fonctionnement entre acteurs sur les 3 niveaux de coordination et repérer les facteurs et conditions d'adhésion, de participation et d'engagement et identifier les critères discriminants pour un déploiement optimal d'un dispositif MAIA.

Ces deux axes ont été examinés sur deux dimensions :

La dimension de la conformité : repérer les adaptations de la méthode liées aux contextes locaux

La dimension de l'efficacité : identifier sur chaque mécanisme les éléments d'efficacité et comment l'interdépendance des mécanismes a soutenu cette efficacité en termes de lisibilité des ressources, d'accès aux services etc.

L'efficience de MAIA compte tenu d'un déploiement progressif des dispositifs sur 5 ans et de l'inexistence d'indicateurs d'impact n'est pas mesurable à ce stade.

Le référentiel d'évaluation se compose de 7 grands questionnements associés à plusieurs indicateurs correspondants à des questions fermées, numériques, ouvertes alimentées par les différentes phases.

I. Le contexte et les conditions de déploiement et d'implantation de MAIA

1. En quoi les différents niveaux de pilotage et leurs articulations influencent-ils le déploiement MAIA ?

- 1.1 Dans quelle mesure la stratégie de déploiement du dispositif est-elle formalisée et partagée ?
- 1.2 Dans quelle mesure les modalités de pilotage de l'ARS constituent-elles un avantage pour l'implantation MAIA sur un territoire ?
- 1.3 Dans quelle mesure les modalités d'animation et de pilotage de la CNSA constituent-elles un avantage pour l'implantation MAIA sur un territoire ?
- 1.4 Dans quelle mesure les différentes actions de politiques publiques nationales en faveur des personnes âgées constituent-elles un facteur favorable au déploiement MAIA ?

2. En quoi les conditions de déploiement MAIA influencent-elles son fonctionnement ?

- 2.1 Dans quelle mesure les caractéristiques du territoire sont-elles un facteur favorable du déploiement MAIA ?
- 2.2 Dans quelle mesure la dynamique partenariale a-t-elle une influence sur le déploiement MAIA, a-t-elle évolué ?
- 2.3 Dans quelle mesure la temporalité du déploiement des mécanismes MAIA sur le territoire a-t-elle une influence sur l'efficacité MAIA ?
- 2.4 Dans quelle mesure le diagnostic organisationnel du territoire et la promotion du dispositif soutient-il le déploiement MAIA ?

3. Les caractéristiques et le positionnement du porteur sont-ils des éléments favorables au déploiement MAIA ?

- 3.1 Dans quelle mesure le processus portant sur le choix du porteur MAIA est-il conforme au CDC ?
- 3.2 Dans quelle mesure les caractéristiques du porteur sont-elles un élément favorable du déploiement MAIA ?
- 3.3 Dans quelle mesure le positionnement organisationnel du dispositif au sein des activités du porteur est-il un facteur d'efficacité MAIA ?
- 3.4 Dans quelle mesure les moyens du porteur sont-ils un facteur d'efficience MAIA ?

4. Les caractéristiques et les conditions d'exercice du pilote sont-elles des éléments favorables au déploiement MAIA ?

- 4.1 Dans quelle mesure le profil du pilote est-il conforme au profil du CDC et influence-t-il le déploiement ?
- 4.2 Dans quelle mesure les conditions d'exercice du pilote sont-elles un facteur du déploiement MAIA ?
- 4.3 Dans quelle mesure le positionnement du pilote est-il facilitateur du déploiement de la méthode ?

II. Le fonctionnement de MAIA à travers ses mécanismes et outils

5. Le mécanisme de concertation produit-il les effets attendus de MAIA en termes de coresponsabilité des acteurs et d'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées ?

- 5.1 Dans quelle mesure le fonctionnement de l'instance de concertation est-il conforme au CDC ?
- 5.2 Quels sont les effets de la concertation sur les attendus de MAIA ?
- 5.3 Dans quelle mesure la concertation est-elle un facteur favorable de la mise en œuvre MAIA ?

6. Quels sont les facteurs favorisant l'opérationnalisation du guichet intégré et ses effets produits en termes de lisibilité de l'offre et de réponses aux besoins ?

- 6.1 Dans quelle mesure la stratégie de mise en place du guichet intégré est-elle conforme au CDC et guide méthodologique CNSA ?
- 6.2 Dans quelle mesure les acteurs du territoire adhèrent-ils au guichet intégré ?
- 6.3 Dans quelle mesure l'objectif de simplifier le parcours des personnes est-il atteint ?

7. En quoi la mise en œuvre de la gestion de cas favorise-t-elle le maintien à domicile dans de bonnes conditions des personnes en situation complexe et contribue-t-elle aux décisions tactiques et stratégiques ?

- 7.1 Dans quelle mesure le mécanisme de gestion de cas est-il conforme au CDC ?
- 7.2 Dans quelle mesure les outils et process utilisés en gestion de cas permettent-ils d'assurer les 3 missions inhérentes à la gestion de cas (coordination des interventions, suivi intensif, remontée des dysfonctionnements) ?
- 7.3 Quels sont les bénéfices de la gestion de cas observés sur les personnes suivies ?

Réponses aux questions évaluatives et établissement des recommandations

Le contexte et l'environnement du déploiement et d'implantation de MAIA

1 En quoi les différents niveaux de pilotage et leurs articulations influencent-t-ils le déploiement MAIA ?

Éléments de questionnement

Depuis l'inscription de MAIA dans le Plan Alzheimer, nous chercherons à identifier les facteurs favorables et défavorables relatives au pilotage MAIA.

La dimension du pilotage rejoint la dimension systémique de l'intégration, « l'intégration systémique renvoie à l'idée que l'on peut parler d'intégration dans le système de soins à plusieurs niveaux; pour qu'il y ait intégration à un niveau donné (une organisation, un territoire local, une région, une entité multirégionale, ...), il faut que l'on ait, pour chaque dimension de l'intégration, une cohérence avec les autres niveaux. » (Contandriopoulos et al. 2000)

Le questionnement porte à la fois sur une échelle verticale sur le chainage de décision nécessaire pour agir sur l'organisation du système d'aide et de soins au-delà de la simple entente entre professionnels (CNSA, ARS, conseils départementaux) et sur une échelle horizontale, comment au niveau national, régional et départemental, les différentes organisations et la conduite de la mise en œuvre des actions participent-elles au projet d'intégration ou au contraire contreviennent à celui-ci, dans un contexte législatif en évolution avec les récentes lois de santé et ASV (cf. préambule).

1.1 Dans quelle mesure la stratégie de déploiement du dispositif est-elle formalisée et partagée ?

Les premiers dispositifs MAIA post expérimentation se sont généralisés après 2011 et déployés progressivement de 2011 à 2016 selon les crédits alloués par la CNSA aux ARS.

Une stratégie du déploiement MAIA comme méthode d'intégration freinée par une confusion introduite par le libellé initial MAIA et une temporalité incertaine.

Introduite par la mesure 4 du plan Alzheimer « Labellisation sur tout le territoire de "portes d'entrée unique" les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) », l'évocation de MAIA maison vs méthode est évoquée comme frein au déploiement et à l'appropriation de la notion d'intégration par les référents MAIA des ARS.

Enquête exhaustive ARS-Conseils départementaux

« Ça a été très long, au départ le sujet a été initié dans le cadre du plan Alzheimer comme un dispositif et non pas comme une méthode pour améliorer le parcours personnes âgées. »

De ce fait, si MAIA est mentionnée dans les documents stratégiques des ARS de la génération 2011-2012, les stratégies et les finalités de l'intégration sont très peu formalisées, **MAIA étant positionnée plus généralement comme une mesure du Plan Alzheimer, un dispositif ou un moyen de coordination ou un guichet unique.**

Plus rarement (3 ARS), MAIA est présentée comme **une stratégie d'intégration faisant interagir les 3 niveaux clinique, organisationnel et stratégique ce qui est estimé comme favorable.**

Exemple

Le Plan stratégique régional de santé (PSRS) Haute-Normandie, un exemple de formalisation de la stratégie d'intégration.

Le document stratégique positionne **le déploiement MAIA comme** « la mise en place d'une nouvelle gouvernance de l'organisation des parcours dans les territoires avec l'installation des MAIA » qui s'inscrit dans une approche territoriale, une approche transversale par filière de soins ou parcours de santé et par la concertation.

Le SROSM indique en référence à la définition de l'intégration de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁶ : « Une nouvelle gouvernance de l'organisation des parcours est portée par la région avec le choix de la généralisation progressive des méthodes d'action pour l'intégration des acteurs afin de favoriser la cohérence des politiques et des interventions auprès des usagers »

Il précise trois niveaux d'intervention :

« 1^{er} niveau : celui de l'harmonisation des politiques publiques en faveur d'une organisation cohérente des parcours, d'une gouvernance partagée [...] »

2^e niveau : celui de la mobilisation des acteurs et de l'organisation de l'offre des services à l'échelle des territoires de parcours au sein d'instances permettant de construire de nouvelles réponses [...] (tables territoriales de l'autonomie pour les personnes âgées)

3^e niveau : celui de la coordination des interventions avec la personne et sa famille (mise en place de guichets intégrés pour les personnes âgées dans le cadre des MAIA). »

Le protocole signé entre l'ARS Haute-Normandie et le Département de Seine-Maritime pour un pilotage partagé de l'organisation des parcours des personnes âgées représente un exemple du portage stratégique de l'intégration.

Une absence de lisibilité sur la temporalité du déploiement vécue comme un frein.

Sur le plan général, la planification des MAIA a relevé d'une programmation « au fil du temps » en fonction des circulaires annuelles et non au travers d'une planification anticipée. De fait, la stratégie de déploiement n'a pu être établie. Cette absence d'anticipation est perçue comme une difficulté pour une mise en place cohérente et priorisée de MAIA sur les territoires, ou même de dialogue avec les conseils départementaux.

La révision des Projets régionaux de santé (PRS 2) représente pour les référents MAIA des ARS l'opportunité d'une nouvelle inscription de MAIA comme support à une stratégie d'intégration.

6 - L'intégration est définie comme un ensemble de techniques et de modèles organisationnels pour créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les acteurs des champs sanitaires, médico-social et social. A l'inverse de la coordination entre acteurs qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant - Haute autorité de santé.

Une stratégie de déploiement partagée avec les conseils départementaux sur la définition des territoires, le choix des porteurs, mais peu définie autour du principe de coresponsabilité.

Le copilotage ARS-conseils départementaux d'une politique territoriale d'intégration est considéré comme un enjeu fort et favorable à MAIA mais cet objectif reste à construire avec le besoin d'une clarification du rôle des conseils départementaux dans le cahier des charges MAIA.

Enquête ARS-Conseils départementaux

« La méthode MAIA aurait dû être mise en place différemment et confiée d'emblée à l'ARS/CD car il n'existe pas de réel copilotage avec les conseils départementaux. »

« Il n'existe pas d'instance de codécision : on se retrouve sur l'offre au niveau du suivi et au niveau technique mais pas sur la politique. »

« Le CD a été impliqué dans les phases amont au déploiement ; puis dans la mise en œuvre opérationnelle, le CD constate un "éloignement", notamment par la difficulté à rendre cohérente la gouvernance du schéma départemental avec les instances de concertation stratégique de MAIA. »

« Le CD est un partenaire privilégié mais non comme partie prenante de la gouvernance qui rattachée à l'ARS. »

Enquête ARS-Conseils départementaux

« Idéalement, la définition d'une politique conjointe santé/dépendance entre conseils départementaux et ARS par un accord formalisé entre le directeur général de l'ARS et le Président du Conseil départemental. »

Un des leviers identifiés est un portage institutionnel de l'ARS conjoint avec le conseil départemental qui inscrit l'intégration comme stratégie d'action partagée et qui légitime MAIA.

1.2 Dans quelle mesure les modalités de pilotage de l'ARS constituent-elles un avantage pour l'implantation MAIA sur un territoire ?

« Elles [Les ARS] attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés à l'article L. 113-3 du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3. » Article L.1431-2 du Code de la santé publique.

« L'Agence régionale de santé est chargée du développement des dispositifs intégrés MAIA dans sa région » conformément au cahier des charges national des dispositifs d'intégration MAIA approuvé par le décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011.

L'approche populationnelle promue par MAIA se heurte à des problématiques organisationnelles et structurelles (pilotage national et fléchages financiers différents), cloisonnement entre directions ou encore une « culture administrative vs projet » au sein des ARS **qui peuvent entraîner des logiques de concurrence.**

Le rattachement majoritaire des référents MAIA aux directions de l'offre médico-sociale est symptomatique d'un positionnement inadéquat de MAIA⁷.

7 - Ces constats rejoignent les éléments du rapport sur les Stratégies des agences régionales de santé dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA (H. Trouvé, 2013, Société française de gérontologie). « La quasi-totalité des Référents Alzheimer est rattachée à une direction « métier » relative à l'organisation de l'offre médico-sociale (n=19/21). Les temps de travail consacrés à la mission de référent Alzheimer varient de 5% à 100 ETP (n=5), avec un niveau médian à 30% ETP. 62% des Référents Alzheimer sont hiérarchiquement positionnés en interne à leur direction de rattachement à des niveaux « n-3 »/« n-4 », et 70% exercent « seul » ou en « binôme » la mission de Référent. Ces modalités de travail sont peu propices au déploiement du dispositif d'intégration MAIA. »

Enquête ARS - Conseils départementaux

« La DOMS porte MAIA, la DOS porte filière de soins, la Direction transversale porte PTA. »
« Au sein de l’agence : il y a un discours contre MAIA : la coordination doit être faite par les libéraux. »
« On voit à travers les PTA une concurrence entre réseaux et MAIA même en interne des ARS. »
« Problématique de l’approche populationnelle dans l’agence qui ne facilite pas l’approche transversale : organisation qui ne travaille pas en mode projet. »
« MAIA n’est pas une structure médico-sociale mais une méthode transverse. »
« La politique d’intégration est freinée dans son ambition par sa confidentialité au sein des ARS. »

La prise en considération de la transversalité dans le pilotage MAIA est citée comme un facteur nécessaire au déploiement à la condition qu’elle soit inscrite et comprise comme une stratégie portée par la direction générale et non pas comme un dispositif à piloter, financer et contrôler.

Exemples d’approche populationnelle au sein des ARS :

En Pays de la Loire, MAIA : un levier de l’approche populationnelle

La stratégie régionale se traduit dans les programmes territoriaux de santé des départements et dans une organisation interne transversale. Egalement, la gouvernance territoriale concernant les parcours des personnes âgées s’appuie sur les MAIA : les comités stratégiques et tactiques MAIA portent l’ensemble de la politique populationnelle en direction des personnes âgées, ce qui évite la concurrence entre dispositifs et permet la cohérence.

En Aquitaine : une approche « parcours de santé des personnes âgées »

L’ARS Aquitaine développe une approche Parcours de santé dans laquelle s’inscrit MAIA comme outil de gouvernance territoriale à l’instar des contrats de locaux de santé.

« Dans la droite ligne de la stratégie nationale de santé, qui ambitionne de réorganiser notre système de santé autour de la démarche "parcours", et pour faire face aux défis liés au vieillissement de la population, l’ARS Aquitaine a opté pour la mise en place d’une procédure de labellisation des parcours de santé "personnes âgées". »

Cette démarche s’appuie sur un objectif stratégique de reconnaissance d’organisations territoriales intégrées, favorisant le maintien à domicile des personnes âgées dans les meilleures conditions.

Une disponibilité et un temps hétérogène des référents ARS pour accompagner le déploiement des MAIA et la conduite de la démarche d’intégration.

Le temps accordé par les référents aux MAIA est très variable, inférieur à 0,1 équivalent temps plein (ETP) à 0,7 ETP et s’inclut dans une mission plus globale (exemples : dispositif personnes âgées, PMND, planification et autorisation des ESMS, « parcours personnes âgées », maintien à domicile, aidants).

Au niveau départemental, comme régional, l’insuffisance de disponibilité des référents au sein des ARS représente un frein dans le pilotage et le soutien à MAIA comme méthode et l’accompagnement du déploiement des MAIA comme dispositifs.

Monographie - Territoire E

Le référent MAIA au niveau départemental est également responsable du service personnes âgées qui représente une équipe de 8 personnes en charge de 190 EHPAD, 65 SSIAD, 5 accueils de jour autonomes, plateformes de répit et MAIA (conventionnement, évaluation, renouvellement, financement). La présence aux instances de concertation tactique de chaque MAIA du département n’est pas possible en termes de temps.

La vacance de l’ARS pour des raisons organisationnelles est considérée comme défavorable et se traduit par :

- une absence de la tenue de l’instance de concertation stratégique et une difficile mobilisation des décideurs ;
- une insuffisance de légitimité du pilote ;
- une concurrence entre acteurs sur le territoire.

Monographie - Territoire C

« En gros en 2015 il ne s’est strictement rien passé en terme de TCS locale ou départementale. C’est un constat qu’on peut faire dans d’autres sites MAIA où on a les mêmes difficultés stratégiques d’implication des acteurs. Je pense que ce sont cette feuille de route locale à décliner et ces temps réguliers d’animation des pilotes au sein de chaque département qui permet de partager, de construire et de lever les difficultés quand elles se présentent. Et là il y a pas. »

La formation MAIA dispensée par l’École des hautes études en santé publique (EHESP) est citée comme **indispensable** avec un intérêt à sa duplication auprès des agents des ARS en particulier au niveau des délégations départementales.

Les modalités de pilotage de l’ARS sont considérées comme favorables lorsqu’elles associent le niveau départemental.

L’appui de la délégation départementale de l’ARS et le soutien à l’implantation de la politique MAIA est reconnus par respectivement 43 et 44% des pilotes.

Les délégations départementales sont perçues comme relai de la politique régionale sur les territoires et comme ayant une proximité avec les partenaires.

La relation forte entre les délégations départementales et les conseils départementaux facilite le déploiement et l’implantation de MAIA permet d’aborder des problématiques remontées du territoire et donne la possibilité d’arbitrage conjoint.

Monographie - MAIA B

L’accompagnement de l’ARS est mis en place à un niveau local, en termes de suivi, de gestion de cas, à travers les réunions bimensuelles ce qui « permet un éclairage sur des difficultés ponctuelles liées au contexte départemental ou à des acteurs. La DD ARS est souvent un soutien dans le déploiement de la MAIA » (pilote) mais également à un niveau régional via le travail effectué sur des outils communs, « une stratégie régionale existe, ce qui est porteur de sens et stimulant ».

Monographie - Territoire E

Les relations entre le Conseil départemental et la délégation départementale de l’ARS

« Les services à domicile, on les a abordés dans le cadre du schéma [départemental] et de manière bilatérale, on en discute beaucoup, la question posée est celle de la territorialité, sachant que les possibilités de modifier sont limitées du fait des autorisations, le travail de coordination à mener concerne les missions des SSIAD et des SAAD et les missions de l’HAD. Au niveau du Conseil départemental, on voit la possibilité de repérage de la fragilité par les SAAD. On travaille avec les services du Conseil départemental pour savoir quand s’arrête l’un et où commence l’autre.

Après dans l’objectif de transformation de SAAD en SPASAD, tout ça se fait en lien avec les pilotes, ils sont assez novateurs. Les pilotes connaissent les problèmes du territoire. »

Les outils de pilotage émanant du niveau national, rapport d'étape et indicateurs MAIA 25, sont à faire évoluer.

Pour la majorité des référents MAIA au sein des ARS, la trame du rapport d'étape et les indicateurs de suivi MAIA 25 sont à faire évoluer.

Ils rendent compte des processus relatifs aux mécanismes mais ne reflètent pas suffisamment la logique de projet soutenant le déploiement de la méthode avec la précision d'objectifs opérationnels portant sur l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes et l'objectif de parcours et la progressivité du déploiement.

Exemple d'indicateurs MAIA 25

Une table de concertation stratégique s'est réunie au moins deux fois sur la période	oui	non	1	
si OUI				
Lors des réunions des décisions sont prises	oui	non	1	Rq: quelle que soient la nature des décisions prises, même sans rapport avec l'ODJ. Le fait que le CR d'une TS à laquelle participe officiellement CG et ARS et qui dit "prend la décision" est un élément à prendre en compte
L'ARS et le Conseil Général ont désigné des représentants pour cette table de concertation	oui	non	1	Rq: ce point est essentiel et paraît pouvoir être très discriminant, il n'est attribué que si les 2 organisations ont un représentant désigné (pas de demi-point)
si OUI				
Les décisions prise en TS sont suivies pour chaque structure dans le CR suivant	oui	non	1	Toutes les décisions doivent être identifiées et au moins une suivie (y compris pour noter le défaut de suivi interne)

La feuille de route du pilote validée par l'ARS est estimée comme essentielle pour légitimer sa fonction et donner des orientations au projet d'intégration.

Les principaux apports de l'ARS repérés par les pilotes concernent les éléments de procédure, d'information et de conventionnement relatifs à MAIA. Les pilotes sont en demande de légitimité, attachée à la fois à leur fonction (cf. 4.3) et à la méthode MAIA avec en corollaire une demande d'implication plus forte de l'ARS au niveau stratégique sur la cohérence des actions de politique publique.

Sur ce point, seul, un tiers des pilotes identifie des apports de l'ARS dans le pilotage des dispositifs MAIA.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Une légitimité locale par l'inscription de la démarche d'intégration dans la dynamique régionale. »

« Une association plus forte dans l'articulation entre diagnostic MAIA et planification réalisée par l'ARS. »

« Un véritable pilotage et une véritable prise en considération de la MAIA dans sa politique territoriale de santé en direction des personnes âgées notamment au regard des appels à projet. »

« Un positionnement sur les projets territoriaux de santé en cours et en lien avec le public âgé. »

« Que l'ARS lève les ambiguïtés pour éviter les effets de mise en concurrence ou le sentiment de millefeuille. »

1.3 Dans quelle mesure les modalités d'animation et de pilotage de la CNSA constituent-elles un avantage pour l'implantation MAIA sur un territoire ?

Les modalités d'animation et de pilotage de la CNSA sont repérées comme favorables par les ARS et les pilotes à l'implantation de MAIA sur quatre points :

- l'appropriation du concept d'intégration et la mise en œuvre (outils, méthode, indicateurs) ;
- l'accompagnement technique : procédures des appels à candidatures ;
- l'accessibilité des interlocuteurs, la disponibilité de l'équipe projet et l'aspect constructif des échanges sur la méthode ;
- l'animation nationale (réunion, séminaires nationaux).

Le principal frein à l'implantation de MAIA est lié à la mise en place tardive des outils annoncés dans le cahier des charges.

Ce décalage par rapport aux attentes du terrain est un facteur de démobilisation qui contrevient aux objectifs de MAIA.

C'est le cas du développement d'un système d'information relatif à MAIA annoncé dans le cahier des charges comme étant du ressort national⁸. Un changement de stratégie est intervenu et annoncé en 2014 sur le choix d'un développement du SI MAIA intégrant les SI en santé régionaux sous l'égide des ARS, accompagné par l'ASIP-Santé. Si ce choix contribue à une meilleure efficience et à une intégration plus systémique, la temporalité de mise en œuvre ne permet pas encore une analyse consolidée des données issues de la gestion de cas, d'autant que la stabilisation des indicateurs au niveau national est en cours.

Ainsi, en mars 2016, les attentes des pilotes portent sur un soutien méthodologique, des outils de pilotage et des règles de fonctionnement commun ainsi que d'un cadre juridique plus clair (fonction, responsabilité en gestion de cas, partage d'informations).

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« [...] la CNSA aurait peut-être pu encadrer aussi et dynamiser la création des outils qui composaient le "kit MAIA" au départ (Cahier des charges) et qui n'ont toujours pas été livrés, un travail en partenariat avec la CNIL, une plus grande rigueur dans l'élaboration du dispositif (notamment concernant le volet juridique de l'activité), que dire du choix des critères d'orientation vers la gestion de cas dont le dernier, l'autonomie décisionnelle, qui met tout le monde en difficulté. »

« Des outils de pilotage et de gestion, des règles de fonctionnement communes à tous les pilotes notamment pour l'alimentation de la base de données de la gestion de cas. »

« Des outils méthodologiques revisités et clairs, des outils de pilotage, des outils validés pour le suivi de l'activité et le partage d'informations. »

« Harmonisation des pratiques, observatoire national des MAIA et des outils partagés (OEMD, logiciel métiers, SI). »

« Des outils de pilotage et de gestion, des règles de fonctionnement communes à tous les pilotes notamment pour l'alimentation de la base de données de la gestion de cas. »

8 - Extrait du cahier des charges MAIA « En l'absence d'un système d'information national, il paraît important que les MAIA ne développent pas des outils qui ne répondraient pas aux besoins exprimés ici. La réflexion sur le contenu et l'architecture de ce système d'information et sa relation au dossier médical personnel sont en cours au niveau national. »

Une forme de régulation de la CNSA vis-à-vis des ARS est attendue pour garantir les conditions de déploiement homogène de MAIA.

En cela, les pilotes attendent de la CNSA une plus grande clarté quant au pilotage effectué par les ARS face au constat d'hétérogénéité de pratiques : animation régionale, rôle de la délégation départementale, pratique de conventionnement (par exemple, une ARS estime que le nombre de personnes suivies en gestion de cas est de 40 alors que cet effectif est théorique). Ce constat est à mettre en relation avec les outils de pilotage estimés inadéquats par les ARS et **un manque de clarté dans les procédures de suivi et validation**.

L'expérimentation n'a pas été par la suite relayée de manière formelle et administrative pour officialiser par circulaire les outils ou clarifier certains points de suivi (diagnostic territorial, outils d'évaluation, processus de validation par les ARS).

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Qu'il formalise (voire protocolise) auprès des ARS les modalités de pilotage des dispositifs MAIA, avec un focus particulier sur le soutien apporté par les délégations départementales (car il semble qu'il existe une grande hétérogénéité des pratiques). »

« À ce jour le pilotage national est l'interlocuteur des ARS, mais sur les territoires le ARS sont parfois peu présentes et la légitimité des MAIA n'a pas été portée dès le départ avec force et conviction. Aussi les MAIA peuvent souffrir de ce manque de légitimité. »

« Être garant de l'homogénéité des objectifs en fonction des ARS. »

« Guidage des ARS dans le déploiement de la méthode. »

« Qu'il soit plus une interface incontournable vis à vis des ARS qui apportent des réponses différentes suivant les MAIA et porteurs, différence d'équité... »

« Qu'il y ait une analyse nationale annuelle des rapports d'activité MAIA avec les ARS pour apporter les correctifs nécessaires et ainsi veiller à une cohérence nationale. »

Enfin, les modalités de pilotage de la CNSA sont estimées comme défavorables sur 2 points :

- **Un manque de clarification du circuit d'information entre l'ARS et la CNSA en direction des pilotes** dans le sens où l'action directe de la CNSA auprès des pilotes via le collectif est perçue comme vecteur d'asymétrie d'informations par les référents MAIA au sein des ARS.
- **Une insuffisance de lien entre les actions pilotées par la CNSA** : L'action de préfiguration de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées conduite par la CNSA n'explicite pas clairement les relations à trouver avec l'instance de concertation stratégique MAIA⁹.

Les attentes des pilotes, tant au niveau de l'ARS et de la CNSA, questionnent les moyens et ressources humaines, nécessaires au pilotage et soutien de MAIA (méthode et dispositifs).

9 - La CNSA avec la DGCS a produit un guide technique Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie – Avril 2016 qui précise et exemplifie les relations possibles entre la Conférence et les instances de concertation stratégique.

1.4 Dans quelle mesure les différentes actions de politiques publiques nationales en faveur des personnes âgées constituent-elles un facteur favorable au déploiement MAIA ?

L'évaluation permet de faire le constat d'une mise en place d'actions en parallèle, créatrice de segmentation et de concurrence entre les acteurs, alors qu'elles peuvent constituer chacune, dans un ensemble, des briques d'intégration à la condition d'une stratégie globale.

De récentes initiatives expérimentales ou issues de la loi de santé ou de la loi ASV ont eu pour corollaire de proposer des actions de politiques publiques au bénéfice soit des personnes âgées soit des personnes en situation complexe ou installer des nouvelles instances de gouvernance.

- PAERPA, Parcours de santé des aînés, expérimenté depuis 2013, sur 16 territoires ;
- Plateformes territoriales d'appui ;
- Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées installées dans chaque département.

Au niveau vertical, on observe un cloisonnement dans le pilotage des actions de politique publique assuré par différentes directions centrales : PAERPA expérimenté par la Direction de la sécurité sociale, PTA pilotée par direction générale de l'offre et soins, MAIA l'étant par la CNSA.

Les cahiers des charges respectifs des dispositifs ne font pas référence aux autres actions. D'un côté, ils garantissent des marges de manœuvre et une souplesse de déploiement, de l'autre, ce manque de précisions par le niveau national est perçu par les ARS comme facteur de confusions, voire de concurrence.

Cette segmentation se retrouve au sein des ARS : MAIA étant pilotée généralement par les directions de l'offre médico-sociale, PAERPA, PTA par d'autres directions, **ce qui minore l'approche globale, populationnelle ou de parcours et peut entraîner des logiques de concurrence en interne au sein des ARS**.

Si les articulations et les complémentarités possibles des différentes actions de politique publique en faveur du parcours des personnes âgées, sont dans la majorité des cas bien repérées par les ARS, leur mise en œuvre est dans la plupart des régions difficile.

Les différentes actions pourtant soutenues par des objectifs convergents sont sources d'un manque de lisibilité et de re-fragmentation du système.

Enquête ARS – Conseils départementaux

« La cohérence entre les différentes actions de politique publique va à l'encontre de ce que l'on voudrait : les expérimentations ont la même finalité et chaque direction fait sa propre expérimentation en faisant abstraction de l'existant. »

« Les textes sont portés par différentes directions de l'administration centrale, qui fonctionnent en tuyau d'orgue, fonctionnement qui est difficile à concilier avec le besoin d'avoir de la lisibilité pour comprendre et engager les acteurs. »

« Les politiques nationales ne sont pas bien articulées et les actions sont les pièces d'un puzzle. »

« Au sein de l'agence : il y a un discours contre MAIA : la coordination doit être faite par les libéraux. »

« On voit à travers les PTA une concurrence entre réseaux et MAIA même en interne des ARS. »

PAERPA, MAIA : une même logique, un positionnement perçu de complémentaire à concurrentiel au sein des ARS.

L'insuffisance de prise en compte par les pouvoirs publics des temporalités de mise en œuvre est un frein à la cohérence et la stabilisation des actions.

PAERPA n’a pas été conçu en lien avec MAIA alors que les deux actions de politique publique s’ap-
puient sur les principes d’intégration et visent les mêmes objectifs.

Enquête ARS – Conseil départemental

« Les MAIA sont sous le pilotage de la CNSA donc au sein de l’ARS dépendent de la direction auto-
nomie ; PAERPA sous l’autorité du ministère attaché au parcours de santé, la coordination ambula-
toire attachée à une autre direction. »

« PAERPA et MAIA ont des similitudes énormes et tous deux font appel au concept d’intégration
mais dépendent de deux politiques différentes. » « PSI/PPS : pourquoi deux outils ? »

« Chaque outil présente une plus-value mais il est difficile de faire du standard comme par exemple
plaquer PAERPA sur un territoire où une MAIA fonctionne bien. »

« Le PAERPA arrive trop tôt, les organisations n’ont pas eu le temps de se stabiliser.»

« Sur le terrain, l’ARS a le sentiment de mettre en place une politique à courte vue, les dispositifs
nouveaux arrivent avant que l’ARS n’ait eu le temps d’installer les précédents, de fait ARS et acteurs
ont l’impression de superposer les dispositifs. »

Monographie – Territoire D

L’expérimentation PAERPA a commencé en 2013, elle a donc coïncidé avec les débuts de la MAIA.
Et même si, en définition, les publics cible ne sont pas les mêmes, en réalité ils sont grandement
superposés. De plus, PAERPA était présenté comme l’intégration des acteurs pour le parcours
des personnes âgées : « Dire qu’on n’est pas un dispositif de plus, on a bien du mal à expliquer
qu’on est là pour mettre de l’huile dans les rouages. Mais c’est aussi ce que dit PAERPA ». La quasi
simultanéité de la mise en œuvre de ces deux dispositifs a été un facteur de confusion et pour les
professionnels, un frein dans l’adhésion à la MAIA, notamment au niveau du processus d’intégra-
tion, ainsi que nous l’ont relaté des personnes rencontrées et selon la trace qu’on trouve dans des
comptes rendus de TCT.

MAIA / PTA : approche populationnelle vs approche polypathologique ?

L’approche populationnelle MAIA croise l’approche « parcours complexes des personnes sans distinc-
tion d’âge ni de pathologie » des plateformes territoriales d’appui et interroge les ARS.

Enquête ARS – Conseils départementaux

« L’articulation des différents dispositifs n’est pas simple, le terme de gestionnaire de cas dans les
MAIA, dans les PTA. »

« Coordination des cas complexes / gestion de cas : s’il y a une différence, il faut réfléchir sur les spé-
cificités – si ce n’est pas spécifique, il y a intérêt à opérer une intégration directe des ressources. »

« Effet millefeuille avec PTA, la position de l’ARS n’est pas très claire, et c’est très cloisonnant :
comment agréger avec tout le reste ? »

« Objectif de mettre à disposition une offre de coordination pour toutes pathologies et tous âges :
comment se retrouve MAIA et éviter la redondance ? »

Au niveau horizontal, on observe la mise en place de comité de pilotage, comité opérationnel pour
chaque action et un pilotage unifié qui peine à prendre forme.

Les actions développées en silo produisent un effet contraire à celui recherché par l’intégration des
services alors que les actions peuvent trouver une complémentarité.

Monographie – Territoire E

« On a un problème de cohérence, avec un ensemble de système positionné les uns sur les autres.
La PTA doit avoir des objectifs en lien avec MAIA. Il faut unifier le déploiement et travailler en étroite
collaboration avec PTA. » (ARS)

Au niveau de la mise en œuvre du projet, les promoteurs MAIA et PTA ne trouvent pas à ce stade,
d’articulation fonctionnelle ou de réciprocité dans leurs apports.

« J’ai le sentiment d’une communication dans un seul sens, on doit donner à l’inverse on a aucun
retour. » (PTA)

L’arrivée de la PTA provoque plusieurs types de réactions opposées :

- une adhésion et une réponse aux besoins ;
- une crainte et un positionnement concurrentiel ;
- une confusion entre les dispositifs.

Pour les promoteurs de la PTA, il ne s’agit pas de se substituer aux missions des dispositifs exis-
tants mais bien d’appuyer des professionnels par une réponse téléphonique soutenue par un arbre
décisionnel.

On observe une incompréhension de certains acteurs de terrain, la PTA n’est pas perçue comme
une « brique » du guichet intégré ou comme support de l’intégration.

« PTA : pour moi, je ne sais pas, ils informent, orientation, évaluation et appui, pour moi l’appui c’est
l’accompagnement des professionnels : c’est ce que fait le pôle infos seniors. Quand il la présente,
c’est pas clair, ils ne mettent pas en avant que c’est plus sanitaire ou secteur médico-social. » (CLIC)

« Et puis il y a l’arrivée de la PTA qui me questionne : la MAIA veut apporter de la lisibilité : je me
rends compte que c’est compliqué pour les professionnels. Pour les usagers, peut-être moins ? »
(Gériatre)

« Dans le contexte de configuration, clairement, on a un problème de positionnement de PTA, du
coup on a des PTA qui ont du mal à trouver leur place et on a des chevauchements entre PIS et
MAIA. » (ARS)

Pour d’autre, la PTA répond aux besoins d’un accès rapide et fiable à l’information.

« Nous, on a besoin d’un annuaire, celui de la PTA, il est pas mal ; j’ai trouvé des adresses comme
cela, c’est expérimental en ce moment. Moi je m’en sers, c’est très très bien. » (structure)

« Il y a un problème d’information. Le problème, c’est chronophage, où chercher ? Comment cher-
cher ? La PTA répond à ce besoin, même au niveau des médecins. Les médecins sont phagocytés
par une quantité de papiers à faire. Les médecins disent, donne le numéro, j’en ai marre de faire
50 numéros, on en a besoin de ça. » (Infirmière libérale)

Au-delà des projets, sont citées comme freins à l’intégration des postures concurrentielles, profes-
sionnelles, politiques, institutionnelles ou d’expertise, des animosités entre tel ou tel acteur, qui, de
fait, ne facilitent pas les articulations.

Dans ce contexte, le pilotage clair de l’ARS et l’articulation des actions sont estimés comme essen-
tiels avec le besoin d’un positionnement clarifié entre MAIA et PTA, et du rôle de la pilote comme un
soutien en termes d’apports (ressources, diagnostic).

PTA et MAIA ont des finalités et des périmètres d’intervention différents et des complémentarités :

À la différence de MAIA, la PTA ne vise pas l’intégration des services mais y participe en favorisant
l’intégration clinique et organisationnelle.

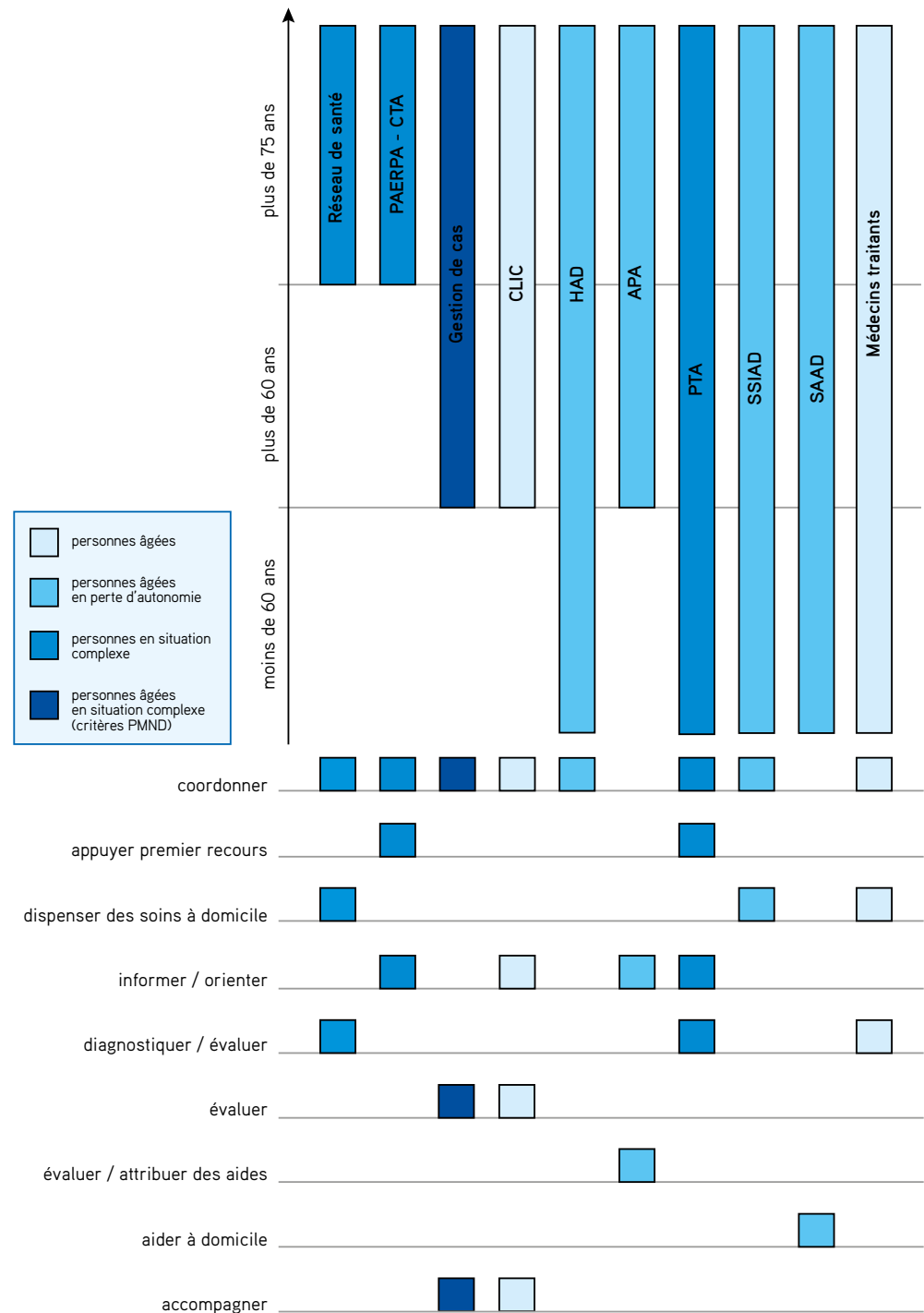
MAIA est une méthode et promeut l’intégration des services pour la population âgée à domicile en
perte d’autonomie et pas uniquement pour les personnes en situation complexe.

PTA est un service et intervient en appui des professionnels pour l’ensemble des situations complexes,
quels que soient l’âge et la pathologie.

Dans cette optique, il s’agit de ne pas mettre en concurrence les actions, mais bien de rendre lisible
chacune dans leur complémentarité.

La mission 1 de PTA pourrait être considérée comme une des modalités à articuler avec la mise en
œuvre du guichet intégré, le mécanisme de gestion de cas MAIA comme une réponse à articuler avec
la mission 2 (d) de PTA.

Panorama synthétique des dispositifs et services d'aide et de soins au bénéfice des personnes âgées



Ce panorama indique des fonctions communes à plusieurs services, en particulier la fonction de coordination. Le terme renvoie à différentes notions : coordination des interventions, des soins, du plan d'aide etc. dépendant du cadre et du registre d'intervention de chaque acteur et aux besoins de la personne bénéficiant à un moment donné du service. Dans le cadre du projet d'intégration, ces missions de coordination sont à préciser.

Une mise en cohérence en amont de la formulation de la politique de santé est attendue.

À ce titre, chacun à son niveau est en demande de clarification :

- Les pilotes auprès des ARS et de la CNSA ;
- Les ARS et conseils départementaux auprès de la CNSA et des directions centrales.

Enquête exhaustive auprès des pilotes (attentes vis-à-vis de la CNSA)

« D'influer sur les politiques au plus haut niveau pour améliorer l'intégration des différentes directions pour une politique globale de la santé cohérente. »

« Dans un principe de subsidiarité, le pilotage national devrait contribuer à la méthode MAIA à son niveau d'intervention (décloisonnement institutionnel ETAT-Assurance maladie), à lever les deux contraintes majeures à son déploiement (partage d'information et systèmes d'information) [...] »

« Défendre et imposer le dispositif MAIA au sein des institutions nationales et régionales et en 1^{er} lieu au sein de la CNSA : ambiguïté majeure quant au dispositif MAIA versus les PAERPA ou encore les plateformes territoriales d'appui. »

« L'identification claire du projet MAIA comme étant sur tous les territoires LE projet des acteurs de réorganisation de l'offre de soins et d'aides dédiées aux personnes âgées. »

Enquête ARS – Conseil départementaux

« On cherche des solutions opérationnelles : mais la cohérence du niveau national serait facilitante. »

« On a besoin d'un coup de pouce du national pour clarifier la place de chacun : mouvement perpétuel de nouveaux dispositifs qui ont tous les mêmes objectifs : comment les dispositifs fonctionnent les uns par rapport aux autres ? Lequel est la porte d'entrée ? Il manque une brique et surtout le mortier qui donne le sens à tout ça. »

« Chaque administration fait son propre dispositif : besoin urgent de liens : comment expliquer au niveau local quand il s'agit de quelque chose qui n'a pas été conçu au niveau national. »

« Il y a besoin d'intégration dans les projets qui sortent : on ne peut pas faire seulement référence à l'intelligence territoriale. »

MAIA : avec un meilleur positionnement, une réponse potentielle à la fragmentation

MAIA comme méthode est une réponse potentielle à cette fragmentation dès lors qu'elle est support d'une stratégie d'intégration des services plus globale et en capacité de jouer un rôle d'assembler.

Enquête ARS – Conseils départementaux

« Les MAIA pourraient être l'acteur supra de coordination en raison du guichet intégré. »

« La MAIA : acteur le plus important de l'intégration à l'intersection entre ces dispositifs. »

À ce titre, la CNSA, a du fait de sa convention qui la lie avec l'État, légitimité à soutenir l'articulation de MAIA avec les autres politiques publiques au sein du comité opérationnel des parcours piloté par le SG MAS et à éclairer les ARS.

La Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 2016-2019 précise :

Les principaux objectifs poursuivis dans le cadre de la COG seront les suivants : [...]

- **articuler le dispositif MAIA avec les politiques et dispositifs ayant trait à la coordination et à l'intégration des acteurs** dans le champ de l'autonomie et de la santé – centres locaux d'information et de coordination (CLIC), programme pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), plateformes territoriales d'appui. La CNSA prendra part à une gouvernance interinstitutionnelle visant une plus grande cohérence et lisibilité des dispositifs dans le cadre du comité opérationnel des parcours piloté par le SGMAS.

1.5 Synthèse et recommandations

Synthèse

Le pilotage de l'ARS est considéré comme favorable lorsqu'il est positionné au sein d'une direction transversale et appuyé sur une stratégie globale de facilitation des parcours.

La relation avec la délégation départementale et le conseil départemental est essentielle. La légitimation de la fonction de pilote est à renforcer à travers la formalisation d'une feuille de route associée à un plan d'action de mise en œuvre du projet d'intégration.

Le pilotage par la CNSA est estimé comme favorable en termes d'appuis méthodologiques et de disponibilité de l'équipe nationale.

Le décalage de mise en œuvre des outils annoncés dans le cahier des charges (SI, OEMD) est repéré comme un frein à l'intégration et plus encore amenuisant la légitimité à la méthode. Après 5 ans de déploiement, des précisions sont attendues sur le contenu assigné aux instances de concertation, le rôle du porteur etc. et un cadre harmonisé de déploiement (outils, clarification juridique, formation), précisant davantage les aspects concrets (exemple : critère de sorties de gestion de cas ; référentiel métier, indicateurs de progression, ...) - ces précisions sont en cours de mise en œuvre.

Les pilotes sont en demande d'une plus forte régulation de la CNSA auprès des ARS pour garantir des conditions de pilotage et déploiement homogènes sur les territoires.

Les outils du pilotage MAIA (MAIA 25 notamment) restent associés aux processus et ne font pas suffisamment part de l'engagement de chacun des acteurs, ainsi que de la progressivité nécessaire à l'installation d'une démarche d'intégration.

La cohérence des actions de politiques publique est à renforcer au niveau national et au sein des ARS pour construire une stratégie plus globale d'intégration des services d'aide et de soins (intégration systémique).

L'innovation de la méthode est également à prendre en considération. Elle propose une approche populationnelle et une démarche de réponse construite sur le besoin et l'interaction des niveaux stratégiques, organisationnels et cliniques, les uns alimentant et soutenant les autres sur une échelle verticale et horizontale. Or, cette approche ne se traduit pas dans les organisations des ARS structurées par métier, ou au niveau national, où l'on observe un fonctionnement en silo entre directions centrales et CNSA, malgré des signes encourageant de structuration globale d'une politique publique à destination des personnes âgées, à travers le comité national des parcours des personnes âgées sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).

La multiplicité des niveaux décisionnels (pilotage national, régional, départemental et infra, application des décisions dans les services) ou le chainage des décisions qu'implique la méthode d'intégration entraînent des conditions cumulatives qui si l'une n'est pas remplie déstabilise la démarche d'intégration sur un territoire.

Une régulation et une animation tant régionale que nationale en termes d'une mise en œuvre cohérente des actions de politique publique sont attendues par chacun des niveaux (ARS, pilotes, partenaires). Autrement dit, le pilotage attendu est celui qui permet une « intégration systémique »¹⁰ qui « implique donc que la complexité et la teneur des enjeux prenant forme dans l'espace local d'organisation des soins soient reflétées dans l'environnement plus large » (Contandriopoulos et al. 2000).

10 - L'intégration systémique implique que « les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local ». (A.P. Contandriopoulos)

L'équipe d'évaluation préconise de questionner différemment l'articulation des actions en centrant l'approche sur les réponses aux besoins des personnes (par fonctionnalité et par graduation) et de **situer l'intégration dans un rôle d'«assemblier»**, MAIA intervenant comme méthode et comme dispositifs, en soutien d'une politique sur un territoire au bénéfice du parcours des personnes âgées.

Recommandations

Recommandation 1

Définir une stratégie d'intégration des services - parcours des personnes âgées à tous les niveaux de gouvernance : national, régional et local

Au niveau national

1. Faire de l'intégration des services d'aide et de soins une stratégie de politique publique de santé au service des parcours et positionner MAIA comme méthode et moyen au service de sa mise en œuvre pour les personnes âgées conformément à la loi Adaptation de la société au vieillissement
2. Nommer un référent « Parcours - Intégration » au niveau du ministère des Affaires sociales et de la santé (Cabinet Santé) dont le rôle serait notamment d'impulser l'intégration des services et de s'assurer de la cohérence des politiques publiques en faveur des personnes âgées
3. Construire un pilotage transversal de l'intégration entre les directions centrales et caisses (CNSA) au sein du comité opérationnel des parcours placé auprès du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)
4. Établir des fiches, des guides techniques sur l'articulation des différentes actions de politique publique

Aux niveaux régional et départemental

5. Positionner le pilotage de l'intégration au sein de la direction générale ou la direction stratégique des ARS en lien avec l'organisation territoriale de l'ARS¹¹
6. Impliquer règlementairement et d'emblée les conseils départementaux dans le pilotage de l'intégration
7. Renforcer la gouvernance conseil départemental/ARS en relation avec la délégation départementale
 - a. Réaffirmer les objectifs convergents des ARS et conseils départementaux en faveur du parcours des personnes âgées : formalisation d'un schéma commun ARS-conseils départementaux sur les personnes âgées
 - b. Établir un programme/projet d'intégration des services d'aide et de soins partagé sur la base d'une approche populationnelle, piloté par les ARS et les conseils départementaux ; MAIA intervenant en appui du projet territorial d'intégration à partir d'objectifs opérationnels plus que des mécanismes (les mécanismes soutenant les objectifs)
8. Utiliser l'apport de MAIA dans les orientations stratégiques des ARS et conseils départementaux

11 - « Le département veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les centres locaux d'information et de coordination mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 et les institutions et les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3. » (Article L113-2 du CASF).

Recommandation 2

Positionner l'intégration dans son rôle d' « assembler » des actions de politique publique en faveur du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie

MAIA, support transversal du développement de l'intégration des services d'aide et de soins, comme méthode d'organisation du territoire sur une logique de projet collectif soutenue par les moyens alloués (pilote, gestionnaire de cas) et s'appuyant sur le système local d'acteurs

1. Au niveau local, clarifier l'articulation des instances de gouvernance
 - a. Au niveau stratégique : conférence des financeurs, concertation stratégique, comité de pilotage (PAERPA ; PTA; Filières de soins, groupements hospitaliers de territoires (GHT) etc.).
 - b. MAIA venant apporter des éléments de connaissance aux instances et promouvant la cohérence de l'offre et l'amélioration des pratiques collectives des professionnels
 - c. Au niveau des instances territoriales (Conseil territorial de santé)
2. Positionner les actions comme des « briques » de l'intégration (approche fonctionnelle / populationnelle)
 - a. Au niveau organisationnel (filiales de soins, réseaux, PTA, CLIC, SSIAD/SAAD)
 - b. Positionner PTA comme levier du projet d'intégration (partie prenante du guichet intégré ; utilisation d'outils communs ; liaison gestion de cas) dans la convention avec l'ARS
3. Réaffirmer la mission légale d'accueil, d'information et d'orientation (CLIC – rôle des MDA – services départementaux)

Recommandation 3

Réviser en profondeur le cahier des charges national MAIA pour tenir compte des évolutions législatives et des besoins de précisions concernant le contenu de la méthode en appui d'un projet d'intégration des services et garantissant une certaine souplesse de mise en œuvre et d'allocation de moyens par les ARS

1. Préciser dans le cahier des charges le contenu et les objectifs des mécanismes et les indicateurs de l'intégration des services
2. Permettre une répartition plus souple de l'enveloppe financière par l'ARS (utilisation de l'allocation pour des temps d'assistance administrative, ou de médecins...) et en lien avec les spécificités du territoire
3. Élaborer une fiche technique détaillée sur les points d'évolutions du décret par la CNSA en fonction des préconisations retenues et des évolutions du cadre législatif et réglementaire
4. Réaliser par la DGCS une expertise juridique et technique sur les possibilités d'évolution du décret dans un objectif de toilettage en profondeur
5. Dans la période transitoire, rédiger un guide technique pour accompagner les ARS dans la mise en œuvre de ces évolutions

2 En quoi les conditions de déploiement MAIA influencent-elles son fonctionnement ?

Éléments de questionnement

Concernant la notion de territoire, Y. Couturier, dans son entretien, invite à compléter l'analyse des dynamiques territoriales de la MAIA par celle des territoires des acteurs professionnels, « l'entrée par le territoire est importante mais derrière l'entrée par les territoires, il faut penser différents types de territoires » (Y. Couturier). De fait, il invite à pointer comment la méthode en particulier à travers le diagnostic réalisé par les pilotes prend en compte l'ancrage organisationnel du système concret des acteurs sur un territoire pour définir une stratégie d'intégration.

Au-delà de ses caractéristiques objectives, il s'agit de comprendre en quoi les dynamiques partenariales préalables comme système d'action concret ont eu une influence sur le déploiement et comment ces dynamiques ont évolué du point de vue de la logique d'intégration.

Le pilote et le porteur sont également étudiés dans leur positionnement au sein du système d'acteurs et leur légitimité à porter le projet d'intégration, conventionnellement et opérationnellement.

La durée d'existence de la MAIA et la temporalité de déploiement ont été retenues également comme critères d'analyse.

2.1 Dans quelle mesure les caractéristiques du territoire sont-elles un facteur favorable du déploiement MAIA ?

Extrait du CDC national MAIA

Le territoire MAIA

Un dispositif MAIA se développe sur un territoire défini et compatible avec le Projet régional de santé (PRS) et ses composantes et avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Les ARS ont défini des territoires de santé. Les territoires des MAIA en respectent les contours afin d'assurer la cohérence des actions de proximité. Les dispositifs MAIA intègrent les nouvelles ressources développées dans le cadre du plan national Alzheimer (équipes spécialisées Alzheimer à domicile, plateformes d'accompagnement et de répit, unités cognitivo-comportementales, pôles d'activités et de soins adaptés, unités d'hébergement renforcé, ...). Ces structures ont vocation à renforcer et à diversifier les solutions mobilisables par les gestionnaires de cas.

Le territoire choisi initialement est celui du porteur pour démarrer le travail d'intégration, car c'est celui qu'il connaît le mieux et où il est légitime.

La taille du territoire MAIA, qui peut différer de celui initialement choisi, est un territoire de proximité de taille infra-départementale.

Le territoire MAIA sera arrêté au cours du processus d'intégration. Il dépend de plusieurs critères, notamment la territorialité du porteur, l'état des partenariats au démarrage du processus, les territoires existants, la densité de population âgée, les professionnels à mobiliser pour le guichet intégré MAIA, ...

Le cahier des charges donne des indications sur la définition du territoire qui peuvent sembler contradictoires entre elles : « Les ARS ont défini des territoires de santé. Les territoires des MAIA en respectent les contours », « Le territoire choisi initialement est celui du porteur » et « La taille du territoire MAIA [...] est un territoire de proximité de taille infra-départementale ».

Des marges d'interprétation dans la définition du territoire MAIA sont observées.

À ce titre, les territoires MAIA sont très divers et recouvrent des réalités différentes.

50% des territoires d'intégration (MAIA) sont des territoires qui coïncident avec le territoire du porteur, conformément au cahier des charges. 17% des MAIA ont une couverture départementale.

Près d'un tiers correspond au territoire de santé de l'ARS, 26% à un territoire d'action sociale du conseil départemental, 26% à celui de la filière gériatologique.

Les équipes spécialisés Alzheimer, l'hospitalisation à domicile (HAD) et les CLIC constituent un premier niveau de services « partagé » par 77% des territoires MAIA.

L'accès est plus limité aux réseaux gériatologiques et équipes mobiles gériatriques (moins de la moitié des territoires MAIA sont concernés par ces services).

49% des territoires croisent des dynamiques urbaines ou rurales qui supposent des besoins différenciés de la population mais également des dynamiques partenariales différentes ; **si elles représentent une contrainte pour les pilotes dans le fait d'organisations différenciées infra territoriales (clinique, tactique), ces configurations permettent un accès aux services de santé centrés dans les zones urbaines.**

Monographie - Territoire B

Le territoire couvert a été choisi dans la mesure où il correspond à deux bassins de santé, à quelques communes près, à 2 Territoires d'Action Sociale (TAS).

Il s'agit de larges bassins de vie, recouvrant des cultures sociales et professionnelles différentes.

« C'est le grand écart. On a un territoire extrêmement rural qui peut être très dynamique comme le nord, et un côté très urbain qui concentre la population. Ça peut être un frein dans le sens où les distances sont importantes, en termes de couverture du territoire cela peut être très compliqué, mais il y a une cohérence en termes de bassins. On s'était posé la question quand on avait déployé la 1^{re} MAIA, de savoir si on intégrait E. Mais en termes de cohérence, on se doit de rattacher E. au bassin de santé de R » (DD ARS)

Si les spécificités locales sont fortes, des liens entre elles sont possibles eu égard au dimensionnement du territoire MAIA. Le territoire est rural sur la majeure partie et la population âgée est majoritairement isolée, mais des ressources existent et sont globalement présentes sur des secteurs éloignés des grandes villes (hôpitaux locaux, réseaux de santé de proximité et SSR notamment).

L'approche populationnelle n'est pas systématique.

Dans 3 régions, la définition du territoire prend en compte le nombre de personnes âgées présentes et posent la question du nombre de gestionnaires de cas au regard de la population âgée. Néanmoins, ce ratio doit être pondéré au regard de l'accès aux services, la densité de population et le niveau d'intégration des acteurs.

Il n'existe pas un territoire MAIA, mais des territoires associés à chacun des mécanismes ou aux périmètres d'intervention des acteurs. Aussi, le territoire MAIA est polysémique.

Le territoire de la gestion de cas : « éclaté », « mobile » pour les gestionnaires de cas est représenté par les lieux du domicile des personnes.

En ce sens, la gestion de cas peut être « territorialisée » avec des lieux d'exercice des gestionnaires de cas différenciés, ce qui permet un rapprochement avec les professionnels de proximité. Cette organisation est repérée comme un facteur favorable d'intégration clinique avec les acteurs de proximité, à la condition d'un juste positionnement, notamment comme composante du guichet intégré.

Le territoire de la concertation stratégique devient « supra » par la départementalisation de l'instance. Elle permet une meilleure mobilisation des décideurs et une harmonisation des pratiques, mais peut être un facteur de dilution des problématiques spécifiques à chacune des MAIA. A ce titre, les configurations interdépartementales posent la question de l'organisation des concertations stratégiques.

Le territoire de la concertation tactique est organisé le cas échéant en 2 ou 3 « sous-territoires » correspondant à des dynamiques infra territoriales, soit un découpage départemental ou autre pour faciliter l'intégration des services au sein du guichet intégré.

Monographie - Territoire A

L'articulation MAIA 1 et MAIA 2 mise en place et formalisée au travers d'une convention donne « aux dispositifs MAIA » une dimension départementale. Ceci assure une dynamique globale au sein d'un département.

Un maillage infra départemental est organisé par le découpage en 4 territoires (2 par MAIA) avec des fonctionnements harmonisés. Le travail d'intégration se fait en proximité (infra-territoires) à partir des dynamiques partenariales en place.

Le territoire de MAIA ne correspond pas nécessairement au contour de celui des partenaires : territoire d'action sociale, de santé, des réseaux, des filières.

Cette absence de cohérence entre la territorialité des acteurs est estimée comme défavorable à l'intégration des services et des soins sur l'ensemble des mécanismes : obstacle à la participation des acteurs concernés par plusieurs MAIA, multiplicité des interlocuteurs et des interactions que la superposition des territoires engendre.

Monographie - Territoire C

Si l'envergure départementale est cohérente, le découpage par bassins de santé de la MAIA peut être interrogé dans la mesure où il ne coïncide pas, ou du moins pas totalement, avec d'autres découpages, notamment de l'administration départementale et des CLIC. [...] Les bassins de santé apparaissent comme une composition croisant le découpage territorial des MDS et des CLIC.

Monographie transversale - Gestion de cas

« [...] Il y a des partenaires qui sont à cheval sur deux territoires, ils vont travailler avec deux MAIA, on a des procédures différentes. Et donc s'il y en a une qui dit blanc et l'autre noir le partenaire, il ne va plus rien comprendre. »

Monographie - Territoire E

Pour exemple, le CLIC partage un territoire avec 3 réseaux de santé et 3 CCAS et le réseau de santé avec 3 CLIC.

« On fonctionne avec 3 réseaux de santé : partenaires privilégiés mais ils n'ont pas tous le même fonctionnement, même si j'espère qu'ils vont harmoniser leur pratique. On a 3 CCAS différents. La difficulté c'est que ça crée et que ça fait beaucoup de partenaires. »

À ce stade et minoritairement, des reconfigurations territoriales sont décidées ou envisagées conjointement entre l'ARS et les départements dans l'objectif de cohérence.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Le territoire de santé est plus restreint que le territoire MAIA. Demande de l'ARS et du Conseil départemental que le territoire MAIA soit le même que le découpage des territoires de proximité du Conseil départemental. »

« Le territoire de la MAIA et du CLIC a été harmonisé au 1^{er} janvier 2016 mais reste différent de celui du CLS. »

« Actuellement, sous l'égide de l'ARS, projet de fusion des réseaux gériatologiques du territoire MAIA, ce qui tendra à une uniformisation des territoires d'intervention. »

La référence territoriale à la filière de soins gériatrique¹² est estimée comme correspondant bien à l'enjeu d'organisation du continuum d'aides et de soins nécessaire au parcours des personnes âgées par les ARS et les conseils départementaux.

Enquête ARS – Conseils départementaux

En Normandie, Ile-de-France et en Rhône-Alpes, les territoires MAIA sont construits en cohérence avec les filières gérontologiques ou de soins.

« Le fait de fonctionner en filière gérontologique structure les territoires. Les filières ont été pensées pour une équité des territoires, accès aux soins identiques sur tout le territoire et créer une dynamique d'organisation. »

12 - La filière de soins gériatrique hospitalière « constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées. » Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007.

2.2 Dans quelle mesure la dynamique partenariale a-t-elle une influence sur le déploiement MAIA, a-t-elle évolué ?

Au global, les pilotes observent un niveau de dynamique partenariale en progression sur l'ensemble des champs social, médico-social et sanitaire.

Sur une échelle de notation de 1 à 10 proposée aux pilotes relative à l'estimation du niveau de la dynamique partenariale entre leur prise de poste et l'enquête, ces derniers observent une évolution favorable sur l'ensemble des champs et entre les champs sanitaire, social et médico-social (de 6,3/10 cette note passe à 7,5/10), l'évolution la plus importante étant liée à la dynamique entre les acteurs du champ médico-social et du champ sanitaire (+2,2 points).

Cette évolution se traduit notamment de manière qualitative par une meilleure connaissance des acteurs entre eux : cadre, missions, limites.

Monographie - Territoire E - Observation d'un atelier « qui fait quoi »

Une connaissance parcellaire des missions et interventions réciproques entre acteurs agissant autour de la personne âgée.

« - AJ / ESA, ça me paraît très complémentaire : au sein de ma structure, c'est facile, mais pour les autres vous travaillez ensemble ? (Géronte)

- Bien souvent sur l'AJ, ils ne connaissent pas le service ESA. La durée d'intervention, le mode d'action sont très différents. » (ESA)

« - Quel type de patients en ESA ? »

- Quand c'est extérieur, on ne sait pas toujours quelle est la prise en charge. » (Consultation mémoire)

- Je ne sais pas si il y a une consultation mémoire, on n'a pas d'information. » (Assistante sociale)

- On ne sait pas forcément s'il y a un suivi social. » (Consultation mémoire)

Elle ne se traduit pas encore par la mise en œuvre de processus collectifs d'information et d'orientation mais davantage par l'émergence de problématiques communes à résoudre.

2.3 Dans quelle mesure la temporalité du déploiement des mécanismes MAIA sur le territoire a-t-elle une influence sur l'efficacité MAIA ?

L'installation des mécanismes de concertation et de la gestion de cas s'échelonne sur près d'un an.

Globalement, les étapes de déploiement de MAIA sont ordonnées par le recrutement du pilote, l'installation de la concertation stratégique puis tactique, le recrutement du premier gestionnaire de cas intervenant en moyenne un an après le recrutement du pilote, ce qui est un élément de conformité au cahier des charges.

Temporalité du déploiement MAIA (en moyenne)



Une progression de la mise en œuvre des mécanismes est constatée selon l'ancienneté des MAIA, selon une temporalité différente.

La gestion de cas, mécanisme le plus « opérationnel » s'implante le plus rapidement (service rendu à la population) ; le guichet intégré, mécanisme qui engage les acteurs sur un changement de pratique, nécessite une temporalité longue.

Sa mise en œuvre est conduite en plusieurs étapes et s'appuie notamment sur des éléments endogènes aux dispositifs MAIA : mécanisme de concertation (processus d'engagement et de décisions), formation des accueillants etc., et sur des éléments exogènes à MAIA (stabilisation des outils, développement des systèmes d'information en santé au niveau régional, processus décisionnels et contraintes organisationnelles propres à chaque acteurs engagés).

L'antériorité des dispositifs MAIA n'a pas d'influence sur la concertation stratégique, qui va davantage dépendre du volontarisme institutionnel local.

Les pilotes relèvent une évolution favorable à la compréhension de MAIA dans les perceptions des acteurs et partenaires.

Cette perception est différente selon l'antériorité du déploiement de la MAIA.

Pour les dispositifs les plus anciens (2009 et 2012), les pilotes associent la perception de MAIA par leur partenaire à un projet collectif de territoire (64 %) et une méthode d'intégration (41%) contre respectivement 57% et 32% pour les dispositifs déployés entre 2013 et 2016.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« La perception a évolué dans le temps, nous sommes passés d'un dispositif de coordination juxtaposé ou concurrentiel à un dispositif de coordination complémentaire et tendons, bien sûr, vers un dispositif d'intégration. »

Monographie - Territoire E

Sur le territoire initial de la MAIA E, le processus s'est déroulé sur 4 ans.

« On a commencé en 2010, ça a mis bien 2 ans pour qu'on commence à se connaître et se reconnaître et faire des propositions. »

La temporalité permet aux acteurs de s'approprier MAIA.

Pour un professionnel du territoire initial (2009-2013) :

« - C'est qui MAIA ?

- Je ne me positionne pas. J'ai l'impression d'être MAIA, c'est un projet collectif. »

Pour un professionnel du territoire élargi (2015-2016) :

« - C'est qui MAIA ?

- La MAIA, c'est le porteur, la pilote, la responsable scientifique, la responsable des gestionnaires de cas. Quand je parle de la MAIA, je parle aux 3. On ne se sent pas MAIA. »

L'intégration repose sur un processus continu et introduit une notion de conduite de changement. On peut évoquer « l'intégration temporelle » comme une des conditions de l'intégration.

Si le temps est nécessaire et relevé comme une condition de l'intégration, par la Société française de gériatrie et gérontologie (« [L'intégration] exige du temps pour que les gestionnaires et les intervenants touchés par le changement nouent des liens de collaboration et s'approprient le modèle de coordination retenu. »), l'efficacité des mécanismes n'est pas systématiquement liée à l'antériorité MAIA, mais va être conditionnée par la continuité de la mise en œuvre du projet d'intégration : tenues régulières des instances de concertation, synchronicité des décisions relatives au déploiement notamment.

La suspension des instances de concertation, l'absence prolongée d'un pilote sont repérés comme facteur défavorables.

Monographie - Territoire E

La mise en place des ateliers et le partage d'un diagnostic territorial ont été suspendus en raison de l'absence de la pilote pour raison médicale.

Cette discontinuité dans la mission est un facteur défavorable et produit une démobilisation des acteurs de la table.

« La table tactique, ça s'est un peu étiolé. »

« Pour l'instant, la table tactique c'est compliqué pour la pilote. A son retour, c'était retombé comme un soufflé. »

2.4 Dans quelle mesure le diagnostic organisationnel du territoire et la promotion du dispositif soutient-il le déploiement MAIA ?

Extrait du CDC national des dispositifs MAIA

« Le pilote local a pour mission de travailler à l'intégration des services de soins et d'aides sur le territoire MAIA. Pour cela, **il établit au préalable un diagnostic organisationnel approfondi des ressources du territoire**, régulièrement actualisé. »

En conformité avec le cahier des charges, 63% des pilotes enquêtés ont réalisé un diagnostic et pour 26% d'entre eux, le diagnostic est en cours d'élaboration.

La réalisation du diagnostic est d'abord un moyen pour les pilotes de connaissance de l'organisation du système d'action local, des actions de politique publique et des ressources, du niveau de coopération entre acteurs du territoire.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« C'est très important, très bon point de départ. Il permet de rencontrer individuellement les acteurs, de se présenter, de présenter la MAIA (le rôle ...) et leur permet aussi de s'exprimer, expliquer leur fonctionnement leurs problématiques etc. »

Les diagnostics élaborés ne reflètent pas cette connaissance et portent majoritairement sur un état des lieux quantitatif de l'offre.

L'exploitation des rapports d'étape confirme ce constat, 96% des éléments présentés sont quantitatifs (offre et population) ; 46% intègrent des éléments relatifs au repérage de problématiques organisationnelles et 35% des besoins non couverts.

Les données proposées sont partiellement renseignées, avec un taux de remplissage global pour moins de la moitié des dispositifs (48,6% - Base : 209).

Les remontées d'informations émanant de la gestion de cas sont sous-utilisées alors même qu'elles sont estimées comme révélatrices des dysfonctionnements.

Le diagnostic quantitatif, de fait, semble perdre de son intérêt au fil du déploiement de MAIA (redondance des informations et connaissance du territoire acquise).

Si le diagnostic est repéré comme support à l'élaboration de la feuille de route par 61% des pilotes, concrètement, un pilote sur 2 dispose d'une feuille de route dont 1/3 est validé par l'ARS.

En termes d'efficacité, le diagnostic est à réorienter comme support du projet collectif de l'intégration des services de soins et d'aides sur un territoire.

Le diagnostic constitue un apport faible selon les pilotes sur :

- la connaissance des besoins des personnes ;
- les questions de territorialités ;
- l'alimentation du répertoire opérationnel des ressources ;
- les décisions concernant l'ajustement de l'offre.

Les pilotes observent **un intérêt limité des partenaires pour le diagnostic dans son alimentation et son partage du fait d'une multiplicité des diagnostics.**

Pour les référents MAIA des ARS, il y a une nécessité de passer d'une description quantitative de l'offre à une analyse et une connaissance plus fine des besoins.

Les constats des référents sont majoritairement peu favorables à l'égard de l'apport des diagnostics réalisés par les pilotes.

Enquête ARS – Conseils départementaux

« Un diagnostic purement quantitatif ne sert à rien. » « Le diagnostic est trop large et peu pertinent. »

Plusieurs éléments peuvent expliquer le manque de portée du diagnostic sur le projet d'intégration :

- l'absence d'objectifs fixés au diagnostic par l'instance de concertation stratégique et précisés dans le cahier des charges national ;
- une trame du rapport d'étape et les indicateurs en annexe 13 du cahier des charges qui ne soutiennent pas la réalisation d'un diagnostic organisationnel ;
- un besoin de formation des pilotes sur la démarche diagnostique territoriale incluant une analyse systémique.

Certains pilotes orientent le diagnostic vers la compréhension des dynamiques territoriales et les besoins populationnels, ce qui permet de faire remonter les dysfonctionnements de la concertation tactique à la concertation stratégique et prioriser les actions.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Ce qui paraît important est de mettre en avant les forces et faiblesses du dispositif et que le diagnostic soit un référentiel de travail avec un aspect plus analytique et moins descriptif. »

Pour les référents MAIA des ARS, la valeur ajoutée du pilote porte justement sur l'apport de cette connaissance fine du système local, tout comme son apport méthodologique sur la conduite de projet.

2.5 Synthèse et recommandations

En synthèse

Le territoire de l'intégration est polysémique. Les critères d'un juste « dimensionnement » sont peu objectivables.

Le « bon territoire » est un construit historique et social, il s'appuie sur une « dynamique endogène qui doit permettre au territoire, compte tenu de ses contraintes physiques et humaines de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs des personnes qui y vivent. » (Y. Jean, 2013). Le bon territoire est un territoire de cohérence entre la territorialité des différents acteurs et l'accès aux services pour la population, en cela le territoire des filières de soins est souligné comme présentant un intérêt.

L'approche populationnelle est plus rarement prise en compte, elle se définit par la population (nombre de personnes âgées), et implique la considération d'autres critères : densité, mobilité, accès aux ressources, présence de ressources. La concertation stratégique est un espace de saisine des questions territoriales, à la condition d'un diagnostic axé sur ces enjeux. À ce titre, des évolutions ont lieu.

Le territoire MAIA est polysémique :

- « éclaté », « mobile » pour les gestionnaires de cas puisqu'il est représenté par les lieux du domicile des personnes ;
- « supra » pour le niveau stratégique avec une départementalisation et une vigilance à ne pas gommer les spécificités infra territoriales ;
- « de proximité » pour les personnes et les acteurs dans le cadre du guichet intégré ;
- variable selon la territorialité des acteurs : territoire d'action sociale, de santé, des réseaux, des filières qui ne concordent pas nécessairement.

Le territoire, lorsqu'il est « mal dimensionné » rend difficile la mobilisation des acteurs tactiques. Le territoire du projet d'intégration est défini par l'ARS et le conseil départemental, le porteur est un acteur du territoire.

La dynamique partenariale est estimée comme ayant évolué favorablement sur l'ensemble de champs sanitaire, sociaux et médico-sociaux.

Au niveau tactique, si la prescription des mécanismes du point de vue de la méthode n'est pas aboutie, le principal apport de MAIA porte sur l'interconnaissance des acteurs, la reconnaissance des missions et des positionnements et la saisine de MAIA pour ajuster les problématiques organisationnelles et concrètes de territoire.

MAIA : des temporalités différenciées selon les mécanismes, à orchestrer.

MAIA est une méthode innovante « en apprentissage » qui exige une acculturation des acteurs avec des temporalités différentes dans la mise en œuvre des mécanismes et la production d'effets tenant compte de la méthode et de son environnement (stabilisation des outils ; développement des systèmes d'information ; etc.).

La discontinuité dans le pilotage par l'ARS, l'absence d'un pilote sont des facteurs de démobilisation des acteurs et des décideurs et vont freiner les processus d'intégration des services d'aide et de soins. Aussi, les différentes temporalités associées à chacun des mécanismes restent à prendre en considération et à articuler dans un calendrier défini.

Une réalisation conforme du diagnostic mais une portée peu efficace sur le déploiement de MAIA.

À ce stade, les pilotes réalisent majoritairement un état des lieux de l'offre, mais n'élaborent pas de réel diagnostic organisationnel orienté sur l'analyse du système local d'information et d'orientation et les besoins des personnes âgées. Cette insuffisance amenuise la portée d'une démarche diagnostique nécessaire à l'établissement d'un plan d'action partagé du projet d'intégration sur le territoire et la construction d'une feuille de route. Le diagnostic, pour gagner en efficacité, doit porter sur des objectifs

cohérents avec les finalités MAIA de l'intégration et une analyse qualitative du cadre et mission des acteurs, des cultures professionnelles, des processus décisionnels, des processus et système d'information et d'orientation, des instances existantes au niveau clinique, organisationnel et stratégique.

Recommandations

Recommandation 4

Clarifier la définition du territoire de l'intégration

Le territoire de l'intégration des services s'appuie sur une définition conjointe entre l'ARS et le conseil départemental. Il prend en compte les organisations préalables : territoires de santé, territoires d'action sociale, filières de soin gériatriques.

Le porteur est un acteur du territoire mais le territoire n'est pas défini par celui du porteur.

Recommandation 5

Réaffirmer la place du diagnostic (réalisé par le pilote MAIA) comme support du projet territorial d'intégration au bénéfice du parcours personnes âgées

1. Orienter le diagnostic élaboré par le pilote sur une analyse territoriale du système local d'information et d'orientation des personnes âgées (diagnostic de l'intégration et des parcours)
 - a. Repérer les dynamiques de territoire : pratiques d'analyse des situations et systèmes d'adressage entre acteurs, mise en avant des acteurs de la coordination
 - i. Identifier les espaces ou pratiques d'intégration cliniques, organisationnels, décisionnels existants (quelles réunions, quels acteurs mobilisés ? quelles modalités, quels lieux décisionnels ?)
 - ii. Identifier les processus décisionnels à chacun des niveaux
 - iii. Identifier les logiques d'acteurs : cadre, contrainte, concurrence, SI (modalités d'échanges, partages)
 - iv. Identifier les CPOM, appels à projets qui sont leviers d'intégration
 - v. Au niveau des données quantitatives de santé : passer au niveau national des conventions avec l'assurance maladie pour l'obtention de données (fiabilité)
 - b. Support de projet de territoire axé sur les besoins des personnes
 - i. Une approche graduée des besoins des personnes
 - ii. Une approche par fonction et compétences (accueil, information, orientation, évaluation, aide, soins)
 - iii. Une approche de l'adéquation entre offre / besoin (réflexion « parcours » ; système et historicité (analyse fine)
2. Différencier le rapport d'activité relatif au conventionnement entre l'ARS et le porteur (outil de communication et de contrôle par l'ARS) du rapport d'étape (outil de suivi de l'intégration des services)
Modifier les indicateurs présents en annexe 13 du cahier des charges national MAIA
3. Clarifier le rôle entre l'ARS et le pilote sur l'élaboration du diagnostic
 - a. Co-construire sur des questions majeures
 - b. Identifier les contributions du pilote (diagnostics) aux instances autres
4. Apporter un appui méthodologique aux pilotes par la CNSA (guide méthodologique par la CNSA)

3 Les caractéristiques et le positionnement du porteur sont-ils des éléments favorables au déploiement MAIA ?

Éléments de questionnement

Ces caractéristiques relèvent tout aussi bien d'éléments formels (nature du porteur) que des processus portant sur le choix du porteur.

Quelles sont les logiques qui ont poussé à ce choix ?

Elles interrogent également la nature du porteur comme levier et comme frein au déploiement du dispositif.

À partir de cette entrée, deux axes typologiques peuvent être privilégiés : l'analyse des logiques relatives au choix du porteur, la nature institutionnelle des porteurs permettant d'expliquer les freins et les leviers à l'intégration.

3.1 Dans quelle mesure le processus portant sur le choix du porteur MAIA est-il conforme au cahier des charges ?

Extrait du CDC national MAIA

Le porteur du projet MAIA Le porteur d'un projet MAIA doit poursuivre un but non lucratif : association, établissement public, etc. C'est un acteur de la coordination, légitime pour construire un partenariat intégré sur le territoire : centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC), réseau de santé gérontologique, centre intercommunal d'action sociale (CIAS), établissement de santé, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, en particulier intercommunal ou départemental), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), groupement de coopération sanitaire (GCS), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services du Conseil général, maison départementale des personnes handicapées (MDPH), regroupement de professionnels de santé libéraux, ...

Le processus de sélection des porteurs est conforme au cahier des charges national MAIA. Seule la Franche-Comté, du fait du choix d'une organisation régionalisée au sein d'un groupement de coopération, a adapté celui-ci.

Deux éléments de différenciation dans le choix des porteurs sont prédominants :

- la compréhension du concept de l'intégration par les candidats ;
- la légitimité du porteur.

Des stratégies différenciées apparaissent entre ARS. Certaines ont fait le choix d'unifier les types de porteurs.

En Bourgogne et en Rhône-Alpes, les ARS orientent un portage du dispositif MAIA par les conseils départementaux du fait de leur légitimité acquise en tant que chef de file de l'action sociale et médico-sociale et afin d'éviter la concurrence entre acteurs.

En Ile-de-France, une réflexion amont sur la définition des porteurs est opérée avec les conseils départementaux.

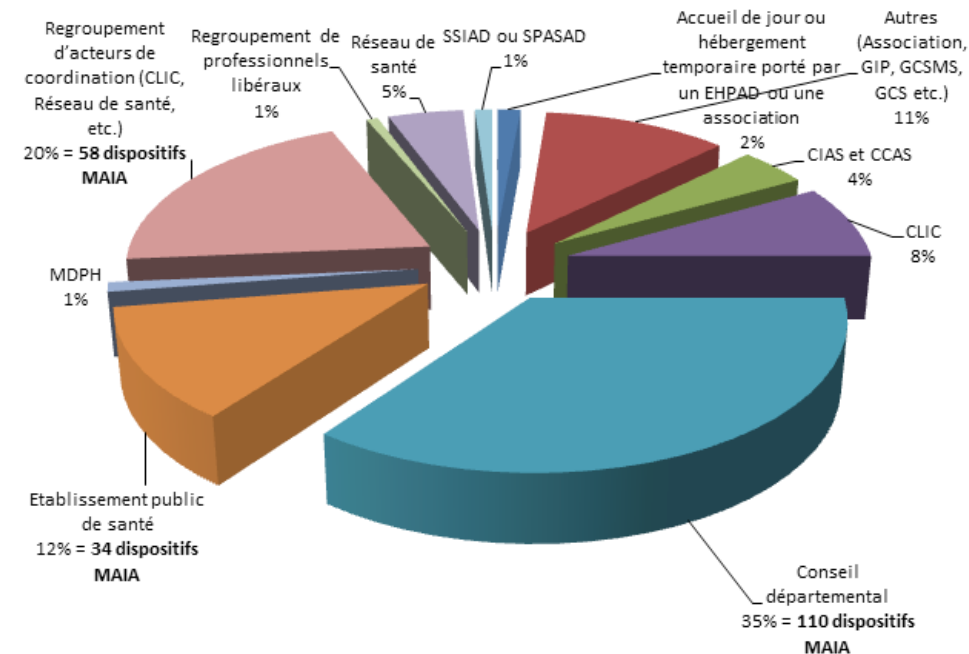
En Languedoc-Roussillon, 50% des porteurs sont des conseils départementaux, sans autre candidature affirmée.

En Midi-Pyrénées, une réflexion a été conduite en amont sur l'organisation la plus pertinente de la MAIA et le choix des porteurs avec des mises en lien effectives sur le portage : par exemple, Conseil départemental et réseau de santé gérontologique dans les Hautes-Pyrénées.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, le processus de sélection a été réfléchi avec les conseils départementaux. Seul le département du Pas-de-Calais s'est positionné sur le portage de l'ensemble des MAIA de son territoire. Le processus de sélection a été travaillé au niveau local par les pôles de proximité. Des critères de sélection issus du cahier des charges national, certains ont été mis en avant : la coopération et la présence des acteurs principaux. La référente MAIA indique que cela a induit un engagement des acteurs dès le départ et la mise en place de la concertation pour la formalisation d'une réponse à l'appel à projets. À la Réunion et en Guyane, du fait de la configuration territoriale et du faible nombre de porteurs potentiels, le choix s'est axé sur un seul candidat associatif.

Au global, la typologie des porteurs est conforme au cahier des charges avec trois configurations prédominantes :

- Un portage par les conseils départementaux : 35%
 - Un portage par une structure porteuse d'un CLIC, réseau de santé : 28%
 - Un portage par un service ou établissement public de santé : 17%.
- 11% des dispositifs MAIA sont portés par un groupement, et 3% par un service ou établissement médico-social (SSIAD, EHPAD).



Données ARS-CNSA au 01/02/2016

Plus d'un porteur sur 5 a signé une convention dans le cadre de MAIA avec une ou plusieurs structures.

Les structures avec lesquelles le porteur a signé une convention sont majoritairement des établissements de santé, puis une structure porteuse d'un CLIC ou un conseil départemental.

Pour les 52 MAIA concernées, la convention porte sur :

- la mise à disposition de locaux (46%) ;
- un support technique et/ou logistique complémentaire (secrétariat, gestion de projet, démarche qualité, véhicule de service, support informatique...) (44%).

Dans ce cadre, le rattachement du pilote reste essentiellement le fait du porteur (85 %), tandis que le rattachement des gestionnaires de cas est pour plus d'un tiers partagé, ce qui signifie que ces derniers exercent davantage au sein des structures partenaires et que la relation pilote – gestionnaire de cas ne peut-être que fonctionnelle.

3.2 Dans quelle mesure les caractéristiques du porteur sont-elles un élément favorable du déploiement MAIA ?

Les caractéristiques du porteur ne sont pas généralisables comme éléments favorables ou défavorables à MAIA.

67% des pilotes enquêtés estiment leur porteur comme facilitateur du déploiement MAIA, cet élément n'est pas lié à ses caractéristiques ni à un type de porteur particulier.

De manière qualitative, la légitimité et la neutralité du porteur sont les deux éléments récurrents cités comme favorables par les ARS et les pilotes.

Le principe de neutralité intrinsèque à la méthode est davantage perçu comme le fait de positionner MAIA au service du territoire.

Le porteur a, de fait, un ancrage territorial socio-historiquement construit ; en ce sens, il « donne une teinte au déploiement MAIA ».

Son secteur d'appartenance définit sa zone d'influence et les sources de sa légitimité :

- **une légitimité de compétence** et une influence sur le champ sanitaire associées à la proximité avec les situations complexes et les problématiques de santé dues à l'âge (expertise médicale des porteurs sanitaires) ;
- **une légitimité institutionnelle** et une cohérence départementale pour les portages assurés par les conseils départementaux. En termes de concertation, le conseil départemental est estimé comme le type de porteur ayant l'apport le plus important ;
- **une légitimité partenariale du fait de la connaissance du territoire et d'une mission de coordination généralement associée** aux structures porteuses d'un CLIC ou un CCAS.

La création de structure *ad hoc* (groupements et associations) est repérée comme facilitatrice dans le sens où elle réunit les caractéristiques de neutralité et légitimité : engagement des acteurs, équipes dédiées, souplesse de fonctionnement, meilleure fléchage des financements, neutralité dans le positionnement.

Enquête ARS-Conseils départementaux

« Le GCS ou le GCSMS est de loin le plus pertinent pour porter une MAIA. La gestion est confiée à une seule entité mais est collégiale, ses instances décisionnelles regroupent les principaux acteurs concernés. »

Monographie - Territoire B

Les effets favorables du co-portage (association *ad hoc*)

=> Créer du lien entre les champs et les secteurs géographiques : « De plus c'est un secteur géographique extrêmement dynamique, et il y a des choses qui y sont travaillées qui peuvent facilement être applicables sur le territoire par la pilote et par ses collègues des autres MAIA, pour qu'on arrive à quelque chose de plus départemental et là provoquer la décision de la table stratégique. L'avantage c'est que dans le portage on a des acteurs de tous les secteurs géographiques » (DD ARS)

=> S'appuyer sur des acteurs qui mettaient déjà en œuvre une coordination gérontologique sur le territoire.

=> Assurer une mise en lien avec les PIS (CLIC) du département : « Les PIS sont co-porteurs des MAIA, X est porteur et employeur des MAIA, ... les acteurs ont donc suivi l'arrivée de la MAIA, son projet, sa mise en place sur le territoire. Donc cette installation s'est faite naturellement ». (PIS)

=> Provoquer un engagement des partenaires en tant que porteur et acteurs terrain : « Ce sont des acteurs présents sur le terrain, sur différents lieux du territoire, avec différents positionnements, ils ont tous des casquettes différentes. Cela les oblige à travailler ensemble. Dans le même temps, ils s'engagent : ils ne peuvent pas dire "Je suis porteur de la MAIA, je travaille sur le dossier" et une fois sur le territoire dire "Je ne suis pas d'accord avec ça". Cette organisation a des effets de levier qu'un seul porteur n'a pas » (DD ARS)

Les conseils départementaux sont identifiés comme facilitateurs de par leur légitimité institutionnelle en tant que chef de file de l’action sociale et médico-sociale à la condition de ne pas introduire ou se saisir de MAIA comme un outil « politique » et de garantir une autonomie aux pilotes.

Les moyens dont ils disposent sont également estimés facilitant les conditions d’exercice des pilotes.

Pour autant, le déploiement MAIA ne peut s’expliquer par le seul fait ou la seule zone d’influence du porteur, mais **bien par la dynamique ou l’acceptabilité de MAIA par le système d’acteurs local. Cela renvoie à la nécessité de bien comprendre les enjeux et les raisons d’agir, la mesure de chacun des acteurs à participer au projet d’intégration.**

La part du porteur dans le déploiement de la méthode, quelle que soit sa nature juridique, est largement impactée par l’implication du conseil départemental, le pilotage régional et départemental de l’ARS.

3.3 Dans quelle mesure le positionnement organisationnel du dispositif au sein des activités du porteur est-il un facteur d’efficacité MAIA ?

Le positionnement organisationnel de MAIA est estimé comme favorable lorsque le porteur établit un équilibre entre l’autonomie du pilote et le soutien de la mission d’intégration.

En cohérence avec les observations supra sur les caractéristiques des porteurs, l’évaluation ne permet pas de repérer un type d’organisation particulièrement favorable, en dehors d’une présence réelle et à bon escient du porteur.

Les référents MAIA des ARS pointent trois éléments essentiels :

- la compréhension par le porteur du rôle de la MAIA et des principes de l’intégration ;
- l’engagement du porteur dans les processus d’intégration en interne ;
- le niveau d’autonomie laissé par le porteur au pilote ; avec à une extrémité une absence de portage institutionnel qui met le pilote en difficulté voire en errance dans l’exécution de sa mission et de l’autre un cadrage institutionnel trop fort, détournant le pilote de sa mission au service du territoire.

Le porteur de la MAIA E illustre l’équilibre à trouver entre légitimité, neutralité, autonomie laissées au pilote et sa relation avec les activités du porteur.

Monographie - Territoire E

Le porteur de la MAIA situe son action dans une réponse « intégrée » avec un ensemble de services d’aide et de soins complétés par de l’hébergement.

Il est reconnu pour sa compétence en matière gériatrique et les projets innovants qu’ils développent. Il y a un consensus pour reconnaître sa légitimité à porter MAIA. Son positionnement, s’agissant de la MAIA, est qualifié de neutre au service d’un territoire et des personnes. [...]

Du fait de ces dynamiques préexistantes et de l’organisation de réponses diversifiées au sein même du porteur, l’apport de la méthode MAIA sur l’organisation en interne n’est pas évidente à percevoir.

« Je ne suis pas sûr que ça change quelque chose dans le quotidien car on a la tradition de filière, on fait déjà tout ça. »

On note l’importance d’une plus grande « attention à MAIA » ne serait-ce que par les projets portés ou au sein desquels le porteur est impliqué (Article 70 ; PRADO Personne âgées) et pour lesquels MAIA est perçu « comme un espace d’information » et de « pérennisation des initiatives ». [...]

Aussi, MAIA donne l’impression de fonctionner davantage en parallèle qu’en articulation avec les projets au sein desquels le porteur est impliqué.

D’autres utilisent MAIA (méthode et pilote), pour soutenir leur politique interne/externe.

Enquête ARS – Conseils départementaux

Le département de l’Yonne porteur de la MAIA départementale a axé sa stratégie sur l’efficacité de la réponse aux usagers avec des services intégrés au sein des départements pour une réponse uniforme et cohérente. Le service PA/PH est sectorisé. Les unités territoriales de solidarité (UTS) ont une mission d’accueil et renvoie vers le dispositif MAIA (Gestion de cas), les gestionnaires de cas sont présentes en concertation tactique comme vecteur de relais de la politique départementale autonomie.

Cet équilibre à trouver implique de clarifier le rôle du porteur MAIA dans le cahier des charges et les outils conventionnels.

8 référents MAIA ARS indiquent une insuffisance de précisions sur le rôle du porteur.

Enquête ARS-Conseils départementaux

« Le dispositif de portage met en difficulté l’ARS dans son rôle de pilote. ARS facilitateur ou interventionniste ? »

« Il existe une interprétation ambiguë de l’articulation entre le positionnement de l’ARS et le porteur sur la question du pilotage et de la relation avec le pilote MAIA ».

« Le porteur doit-il être en table stratégique ? »

Le rôle du porteur est donc à préciser comme responsable de la convention MAIA qui le lie avec l’ARS, comme soutien aux missions du pilote et des gestionnaires de cas, comme partie prenante de l’intégration et destinataire des informations relatives au dispositif MAIA de la part de l’ARS.

3.4 Dans quelle mesure les moyens du porteur sont-ils un facteur d’efficacité MAIA ?

La mutualisation des moyens du fait d’un portage de plusieurs dispositifs MAIA par un porteur est citée comme un facteur d’efficacité par les pilotes.

31% des porteurs portent plusieurs dispositifs MAIA, parmi lesquels une grande majorité de conseils départementaux, cette configuration étant estimée comme favorable au déploiement MAIA.

L’organisation mise en place dans ce cadre repose essentiellement sur :

- le déploiement d’actions de communication collectives ;
- le développement et l’utilisation d’outils partagés ;
- et l’organisation d’instances de concertation stratégique communes.

Les facteurs favorables identifiés sont :

- une dynamique partenariale renforcée ;
- la cohérence de la gouvernance ;
- la mutualisation des pratiques et des outils.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Cohérence de la gouvernance stratégique et tactique (présentation commune, instances communes) et des territoires d’intervention (Département = Territoire de santé ARS). »

« La mutualisation des moyens, une harmonisation du fonctionnement et de l’organisation du dispositif. »

« Une facilité dans l’installation de nouveaux dispositifs MAIA. »

« Autonomie de chaque MAIA, mais souhait de porter un langage et des outils communs. »

Ce portage de plusieurs MAIA permet également de gagner en efficience dans le pilotage : interlocuteur unique pour l'ARS et les départements. L'hétérogénéité de portage est identifiée comme un frein à la cohérence départementale.

Le soutien organisationnel ou technique du porteur est cité comme élément favorable par 50% des pilotes : logistique et services supports, soutien RH, gestion financière.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Sa responsabilité d'employeur (RH, financier et comptable). »

« Les ressources en interne au Conseil départemental facilitent le travail des gestionnaires de cas et du pilote : service communication, service juridique, service logistique, circuit interne des signalements pour personnes vulnérables. »

« L'appui technique offert par la structure porteuse munie d'un service RH important, pallie mon manque d'expérience et me permet de monter également en compétence. »

En revanche, certaines règles administratives et budgétaires des porteurs publics peuvent être un frein à l'exercice du pilote et des gestionnaires de cas exercice.

Monographie - Territoire C

Le fonctionnement administratif du porteur (public) produit un certain nombre de freins quant à l'autonomie de la pilote et au statut des gestionnaires de cas.

Les budgets de la MAIA, indépendants de ceux du porteur, demeurent néanmoins gérés par la ville et les professionnels de la MAIA se heurtent à l'incompatibilité des modes de fonctionnement budgétaires de la ville et des modes de fonctionnement plus autonomes de la MAIA « On est à cheval entre l'organisation publique et l'organisation MAIA qui se doit d'être relativement autonome, dynamique. »

Par exemple, les frais de déplacement d'une gestionnaire de cas – qui peut être amenée à visiter plusieurs fois la même personne dans la même journée – posent problème au service administratif dont les grilles limitent le remboursement des frais de déplacement à un seul déplacement par personne et par journée.

En ce sens, les moyens apportés par le porteur à l'équipe MAIA doivent être précisés et garantis par la convention avec l'ARS.

3.5 Synthèse et recommandations

Synthèse

Les processus portant sur le choix des porteurs sont conformes au cahier des charges.

Deux éléments de différenciation ont été mis en avant : la compréhension de l'intégration et la légitimité du porteur.

Certaines ARS ont privilégié des types de porteurs unifiés comme les conseils départementaux, d'autres ont favorisé l'organisation des acteurs en amont ou encore ont défini une stratégie avec les Départements. Au global, les types de porteurs sont conformes au cahier des charges.

Les caractéristiques du porteur ne sont pas généralisables comme éléments favorables ou défavorables à MAIA.

Deux éléments sont cités comme prépondérants : la neutralité et la légitimité. Le porteur ne peut être exempt de neutralité dans le sens où c'est un acteur du territoire, aussi la neutralité consiste à mettre le dispositif MAIA au service du territoire vs du porteur. Sa légitimité prend différentes sources selon sa nature (de compétences, institutionnelle, partenariale) et va influencer le déploiement.

Le positionnement organisationnel de MAIA est estimé comme favorable lorsque le porteur établit un équilibre entre l'autonomie du pilote et le soutien de la mission d'intégration.

Une tension est observée entre l'autonomie nécessaire au pilote et la responsabilité conventionnelle du porteur. Aussi, son rôle est à préciser de même que les modalités de communication établies entre le porteur, l'ARS et le pilote.

Sa participation à l'instance stratégique est un facteur favorable dans le soutien de la mission du pilote et plus généralement sa participation comme acteurs du territoire à l'intégration des services.

La mutualisation des moyens du fait d'un portage de plusieurs dispositifs MAIA par un porteur est citée comme un facteur d'efficience par les pilotes.

En revanche, certaines règles administratives et budgétaires des porteurs publics peuvent être un frein à l'exercice du pilote et des gestionnaires de cas. Les moyens apportés aux pilotes sont hétérogènes et posent la question du fléchage des financements. Des précisions à ce sujet sont relevées comme nécessaires par les ARS. **En ce sens, les moyens apportés par le porteur à l'équipe MAIA doivent être précisés et garantis par la convention avec l'ARS.**

Recommandation

Recommandation 6

Clarifier le rôle du porteur en tant qu'acteur de l'intégration et en tant que responsable de la convention relative au dispositif MAIA

1. Communiquer sur la sanctuarisation des financements MAIA (CNSA) afin de favoriser la stabilité des personnels MAIA (pilotes et gestionnaires de cas) - cf. 4.2
2. Inscrire dans la convention entre ARS et porteur que son renouvellement est lié à la qualité de la réalisation de la mission d'intégration (Un portage repose sur un engagement sur une durée limitée)
3. Au sein des processus de contrôle et du renouvellement de la convention entre ARS et porteur (à préciser dans le cahier des charges national MAIA) :
 - a. Favoriser la stabilité des personnels
 - b. S'assurer de l'exercice d'un pilote à temps plein avec un statut cadre (sans double fonction)

- c. Préciser la mise à disposition des moyens nécessaires à l'exercice des professionnels (écarts importants entre MAIA - locaux sur le territoire MAIA, frais de déplacement, téléphonie, etc.)
 - d. Assurer une continuité de la mission en cas d'absence du pilote ou vacance de poste
 - e. Formaliser au sein de la convention les modes de relations entre ARS-Porteur-Pilote
4. Expliciter dans le cahier des charges national la validation du recrutement du pilote par l'ARS et assouplir le nombre de gestionnaires de cas par dispositif
 5. Positionner le porteur en responsabilité de l'équipe MAIA, en appui du projet territorial d'intégration et de la convention avec l'ARS, en soutien au pilote et comme acteur de l'intégration (non pas décideur d'une politique publique)
 6. Inscrire dans le cahier des charges l'obligation du porteur à suivre la formation « intégration » dispensée par l'EHESP
 7. Inviter le porteur, quand il n'est pas membre d'emblée de par sa nature (conseil départemental), comme membre de l'instance de concertation stratégique à titre consultatif, sans voix délibérative, garant de la convention qui le lie à l'ARS

4 Les caractéristiques et les conditions d'exercice du pilote sont-elles des éléments favorables au déploiement MAIA ?

Éléments de questionnement

Le pilote faisant office d'acteur central dans les processus d'intégration et de relation entre les mécanismes (organisation des remontées de la table stratégique vers la table tactique et vice versa), une analyse de son positionnement lié à son rattachement à une structure porteuse et de ses marges d'action paraît nécessaire.

4.1 Dans quelle mesure le profil du pilote est-il conforme au profil du CDC et influence-t-il le déploiement ?

Les profils des pilotes sont majoritairement conformes au cahier des charges.

75% des pilotes sont titulaires d'un diplôme correspondant à un niveau I de formation (bac+4-5, master, doctorat, diplôme de grande école), 16 % d'un diplôme de niveau II (bac+3, licence, maîtrise), et seulement 3 % d'un diplôme de niveau III (bac+2, BTS, DUT).

73% ont suivi la formation de pilote dispensée par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

Pour les référents MAIA au sein des ARS, le profil des pilotes est estimé comme déterminant sur le déploiement de la méthode.

Ils estiment que **le profil décrit dans le cahier des charges correspond au profil requis pour la fonction**, avec des critères estimés prioritaires :

- Compétences : méthodologie de projet (territoire, SI), analyse et compréhension du système local d'acteurs ;
- Capacités : compréhension de l'intégration, leadership, rigueur administrative ;
- Expérience : connaissance du public, connaissance en gérontologie.

La séniorité du pilote est également un facteur repéré comme favorable.

En cohérence avec les référents MAIA des ARS, les pilotes estiment un besoin de renforcement de compétences en priorité sur la conduite de projet.

Directement en lien avec ce premier élément, la réalisation d'un diagnostic territorial et la conduite de changement est également citée.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Le pilote est amené à porter et fédérer une diversité d'acteurs autour de projets communs. La conduite de projet est une compétence qui s'acquiert sur le terrain mais qui nécessiterait une formation pour appuyer le pilote dans ce rôle de "chef de projet". »

« Se saisir d'un diagnostic de territoire pour basculer en mode projet, manque de temps, meilleure compréhension des problématiques internes auxquelles sont confrontées les responsables. »

« [...] Il serait appréciable d'avoir un soutien technique et spécialisé afin de mener un VRAI diagnostic de territoire exhaustif. »

16% des pilotes citent également le besoin de **compétences managériales essentiellement liées au rôle hiérarchique ou fonctionnel du pilote auprès des gestionnaires de cas**.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« La dimension de management dans le contexte d’une installation de professionnels dans la fonction de gestionnaires de cas (accompagnement des professionnels dans l’exercice de leur nouvelle mission). »

Des compétences sur la connaissance du système d’acteurs en santé, la communication institutionnelle sont mentionnées par respectivement 15% et 8% d’entre eux.

4.2 Dans quelle mesure les conditions d’exercice du pilote sont-elles un facteur du déploiement MAIA ?

88% des pilotes MAIA sont seuls à exercer la fonction de pilote et la même part l’exerce à temps plein, en conformité avec le cahier des charges national des dispositifs MAIA.

6 % des pilotes travaillent à temps partiel, dont la moitié travaille à mi-temps et l’autre moitié entre 0,6 à 0,9 équivalent temps plein (ETP).

Une dizaine occupent un emploi en sus : chef de service domicile et coordination, chef de service du PASA d’un EHPAD, co-pilote MAIA sur un autre dispositif, coordinateur (CLIC, plateforme de coordination en psychiatrie et santé mentale).

Cette configuration marginale non conforme au cahier des charges induit des difficultés de compréhension par les partenaires.

Monographie - Territoire C

La pilote a été embauchée comme responsable du CLIC à partir de 2009 et a pris le poste de pilote tout en continuant ses activités de responsable de CLIC à partir d’octobre 2012. Depuis juin 2016, la direction du CLIC a été confiée à quelqu’un d’autre et la pilote est hiérarchiquement rattachée au service de gérontologie du CCAS. [...]

Un professionnel de l’hôpital trouve « compliqué que le CLIC porte la MAIA. Tout le monde ici a tendance à confondre CLIC et MAIA parce qu’en plus la pilote a été responsable du CLIC. »

Ceci provient sans doute d’une difficulté fondamentale de compréhension de la MAIA, de ses objectifs et de ses mécanismes lorsque la MAIA demeure perçue comme un dispositif. « Le CLIC c’est une structure, la MAIA c’est une méthode, il fallait bien dissocier les deux parce qu’à un moment les gens ne comprennent plus, ils ont l’impression d’une superposition de dispositifs. »

Les objectifs du CLIC et de la MAIA demandent donc à être régulièrement précisés en raison de ces différents historiques autour de la création de la MAIA et de son pilotage.

12% des pilotes déclarent être deux à exercer la fonction à temps plein au sein d’un même dispositif. Ils identifient plusieurs avantages à cette situation, en particulier une répartition des rôles et l’assurance de la continuité de mission.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Cette organisation centralisée permet une répartition des rôles effective et la possibilité de réaliser de nouvelles missions. »

« Favorise la lecture du système et la compréhension de la méthode, permet une continuité de service, ancre le partenariat par une communication ciblée et harmonisée. »

« Une seule concertation stratégique, des objectifs communs, les rôles sont partagés mais complémentaires. »

Un autre type d’organisation distingue pilote stratégique et pilote tactique ou clinique (gestion de cas). Cet élément de non-conformité apparaît comme un élément favorable ou défavorable selon qu’elle scinde et cloisonne les mécanismes.

Monographie - Territoire D

Selon les personnes rencontrées et nos observations de terrain, pilote et co-pilote se complètent effectivement, et cette organisation entre eux apporte plus de bénéfices que d’inconvénients : le rôle de chacun est bien identifié par les partenaires et la répartition des tâches entre eux est posée. Par exemple, les réunions d’équipe hebdomadaires sont animées par eux deux, mais les réunions de bassin avec les gestionnaires de cas concernés (une réunion chaque lundi par bassin, à tour de rôle) ne sont maintenant animées que par la co-pilote : « Depuis peu, on s’est aperçu que d’être deux pouvait gêner, on a vu que c’était mieux que j’anime seule les réunions de bassin ».

Mais pour l’ARS, cette structuration, non conforme au cahier des charges national bien que présente dans le projet de création accepté en ces termes, devrait faire l’objet d’une réserve majeure dans la validation de la MAIA 2 (en cours).

Monographie - Territoire E

Le choix de deux pilotes, s’il est non conforme au cahier des charges, est motivé par l’objectif de ne pas apporter de confusion entre le mécanisme gestion de cas et la démarche d’intégration des services. Il s’agit de répondre à la fois à l’exigence de déploiement de MAIA en termes organisationnels et stratégiques et de management de l’équipe des 9 gestionnaires de cas.

« Ça permet pour les partenaires de bien faire la différence entre la mise en place de la gestion de cas et l’impulsion de l’intégration des services au sens processus et projet de territoire et ça, c’est tellement compliqué à expliquer, on voit la difficulté qu’ont les partenaires à dissocier gestion de cas, une interface, un service qu’on rend à la population et l’impulsion de l’intégration des services où on leur demande du travail. »

À ce titre, les acteurs différencient bien l’intégration des services de la gestion de cas. Mais, de ce fait, ce mécanisme n’est pas identifié, à ce stade, comme un levier ou un élément de l’intégration sur le territoire élargi alors que positionné comme tel.

« Le problème de MAIA, c’est que c’est à la fois un porteur de service, qui ne couvrent pas tous les besoins des personnes âgées et d’un autre côté une méthode. Pour l’expliquer et se positionner entre intégration des services et gestion de cas, c’est compliqué. Rien que le fait de dire, on n’est pas une structure, et c’est une méthode, (...), ce double positionnement ne facilite pas le travail de pilote. »

Le pilote est le responsable hiérarchique des gestionnaires de cas dans 69 % des MAIA, et/ou dans 84 % responsable fonctionnel¹³.

La responsabilité hiérarchique des gestionnaires de cas par le pilote est considérée comme favorable dans le sens où elle permet d’assurer le management de l’équipe (accompagnement, recrutement, organisation de l’activité en lien avec le projet d’intégration).

Monographie – Territoire B

La prise de fonction des gestionnaires de cas a été effective en septembre 2015. Les 6 premiers mois ont été consacrés à un accompagnement intensif, assuré par la pilote, qui a eu pour objet l’élaboration d’une cohérence de positionnement à travers la construction d’un discours et d’une communication commune. Afin d’assurer « *une cohésion d’équipe, de faciliter l’organisation et le fonctionnement de l’équipe en termes logistique, ressources humaines, de présentation aux partenaires..., et de travailler ensemble sur le lancement de la gestion de cas complexes* », la pilote et les 3 gestionnaires de cas ont travaillé depuis un même site, dans les locaux du CH, futurs locaux de la gestionnaire de cas du territoire R.

En termes d’organisation, il y a une réunion d’équipe par semaine, permettant d’aborder : l’inclusion en gestion de cas complexes, les problématiques par rapport aux partenaires, l’intégration des services, les ajustements nécessaires en termes de communication et de promotion MAIA (sur la base de l’identification des adresseurs et non-adresseurs), les avancées du groupe de travail, les points RH et d’activité.

Cette configuration n’est pas possible lorsque les gestionnaires de cas sont employés par une structure différente de celle du pilote.

Selon l’enquête exhaustive auprès des pilotes, les pilotes ont des conditions d’exercice hétérogènes en termes de statut et de salaire. (Base : 233)

En termes de statut, 55 % des pilotes ont un contrat à durée indéterminée (CDI), 22 % un contrat à durée déterminée (CDD) et 18 % sont employés sous une autre forme de contrat (fonction publique territoriale ou hospitalière).

Les niveaux de salaire des pilotes varient de 1 500 à 4 000 € net mensuel.

15% des pilotes gagnent entre 1 501 et 2 000 €, 42% entre 2 001 et 2 500 € net mensuel, 26% entre 2 501 et 3 000 €, 9% entre 3 501 et 4 000 € net (8% non réponse).

Ces écarts sont également constatés pour les gestionnaires de cas (Enquête Médéric Gestion de cas – Mars 2016).

60% des gestionnaires de cas sont en contrat à durée indéterminée, 24% à durée déterminée et 15 % ont un autre statut (fonction publique territorial ou hospitalière, en détachement ou non).

45% des gestionnaires de cas perçoivent un salaire net inférieur à 1 799 €, 46% entre 1 800 et 2 199 € et 9% supérieur à 2 200 €.

Les conditions d’exercice – CDD et faible niveau de salaire – favorisent le turn-over et contre-vennent au besoin de continuité dans les processus d’intégration.

Ses effets peuvent être facteurs de désorganisation et de dysfonctionnements pour la MAIA et ses partenaires.

L’insuffisance de l’assurance de la pérennité des financements est citée comme favorisant l’emploi en CDD des équipes MAIA.

13 - Ses résultats sont proches de ceux de l’Enquête nationale auprès des gestionnaires de cas (Fondation Médéric Alzheimer – Mars 2016) : « Le responsable hiérarchique est dans 65 % des cas le pilote, dans 30 % le porteur du dispositif MAIA. Le responsable fonctionnel est dans 87 % des cas le pilote et dans 11 % des cas le porteur. 56 % des GDC ayant répondu aux deux questions ont pour responsable à la fois hiérarchique et fonctionnel le porteur de la MAIA. »

Monographie – Territoire C

Par ailleurs, le statut du porteur implique des statuts différentiels chez les gestionnaires de cas : dans le cadre de la MAIA C, les gestionnaires ont des statuts précaires et des rémunérations inférieures à d’autres gestionnaires de cas qui dépendent d’un porteur privé. Concernant le statut, un gestionnaire de cas porté par une structure de service public reste dans un statut précaire : s’il n’a pas passé de concours du service public, il ne peut espérer de pérennisation de son poste. Ces effets public/privé sur les statuts et la rémunération produisent une difficulté pour la pilote qui ne peut pas fidéliser ses équipes de gestionnaires de cas. Ce constat est transversal à d’autres MAIA : « [...] *Les différences selon que l’on exerce dans le public ou le privé sont importantes. Même si j’ai mon diplôme de gestionnaire de cas, il me faut passer le concours pour que mon contrat devienne pérenne ici puisque c’est la fonction publique, sinon je reste précarisée en CDD. Alors que nos collègues de X ont été en CDI direct. [...]* ».

Le diplôme de gestionnaire de cas ouvre à une fonction mais pas nécessairement à un statut et à un mode de rémunération homogénéisés. Pour le porteur, « *cette disparité de statuts pour la même fonction c’est un problème dont il faudrait que la CNSA s’occupe urgemment* ».

Ceci peut produire des effets de turn-over chez les gestionnaires de cas qui désorganisent la MAIA. En effet, sur la MAIA C, le gestionnaire de cas est un acteur bien identifié par les partenaires et certains soulignent « *la nécessité d’établir des relations de confiance qui ne passent que par le temps* », « *des modalités de travail qui doivent s’inscrire dans la durée* », d’autres évoquent les difficultés d’adressage en gestion de cas à ses débuts « *en raison du turn-over et du souci d’effectif des GC* ».

Sur ce point, la CNSA est interpellée afin d’un meilleur cadrage des fonctions : référentiel métier reconnu dans les conventions collectives, assurance de la pérennité des financements.

7.3 Dans quelle mesure le positionnement du pilote est-il facilitateur du déploiement de la méthode ?

Une tension est relevée entre l’autonomie nécessaire au pilote au service du projet du territoire, le porteur comme acteur du territoire et comme responsable de la convention avec l’ARS.

Le positionnement du pilote est conditionné par des facteurs qui lui sont liés (capacité, compétences), mais également et surtout par une légitimité acquise de sa fonction à conduire le projet d’intégration.

Un positionnement facilitateur de déploiement : les pilotes expriment des attentes par rapport à la formalisation d’objectifs dédiés à leur mission et une aide à l’élaboration de la feuille de route.

35% des pilotes reconnaissent un apport de l’ARS dans la définition de la feuille de route, 57% un apport nul ou faible.

L’acquisition de cette légitimité passe par une validation d’un mandat traduit sous forme de feuille de route par l’ARS et le conseil départemental, validé par le niveau stratégique de la concertation et partagé avec le niveau tactique.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« *Positionner clairement notre feuille de route, pour la MAIA et pour les autres acteurs.* »
« *Un soutien à l’implantation de la politique MAIA en accompagnant le pilote sur [...] l’élaboration de la feuille de route.* »
« *Axes clairs dont doit découler la feuille de route des MAIA : entre PTS, Schéma autonomie départemental, CLS, politiques nationales appliquée au territoire de chaque MAIA.* »
« *Un guide : feuille de route, avec définitions des objectifs et des priorités.* »
« *Un accompagnement proche DD et CD sur la feuille de route départementale.* »

En l’absence de mandat clair et d’une stratégie concertée entre ARS et pilote MAIA, le positionnement est compliqué, d’autant plus que l’arrivée de nouvelles actions peut amoindrir celui-ci.

Monographie - Territoire E

Le projet filière de soins accompagné par l’ANAP est intervenu au moment de l’élargissement du territoire MAIA et de l’absence de la pilote. Il s’est construit sur la base d’une enquête auprès des professionnels et poursuit 4 objectifs pilotés par un binôme de professionnels du territoire :

- lisibilité de l’offre ;
- continuité informationnelle : échanges d’informations entre professionnels ;
- continuité d’approche : anticipation des situations d’urgences ;
- organiser les services d’appui aux bénéfices des professionnels : positionnement d’une plateforme de service d’appui.

La démarche de méthodologie de projet accompagnée par l’ANAP a un effet structurant :

- inscription du projet dans les chantiers régionaux : migration de l’information sur le ROR ;
- appui sur l’existant : fiche de liaison de l’atelier Santé ville par exemple ; expérience de l’équipe mobile gériatologique en EHPAD (Article 70¹⁴) ;
- relations avec les évolutions règlementaires (échanges d’information) ;
- grille sur le repérage des patients âgés à risque de ré hospitalisation précoce expérimentée par des services hospitaliers en relation avec l’expérimentation PRADO¹⁵ personnes âgées et Article 70 ;
- calendrier, indicateurs etc.

Ces axes considérés comme une réponse aux besoins des professionnels sont en phase avec l’objectif d’intégration des services porté par MAIA mais la relation n’est pas complètement évidente.

Ces éléments associés à une insuffisance de stratégie d’intégration partagée au sein de l’ARS minimisent le positionnement de MAIA et de la pilote ; les partenaires ne saisissent pas toujours l’articulation entre les deux projets.

« Il y a une différence, que je ressens : dans le projet filière de soins, on est parti des professionnels, alors que dans la MAIA, ça descend, j’ai une vision de l’intégration, il faut que ça colle au territoire. C’est ça qui me gêne. On va vous expliquer comment travailler, certains professionnels de la filière gériatrique l’ont très mal pris. »

« En parallèle, il y a le projet Filière de soins, accompagné par l’ANAP, donc un peu de confusion, tous les acteurs se sont retrouvés à des réunions coordonnées par les promoteurs filières de soins ».

« Je ne vois pas l’articulation Filières de soins / MAIA parce que je n’ai pas l’impression qu’ils travaillent ensemble. »

Une stratégie pertinente de l’ARS aurait été de s’inscrire MAIA en soutien du projet, avec des éléments probants (diagnostics), et une feuille de route dès le démarrage.

14 - L’article 70 de la LFSS 2012 propose des expérimentations visant à améliorer l’organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l’hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d’hospitalisation (module 2). Dans le cadre du territoire observé, l’expérimentation est relative à une EMG externe qui se déplace en EHPAD afin d’évaluer les risques (module 1) et l’établissement d’un score de risque de réhospitalisation également utilisé dans le cadre de l’expérimentation PRADO Personne âgées.

15 - Lancé en 2010 par l’Assurance Maladie, le programme PRADO (Programme de retour à domicile) a pour objectif d’anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital – ville.

Dès lors qu’une feuille de route suivie est mise en œuvre, le positionnement et la direction d’actions des pilotes en sont facilités.

Monographie - Territoire B

Lors de l’expérimentation qui avait donné lieu à la création de la première MAIA, le pilote se trouvait relativement isolé dans la définition de sa feuille de route et le suivi de ses actions. Un nouveau mode de fonctionnement a donc été mis en place en 2016 afin de mieux accompagner les pilotes, la référente départementale de l’ARS ayant associé le Conseil départemental à ce suivi.

Ce fonctionnement repose sur la tenue de réunions bimensuelles, permettant de suivre la feuille de route de chaque pilote, leur activité, les groupes de travail mis en place, mais également la préparation en commun des ordres du jour des tables de concertation tactique et stratégique :

« Nous avons vu ensemble le diagnostic, mais sur la proposition de la pilote. Pour la feuille de route c’est également elle qui la propose. On en discute, on fait des points réguliers avec elle pour voir comment elle avance. On essaie d’aider quand il y a des points plus compliqués, ou que l’on peut avoir une prise sur certaines choses... On anime des réunions d’accompagnement et de concertation : on reçoit les pilotes et on travaille avec eux une fois par mois, conjointement, et avec le Conseil départemental » (DD ARS).

Pour le Conseil départemental, cette organisation permet de créer davantage de liens, de partager le travail effectué par les MAIA, et de mettre en cohérence les avancées sur les différents territoires au niveau départemental.

Néanmoins, la feuille de route du pilote MAIA doit se distinguer du plan d’action de l’intégration, en ce sens, où il implique les acteurs et traduit les objectifs collectifs du projet.

La prise en compte de l’existant par le pilote, sa pédagogie, une communication ciblée et adaptée sont considérées comme des facteurs favorables à son positionnement.

Les départements interrogés constatent que les MAIA donnent **une valeur ajoutée aux dynamiques préexistantes dès lors que les pilotes** s’appuient sur le système local et la méthode, sans l’imposer et **s’adaptent au réseau formel ou informel déjà constitué**, dans une logique de projet territorial (la qualité de la formation est relevée).

Monographie - Territoire A

Le travail de la pilote est reconnu en ce qu’elle permet un travail de fond sur des sujets qui importent à tous (selon les propos recueillis) mais qui ne seraient pas traités sans cette impulsion (et compte tenu de la méthode employée par la pilote, qui anime, co-responsabilise, étaye en évitant de se substituer aux acteurs, nous pouvons dire que ce travail est bien un effet produit par la concertation des acteurs).

Monographie - Territoire B

Ces deux qualifications [de la pilote en conduite de projet et de communication institutionnelle] constituent un socle qui lui a donné les moyens de gérer de manière efficace le positionnement du dispositif qu’elle pilote, sa posture ainsi que celle des 3 gestionnaires de cas dont elle est responsable hiérarchique, mais également les liens avec le porteur, l’ARS, le Conseil départemental et les partenaires sur le terrain. Elle dispose en outre d’une connaissance des secteurs sanitaire et médico-social et a suivi la formation EHESP.

La pilote dispose d’un savoir-faire et un savoir-être apprécié de tous : son approche et son positionnement, proposant un nouveau cadre de collaboration et prenant en compte le travail des acteurs locaux, permet de déployer une concertation renforcée, l’objectif étant de les amener vers l’intégration. Pour autant, les acteurs ont conscience du temps nécessaire à ce cheminement et soulignent que pour la pilote, *« c’est quand même tellement vaste avec des gens tellement différents, qu’il faut du temps pour qu’elle se fasse repérer »*.

Une intervention du pilote trop axée sur les « processus », « le vocable » et les « outils » MAIA est considérée comme un frein à la dynamique partenariale et au partage d’objectifs communs.

4.4 Synthèse et recommandations

En synthèse

Le profil et l'activité des pilotes sont majoritairement conformes aux attendus du cahier des charges en termes de niveau de diplôme, de suivi de la formation dispensée par l'EHESP et d'exercice à temps plein par dispositif.

Les besoins de développement ou de renforcement de compétences et de formation sont évoqués par 90 % des pilotes, sur 3 domaines en particulier : la conduite de projet et du changement, l'approche territoriale et diagnostique et le management.

Globalement, les pilotes exercent à temps plein par dispositif. L'évaluation reconnaît la pertinence du modèle mais convient que des organisations avec deux pilotes « intégration » / « gestion de cas », peuvent s'avérer favorables, à la condition d'une forte interaction entre les niveaux clinique, organisationnel et stratégique.

Une faible part exerce à temps partiel, cette situation interroge la capacité du pilote à conduire le projet MAIA ou sur les possibles conflits de rôle ou d'intérêt lorsque le pilote occupe une seconde fonction.

Des conditions hétérogènes d'exercice des pilotes (et des gestionnaires de cas).

Les écarts de salaire, de statut et de contrat (CDI, CDD) entre pilotes et entre les gestionnaires de cas posent la question de la stabilisation des équipes, de la reconnaissance des fonctions au sein de la structure porteuse. Des aspects conventionnels relatifs à la nature juridique du porteur et son domaine de compétence (grille de salaires, convention collective applicable) sont à prendre en compte.

Ces écarts importants de statut et de salaire vont dans le sens d'un contrôle renforcé de l'allocation de moyen par l'ARS et de l'assurance de la pérennité des financements par la CNSA.

Le positionnement du pilote, s'il est au service du territoire, doit être facilité par un mandat sous forme de feuille de route, tableau de bord (outils projets) définis par l'ARS et le Département et validés en concertation stratégique.

Sans cette légitimité, le pilote peut être isolé, avoir un positionnement compliqué d'autant que le paysage s'enrichit d'autres actions en faveur des personnes âgées et/ou en situation complexe. Enfin, pour que son action soit reconnue, sa capacité d'adaptation et de compréhension du système local d'acteurs, son appui sur l'existant et la communication sur le projet sont des facteurs favorables à son positionnement.

Recommandations

Recommandation 7

Positionner le pilote comme « chef du projet » territorial de l'intégration

1. Donner mandat au pilote par l'ARS et le conseil départemental, directeurs du projet d'intégration
 - a. Le co-mandater sur la mise en œuvre d'une feuille de route formalisée validée à l'appui du diagnostic de l'intégration accompagné d'un plan d'action du projet (tableau de bord) précisant des objectifs opérationnels collectifs
 - b. Le co-mandater sur des sujets ciblés, l'appui aux actions de politique publique (diagnostic ciblé sur un sujet ex : accueil de jour ; soutien à la mise en œuvre d'une communauté professionnelle de santé), alimenter le cas échéant la conférence des financeurs, schéma etc. via le diagnostic
2. Positionner le pilote comme soutenant aussi les démarches d'intégration internes de son porteur
3. Préciser que le pilote est en capacité d'encadrement (équipe et projet) – statut cadre et positionner le pilote comme responsable hiérarchique des gestionnaires de cas

4. Inscrire dans sa fonction la nécessité d'un travail entre pilotes
 - a. Préparer les instances stratégiques en préservant les spécificités et les besoins de chaque territoire d'intégration
 - b. Harmoniser les outils ; SI (efficience)
 - c. Analyse des pratiques entre pilotes MAIA obligatoire
 - d. Capitalisation des initiatives locales et pratiques professionnelles

Recommandation 8

Renforcer la formation des pilotes

1. Conduite de projet de territoire
2. Diagnostic territorial partagé (système local)
3. Animation de réunion ; communication : capacité de traduction des objectifs de l'intégration en fonction des publics cibles
4. Management d'équipe ; Connaissance de la gestion de cas (encadrement technique)

Le fonctionnement de MAIA à travers ses mécanismes et outils

5 Le mécanisme de concertation produit-il les effets attendus de MAIA en termes de coresponsabilité des acteurs et d'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées ?

Éléments de questionnements

Il s'agit ici d'analyser les effets de la concertation telle qu'elle est organisée par la méthode d'intégration. Cette concertation est séparée en deux tables d'acteurs (1/ table stratégique composée d'acteurs gestionnaires et planificateurs, 2/ table tactique de professionnels).

Le pilote assure la fonction de relais entre les deux tables (il est aussi le relai du mécanisme de gestion de cas au sein de la concertation) selon le cahier des charges MAIA.

L'analyse des tables elles-mêmes comme processus horizontal d'intégration peut permettre

- de relever en quoi les décideurs se saisissent du mécanisme pour agir sur les dysfonctionnements du système d'aide et de soins ;
- de favoriser le déploiement des mécanismes de gestion de cas et guichet intégré ;
- enfin d'identifier quels sont les effets de ces logiques par rapport aux attendus de MAIA.

5.1 Dans quelle mesure le fonctionnement du mécanisme de concertation est-il conforme au CDC ?

Extrait du cahier des charges national MAIA

La table stratégique se compose des décideurs et des financeurs. Il est possible de s'appuyer sur un comité préexistant et de le faire évoluer pour lui faire prendre une dimension stratégique.

La table de concertation stratégique comprend : le Directeur général de l'ARS ou son représentant mandaté, le représentant du (des) Conseil(s) général(aux) concerné(s), les représentants des caisses de retraite, les représentants des professionnels de santé libéraux, les représentants des associations d'usagers et toute autre représentation utile de niveau stratégique.

Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, ...) ; il s'agit d'un élément déterminant de la coresponsabilité.

Le pilote, avec l'appui de l'ARS, constitue la table de concertation stratégique.

Dans l'avenir, avec le développement des MAIA, afin de ne pas multiplier les tables, la table stratégique pourra être commune à plusieurs dispositifs MAIA.

La table tactique se compose des responsables et des directeurs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux qui accompagnent ou prennent en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sur le territoire concerné.

Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, etc.), c'est un élément déterminant de la coresponsabilité.

Le fonctionnement des instances de concertation est majoritairement conforme au cahier des charges national MAIA en termes de tenue et de représentativité, mais elles restent peu décisionnelles.

Lors de l'enquête exhaustive auprès des pilotes conduite en mars 2016, 80% des dispositifs MAIA ont réuni les instances de concertation stratégique et tactique au moins une fois.

Un décalage est observé entre un niveau de représentation estimé comme décisionnel au sein des instances et l'effectivité des décisions.

Sur la base de l'enquête exhaustive auprès des pilotes, **la temporalité a un effet favorable sur l'opérationnalité de l'échelle tactique, elle n'est pas repérée comme un élément de consolidation de l'échelle stratégique**, qui va dépendre davantage du volontarisme institutionnel conjoint ARS et conseil départemental.

5.1.1 La conformité du mécanisme de concertation au niveau stratégique

Une représentation parfois exhaustive et non conforme pose la question du périmètre de l'instance de concertation stratégique, sa différenciation avec l'instance de concertation tactique et la possibilité de prise de décisions.

Le CDC est précis sur ce point : « la différenciation explicite des représentants à ces deux niveaux est gage de réussite et permet ainsi une réelle coresponsabilité des acteurs ».

Cet élément de conformité est directement associé à la coresponsabilité décisionnelle. A ce titre, le rôle conjoint de l'ARS et du conseil départemental est à affirmer.

Une configuration élargie de la table stratégique ne permet pas de prendre des décisions et perd de sa vocation.

Monographie - Territoire C

L'analyse des structures présentes montre qu'à l'échelle départementale, les structures et leurs directions, déjà présentes en tables tactiques sont également présentes à la table stratégique. Une large part des échanges retranscrits lors de cette table montre qu'il y a une incertitude et un manque de clarté en ce qui concerne la représentation des acteurs selon le niveau de concertation. On y note « un mélange des genres » entre les instances de concertation tactique et les instances de concertation stratégique. Pour un responsable (porteur) : « Si l'on revient à l'origine, dans les textes, la Table Stratégique devait être composée de "décideurs" et la Table Tactique de techniciens. Aujourd'hui, sauf erreur, il y a un mélange des genres, car j'accompagne mon "décideur" (élu) à cette TSD. J'aurais souhaité que les choses soient précisées : même si je suis sûr que mes élus font confiance au Directeur pour orienter, conseiller et apporter son avis sur les sujets traités, la personne qui a le pouvoir décisionnel, c'est l'élu. »

Des pilotes reconnaissent que plusieurs mêmes acteurs participent aux deux tables.

L'organisation des instances de concertation s'affirment sur deux formats différents : une mutualisation des tables stratégiques, une thématisation du niveau tactique.

L'instance de concertation stratégique prend une forme « supra ». 70% des dispositifs MAIA ont une instance mutualisée au niveau départemental.

7% des territoires ont des instances qui allient plusieurs dispositifs : filières gérontologiques, comité départemental de concertation sur l'autonomie et les parcours des personnes âgées et handicapées voire PAERPA.

70% ont un pilotage conjoint par l'ARS et le conseil départemental ce qui est repéré comme un facteur favorable.

L'absence de tenue de l'instance de concertation stratégique est considérée comme un frein majeur **au déploiement des processus MAIA.**

Deux raisons sont évoquées : le déploiement trop récent de la MAIA ou des difficultés liées au pilotage ARS en lien avec le département, ou à des réorganisations au sein des institutions (ARS, conseil départemental) ayant retardé la tenue de l'instance de concertation.

La reconfiguration de l'instance stratégique au niveau départemental peut faire craindre une dilution des problématiques spécifiques à un territoire MAIA, à ce titre, une instance de concertation transversale entre pilotes est relevée comme nécessaire (cf. Recommandation 7.4).

Monographie - Territoire C

L'analyse de cette TCS départementale montre en effet qu'il manque une instance de concertation transversale aux pilotes du département pour opérationnaliser l'articulation des mécanismes de concertation, entre les contenus de l'échelle tactique et ceux de l'échelle stratégique.

La méthode, comme moyen d'ajustement de l'offre, reste peu saisie par le niveau stratégique.

Extrait du cahier des charges national MAIA

Au niveau stratégique, le retour d'informations et son analyse permettent d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire, ce qui renforce la cohérence de l'offre de soins et médico-sociale, conformément aux demandes exprimées par la table tactique.

L'analyse de 215 rapports d'étape portant sur 2014 établit que 77% des instance de concertation stratégique prennent des décisions mais de nature opérationnelle, 50% étant suivies.

Selon l'enquête exhaustive auprès des pilotes, les décisions prises concernent :

- en grand majorité les processus inhérents au fonctionnement des dispositifs MAIA (8 cas sur 10) ;
- la feuille de route du pilote, la validation des indicateurs de suivi pour moins de une sur 2 ;
- l'ajustement de l'offre et les décisions engageant chacun des membres pour moins d'une sur 3.

La Bretagne fait le bilan suivant :

« Aucune table stratégique n'a pris en 2014 de décisions de nature strictement stratégique, c'est-à-dire visant à ajuster les politiques ou les moyens afin d'améliorer le service rendu. Les décisions prises - qui ne sont pas toutes expressément formalisées dans les comptes rendus - restent toutes de l'ordre des pratiques partagées (adoption d'outils et de pratiques, validation du programme de travail de la MAIA). »

Monographie - Territoire C

Décisions de la 2^e TSD du 16 octobre 2015 :

- validation du logo national MAIA et propositions de déclinaisons départementales ;
- attachement de 2 communes aux MAIA existantes ;
- présentation d'un diagnostic territorial commun par les pilotes.

Si les décideurs se saisissent des constats, le niveau de l'intégration reste opérationnel mais non stratégique.

L'équipe d'évaluation constate donc un problème de définition de l'articulation des missions des deux tables qui s'impose aux acteurs et qui ne semble pas pouvoir être résolu par le simple rappel du cahier des charges MAIA. Sur ce niveau de mécanisme (articulation table tactique/table stratégique), la méthode d'intégration demeure floue et produit une faible dynamisation de la ressource stratégique. *A fortiori* lorsque la concertation stratégique ne se produit qu'une fois par an ce qui représente aussi un symptôme de la difficulté des acteurs pour se projeter dans la méthode.

5.1.2 La conformité du mécanisme de concertation au niveau tactique

Le mécanisme de concertation tactique, en parallèle d’instance plénière, met en œuvre des groupes de travail thématiques et/ou infra territoriaux en réponse à des problématiques concrètes ou sur l’organisation du guichet intégré.

75% des pilotes développent en parallèle d’une instance plénière des groupes de travail thématiques relatifs aux process MAIA (annuaire et référentiel des missions, procédures d’orientation en gestion de cas, guide des bonnes pratiques, charte, ...) ou aux problématiques et besoins de la population (sortie d’hospitalisation, projet DMP SSIAD-centre hospitalier, prise en charge de l’urgence, aide aux aidants, analyse rétrospective et observation des situations complexes, prise en charge de la toilette à domicile etc.).

La démarche préalable conduite par le pilote de rencontres individuelles des acteurs tactiques et de compréhension des problématiques du territoire est repérée comme très favorable à la constitution de l’instance et l’adhésion des partenaires. Elle permet de soulever des problématiques système en relation avec l’objectif d’une meilleure organisation des services.

La présence de professionnels gestionnaires de cas, bien que non conforme, permet d’alimenter l’instance et de positionner le mécanisme comme partie prenante du guichet intégré. Cette pratique est à promouvoir.

Monographie - Territoire B

L’organisation de l’instance de concertation tactique (ICT) a été préparée très en amont, afin d’en assurer la bonne compréhension par les partenaires, garante de leur adhésion et d’un bon niveau de représentation. Ainsi, dans un premier temps, la pilote s’est attachée à la réalisation du diagnostic territorial, cherchant rapidement à enrichir ce premier état des lieux quantitatif par **une connaissance approfondie des structures et acteurs présents sur le territoire** : « *Chaque partenaire a été rencontré et la rencontre s’est articulée autour d’une trame commune : ses missions, ses attentes, son historique, ses liens avec les autres structures, les projets (d’établissement, de service...), l’organigramme... Un document Excel a ainsi pu être élaboré, sous forme d’annuaire des ressources avec un onglet par champ d’activité (sur la base du diagnostic MAIA national)* » (pilote)

Ce faisant, elle a préparé le travail futur des 3 gestionnaires de cas tout en plaçant les jalons de la concertation tactique.

Cette démarche l’a en effet amenée à appréhender de manière précise l’organisation et les attentes de chacun, les enjeux existant entre les différents acteurs : « *la représentativité des structures et services du territoire (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) est fortement souhaitée de manière à appréhender la concertation en s’appuyant sur les expériences, les pratiques, les outils et les problématiques des acteurs de terrain* », mais également de communiquer, de déployer une « *forte pédagogie MAIA (...) afin que le dispositif soit bien compris par l’ensemble des partenaires* » (pilote).

Ces premières prises de contact lui ont permis d’identifier les référents pour la table tactique en étant attentive à la représentation des différents champs et secteurs géographiques [...]

5.2 Quels sont les effets de la concertation sur les attendus de la méthode ?

Extrait du cahier des charges national MAIA

Ce niveau (tactique) a pour mission d’harmoniser les pratiques et d’améliorer la lisibilité du système de soins et d’aides.

Les différents niveaux de concertation structurent l’organisation des acteurs. La concertation aura pour corollaire de diminuer les redondances dans les évaluations des besoins des personnes, par exemple par la réalisation de passerelles institutionnelles entre les différents organismes effectuant des évaluations (évaluation par les équipes médico-sociales de l’APA, les caisses d’assurance vieillesse, les services hospitaliers, les réseaux, etc.) Ces différents niveaux de concertation constituent un point essentiel dans la construction des dispositifs MAIA. Leur inscription dans le temps et sur le territoire est un gage de pérennité du processus.

8.2.1 Les effets de la concertation stratégique

En relation avec les constats précédents, la concertation stratégique reste majoritairement un espace de suivi et d’information relatif au déploiement de MAIA. Peu d’effets sont constatés sur l’objectif d’ajustement de l’offre et de changement de pratiques.

Les pilotes estiment que l’apport le plus faible de l’instance de concertation stratégique porte sur l’ajustement de l’offre, alors qu’ils déclarent pour les ¾ assurer la remontée des problématiques ou des travaux de l’instance de concertation tactique à l’instance de concertation stratégique.

Au global, 5% estiment que l’instance de concertation stratégique a un impact fort sur l’ajustement de l’offre et le changement structurel d’organisation entre acteurs et respectivement 43% et 38% de manière partielle.

L’instance est qualifiée majoritairement comme un espace de suivi des travaux d’intégration du territoire, d’information et de validation des processus de déploiement (pédagogie sur l’intégration, outils, rapport de la gestion de cas, orientation du travail du pilote, modalités d’organisation du niveau tactique : groupes de travail thématiques).

La faible efficacité du mécanisme de concertation au niveau stratégique relève de plusieurs facteurs.

En premier lieu, **le principe de l’intégration par son innovation, des concepts et un vocabulaire spécifiques a exigé un temps d’explication** de la méthode MAIA, repris à l’occasion de reconfiguration des instances au niveau départemental.

Monographie - Territoire E

Le mécanisme de concertation est axé sur le déploiement la méthode : territoire, harmonisation des pratiques de pilote, son rôle stratégique est minoré du fait d’une installation en 2015.

« - La table stratégique, c’est un espace décisionnel ?
- On est un peu jeune, on a fait 2 tables, les 2 premières tables ont été de décrire la MAIA et de faire comprendre ce que c’est aux décideurs car c’est un dispositif très complexe, jargonneux, il ne se met pas à la portée de tous. »

Monographie - Territoire C

En mars 2016, s’est tenue la première Table Stratégique Départementale. Un premier constat s’impose à la lecture de l’ordre du jour de la table : l’espacement des tables stratégiques dans le temps et le changement d’interlocuteurs d’une table à l’autre, produisent une faible efficacité de l’instance stratégique: il s’agit à chaque fois de réexpliquer la MAIA et d’en rappeler les mécanismes.

La stratégie d’intégration est peu soutenue par le diagnostic et la feuille de route.

Les diagnostics réalisés par les pilotes, dans leur forme actuelle, ne permettent pas de définir une stratégie territoriale de l’intégration, soutenue par un diagnostic qualitatif et des axes précis dans une vision prospective et partagée en relation avec le niveau tactique.

Monographie - Territoire C

Sans feuille de route ni calendrier, le mécanisme de concertation stratégique se présente davantage comme une instance consultative que décisionnaire.

Il est donc nécessaire en cas de TCS départementale, qu’il y ait un travail de propositions, de diagnostics partagés, construits et argumentés en amont par les pilotes du département comme acteurs de l’articulation entre les mécanismes, pour que les instances stratégiques puissent se saisir de la méthode.

Le rôle du pilote dans son interface avec l’instance de concertation tactique et sa capacité à étayer les problématiques est primordial.

Monographie - Territoire B

Cette nécessaire progression est bien appréhendée par la pilote, dont l’objectif est de mobiliser l’instance stratégique autour des premières solutions et propositions travaillées avec le groupe Ville-Hôpital afin d’atteindre ce niveau de prise de décision et d’engagement des partenaires :

« À ce jour, il n’y a pas de décisions majeures en ICS : on présente les feuilles de route, les travaux effectués en ICT. Ce sont des présentations factuelles que je souhaite faire évoluer d’ici la fin de l’année pour qu’il y ait une prise de décision. Les délais seront peut-être un peu courts pour une présentation des travaux du groupe ville-hôpital, mais il faut se mettre d’accord avec les partenaires pour effectuer une remontée des besoins en ICS, en insistant sur les raisons pour lesquelles cela ne fonctionne pas et en étant force de proposition sur des éléments concrets. De cette façon, nous avancerons pas-à-pas mais fédérerons un mouvement dynamique d’intégration : en posant des actes et différents niveaux pour fédérer un esprit "d’amélioration du système ensemble" » (pilote)

La méthode, telle que décrite dans le cahier des charges, n’a pas suffisamment explicité les relations à trouver entre l’objectif d’ajustement de l’offre et les processus décisionnels propres à la planification.

La fonction d’ajustement de l’offre assignée au mécanisme de concertation va dépendre d’éléments structurels : processus politiques et décisionnels propres à chacun des acteurs représentés.

L’instance de concertation stratégique MAIA, de fait, peut acter des constats et des besoins, mais les décisions se prennent ailleurs.

Enquête ARS-Conseils départementaux

« Il est illusoire de croire que la MAIA va ajuster l’offre. »

« Les ICS sont des lieux de constats et pas une instance décisionnelle (instance relai). »

« Selon les décisions qui sont prises : ce n’est pas le même processus décisionnel parce que cela va dépendre d’une délibération du CD, des conseils d’administrations, des caisses. »

« Le fait qu’on ne doublonne plus les évaluations GIR peut être mis sur la table et argumenté par le pilote, mais la décision revient au CD.»

« Le besoin de places en SSIAD relève d’un appel à projet ARS, la seule décision possible en concertation : c’est un accord sur le fait qu’il y a un besoin objectivé de places en SSIAD. »

D’autre part, les ajustements relatifs à l’offre ou le développement d’actions sont réalisés indépendamment de l’instance de concertation stratégique MAIA.

Si des décisions en termes de planification ou de déploiement d’action sont opérées, elles sont déconnectées du processus d’intégration. Une des difficultés résident dans le fait que les décideurs, majoritairement, ne se saisissent pas de la méthode d’intégration et du mécanisme de concertation pour définir une stratégie commune relative à l’offre sur les territoires.

Monographie - Territoire C

Une décision récente (octobre 2016) de couvrir le territoire de N. par la Plateforme de répit a été prise par l’ARS indépendamment de la tenue d’une TCS, suite à la demande de l’établissement porteur de la plateforme de répit (Ehpad privé) présent en table tactique. Ceci laisse à penser que des demandes de réajustements de l’offre peuvent être prises en considération par l’ARS mais de manière atomisée, indépendamment du mécanisme MAIA.

Les acteurs repèrent des ruptures de soins dues à des ruptures socio-administratives (accès aux droits à fondement administratif ou assurantiel) et questionnent la capacité du niveau stratégique à agir sur ces dysfonctionnements.

Monographie - Territoire E

« Sur le suivi administratif : j’ai l’impression que c’est la mission de personne. Les ruptures socio-administratives entraînent des ruptures d’aides et de soins. Développer une mission d’un service d’aide administrative avec des professionnels formés, ce serait le travail d’un conseiller en économie familiale au sein d’un SAD. ».

« Des personnes âgées, qui ne comprennent rien, il faut qu’elles gèrent tout un tas de papier, il y a un déficit d’accompagnement, on sait qu’on a des personnes qui n’arrivent pas à renseigner un document administratif. »

L’évolution de l’environnement institutionnel et réglementaire avec l’arrivée de nouveaux dispositifs (PAERPA, PTA, conférences des financeurs) a pu déstabiliser le mécanisme de concertation au niveau stratégique.

Les actions concourant à la facilitation du parcours des personnes âgées ou en situation complexe se développent en parallèle de MAIA. Un pilotage conjoint des actions aux niveaux régional et départemental est un facteur d’intégration systémique. Dès lors que le pilotage est parallèle, il peut engendrer des incertitudes ou des confusions.

Monographie - Territoire D

Avec la mise en place de ce projet (PAERPA), est institué au niveau départemental un Comité Opérationnel d’Intégration qui a pour vocation d’intégrer l’ensemble des dispositifs pour les personnes âgées en amont et en aval du parcours (Repérage de la fragilité, PAERPA, MAIA). Une Coordination Territoriale d’Appui (CTA) s’appuiera également sur les actuelles Tables de Concertation Tactique de la MAIA. Se pose la question de la pérennisation de la Table Stratégique MAIA qui pourrait être intégrée dans le cadre du COI afin d’éviter la redondance des instances ». (TCT 8 novembre 2013). À la suite de quoi, est annoncée la mise en place d’une « gouvernance commune du parcours des personnes âgées » [...] Lors de notre recueil sur le terrain, à l’été 2016, cette gouvernance commune n’est pas en fonction.

Sans portage politique et stratégique, le projet d’intégration des services reste confiné à un stade opérationnel : animation de la complexité et non réduction par une action sur le cadre organisationnel des services d’aide et de soins.

Le besoin d’un pilotage articulé des différentes actions au niveau stratégique est encore relevé.

Enquête ARS – Conseils départementaux

« Il devient fondamental d’articuler les instances de concertation car ce sont toujours les mêmes acteurs qui se rencontrent et parfois pour parler des mêmes sujets dans différentes instances. »

« Le futur schéma aura pour objectif de clarifier l’articulation de tous ces outils, y compris au niveau des financeurs. »

5.2.2 Les effets de la concertation tactique

Les effets de la concertation tactique sont l’interconnaissance des acteurs et l’amélioration de l’organisation des services sur des problématiques concrètes.

L’instance de concertation tactique est repérée comme l’espace au sein duquel se « construit » progressivement la dynamique d’intégration et d’adaptation de la méthode au système local.

La concertation tactique et sa déclinaison en thématiques et/ou sous-territoires ont plusieurs effets en relation avec la temporalité nécessaire à la mise en œuvre des processus d’intégration :

- une production d’interconnaissance entre les acteurs ;
- un repérage des problématiques organisationnelles et la mise en œuvre de groupes de travail associés au travers desquels des problématiques concrètes sont abordées et résolues ;
- un travail sur la mise en œuvre du guichet intégré des services.

La concertation tactique est donc bien l’espace collectif au sein duquel les acteurs du territoire se saisissent des questions organisationnelles ou de construction de pratiques collectives.

Monographie – Territoire C

Globalement, les tables de concertation tactiques améliorent la communication des partenaires et produisent un effet favorable d’interconnaissance des acteurs et des ressources du territoire. Elles impliquent la création de groupes de travail pour améliorer la coordination des acteurs et ceux-ci produisent des outils communs ou réorganisent leurs modes d’intervention.

« Il y a eu des groupes de travail avec l’hôpital sur les sorties, pour améliorer l’articulation avec les prises en charge de ville, par exemple les sorties mal préparées qui consistent à faire sortir quelqu’un le vendredi soir et nous prévenir le soir même, ça s’est beaucoup amélioré quand même grâce à ces groupes de travail, et c’est grâce à la MAIA qu’on a pu avoir ces échanges avec l’hôpital, c’est une vraie avancée » (SSIAD).

Monographie – Territoire B

La seconde séance de l’ICT a été dédiée à l’approfondissement des éléments sélectionnés lors de la première réunion de l’instance tactique : « En croisant avec l’éclairage Conseil départemental et DD ARS, un tri des besoins a été proposé en deuxième ICT : gestion des sorties d’hospitalisation (sorties réalisées le week-end difficiles à gérer pour les SSIAD, les EHPAD…), liens avec les praticiens hospitaliers… L’objet est bien de leur proposer une amélioration des dysfonctionnements du territoire par leur spectre, la gestion de cas permettant une remontée des besoins non couverts par le biais des personnes âgées » (pilote).

Ces échanges ont donné lieu à la constitution de groupes de travail sur le lien Hôpital / Ville, « sur les bases des constats partagés lors de la table tactique numéro 1, une attention particulière s’est portée sur le constat partagé d’une rupture entre l’Hôpital et la Ville (problématiques de sortie d’hospitalisation, de suivi, de relais entre professionnels », incluant une réflexion sur le repérage de la fragilité (compte rendu ICT n°2). Ce groupe est composé des réseaux et pôles de santé de proximité, des structures hospitalières (compétences médicales et sociales), des services d’aide à domicile et des SSIAD.

Monographie – Territoire E Observation de l’atelier Capacité décisionnelle – 15/06/16 (déclinaison de l’ICT)

- L’atelier permet de faire émerger 5 pistes de travail énoncées par la pilote pour l’année 2017 :
- Sécurisation et transmission de l’information ;
 - Engagement d’une réflexion sur le circuit du signalement (information préoccupante) et sur la protection juridique ;
 - Établissement d’une information compréhensible sur l’APA en lien avec les outils développés par le projet filière de soins gériatrique ;
 - Travail sur le lien entre les professionnels ESA/HDJ/CM/Géronte/AJ ;
 - Articulation entre PIS et ESA.

Participant en fin d’atelier (Géronte)

« Les gens ne savent pas qui fait quoi, j’ai découvert des trucs. Je pense qu’eux aussi. […] Comment reconnaître celui qui peut avoir les compétences de comprendre où pas : positionnement de l’ESA qu’il est intéressant d’avoir, le positionnement de la consultation mémoire, du mandataire judiciaire, du PIS [CLIC], le lien avec le réseau, le lien avec les GC, c’était effectivement compliqué “qui faisait quoi, comment ”, le lien avec les professionnels soignants et les professionnels non soignants. »

Les effets de l’instance de concertation tactique sur la mise en œuvre du guichet intégré sont relatifs à la production d’interconnaissance et donc d’une meilleure qualité d’adressage, plus qu’un effet décisionnel sur l’adhésion des services aux outils prescrits par la méthode.

Monographie – Territoire D

Les réunions [tactiques et de travail] apportent un bénéfice reconnu par tous : l’interconnaissance qui facilite le travail ensemble, ainsi que le pilote l’a juste formulé : « le fait de les réunir autour d’une table, et des partenaires de différents champs, notamment à l’échelle du territoire, du centre hospitalier au service aides à domicile, ces réunions participent énormément à une meilleure coordination de l’ensemble du système, ils apprennent à se connaître, à se reconnaître et à travailler ensemble. Quand on se voit, on se connaît, ça marche, le premier intérêt est là. Et demain quand on est face à telle situation, on va prendre son téléphone et l’autre va répondre. On se voyait avant en concurrence, sur des zones de chevauchement. Quand on a pu se parler on se rend compte qu’on est dans des zones d’articulation et non de concurrence. Et qu’il y a besoin d’articuler les différents dispositifs ».

La temporalité du déploiement est à considérer.

En mars 2016, lors de l’enquête exhaustive auprès des pilotes, 82% des MAIA ont installé l’instance de concertation tactique et 53% le guichet intégré.

Si l’instance de concertation tactique est impliquée dans le processus de mise en œuvre du guichet intégré, dans 59% des dispositifs complètement ou partiellement, le suivi des décisions sur la mise en place de procédures collectives relatives au guichet intégré est repéré dans moins d’une MAIA sur 2.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Les décideurs participant aux tables tactiques ne font pas descendre correctement les infos dans leur structure : idée de devoir proposer une formation (mise en place par plusieurs partenaires) pour tous les personnels d’accueil du territoire. »

« Manque de mobilisation des équipes des structures (même si leurs représentants participent aux échanges, les informations ne redescendent pas toujours). »

Ce faible suivi des décisions prises en concertation sur l’adhésion aux outils est à comprendre par le cadre organisationnel de chaque acteur : chaque acteur a déjà ses propres outils, son propre système d’information.

La décision d’adhésion à un outil, de formation des professionnels à la fonction d’accueillant va dépendre du cadre organisationnel et décisionnel de chacun.

Ainsi, sur un territoire étudié, la relation étroite entre instance de concertation tactique et guichet intégré a permis la mise en œuvre d’outils et procédures communes au bout de 4 années. Un acteur engagé (CCAS) n’a pas reçu l’aval de la ville pour une mise en place du système d’information.

L'instance de concertation tactique a un effet sur le mécanisme de gestion de cas et sur son positionnement en articulation avec les dispositifs existants.

L'enquête exhaustive auprès des pilotes indique une forte implication de l'instance de concertation tactique (79% des pilotes tout à fait et plutôt d'accord) dans la réflexion autour de la gestion de cas. Les éléments travaillés par l'instance de concertation tactique sur la gestion de cas sont la prise en compte des critères d'inclusion et le positionnement de la gestion de cas par rapport à l'offre existante : approche en subsidiarité des services, différenciation de l'intervention des réseaux, du CLIC, de la gestion de cas ou de la plateforme territoriale d'appui.

5.3 Dans quelle mesure la concertation est-elle un facteur favorable de la mise en œuvre MAIA ?

La concertation est favorable à l'intégration des services lors d'une corrélation forte entre l'instance tactique et stratégique et une bonne différenciation des rôles de chacune, le pilote ayant légitimité à alimenter les deux instances.

Plusieurs principes sont identifiés comme favorisant l'articulation entre les deux instances de concertation :

Une concertation stratégique resserrée autour des décideurs et une gouvernance conjointe ARS – Conseil départemental.

Monographie - Territoire B

La reconsidération des modalités de fonctionnement de l'instance de concertation stratégique a eu pour objet de constituer un groupe en mesure de prendre les décisions suite à la remontée d'informations effectuée par l'instance tactique. En effet, l'analyse faite par les acteurs institutionnels montre que la composition initiale des instances et la présence d'acteurs tactiques en table stratégique faussait les niveaux décisionnels.

Une légitimation du pilote par les instances sur des sujets précis afin que le niveau stratégique puisse se saisir des remontées des besoins ou dysfonctionnements émanant du niveau tactique et que chaque décideur puisse faire le lien avec son propre processus décisionnel en matière d'allocation de ressources et de planification ce qui permet de répondre à l'objectif d'ajustement de l'offre.

Dans ce cas, des ajustements sont observés : transformation de places d'hébergement temporaire en lits d'EHPAD d'urgence avec des modalités de financement modifiées pour répondre aux problèmes de sorties d'hospitalisation ; création de places de SSIAD d'urgence ; mise en place d'un numéro téléphonique pour les médecins traitants géré par un gériatre hospitalier (appui sur le plan thérapeutique, demande de consultation d'urgence) ; travail sur le repérage des situations de fragilité au domicile auprès des SAD construit en partenariat ARS, conseil départemental, centre hospitalier.

Une temporalité des instances définie et permettant d'optimiser les échanges entre les niveaux tactiques et stratégiques.

Monographie - Territoire C

Les mécanismes de concertation peuvent obéir à des temporalités de mise en œuvre plus ou moins parallèles (donc non intégrées). Sur le territoire de la MAIA observée, les acteurs tactiques et de terrain opérationnalisent leurs marges de manœuvre en construisant des outils de guichet intégré, en formalisant des groupes de travail. Ils fabriquent à leur échelle de l'intégration, parce que celle-ci s'inscrit dans une temporalité continue d'échanges. Mais ce niveau d'intégration reste insuffisant, « frustrant », si le niveau stratégique ne s'en empare pas. C'est-à-dire si ce niveau ne met pas en œuvre une feuille de route, des outils convergents vers des décisions concertées, une temporalité définie et acceptée collectivement. C'est un travail de continuité soutenu qui fait l'intégration. Elle ne peut être mise en œuvre dans des temporalités à la fois sporadiques et floues.

Une préparation des ordres du jour orientés sur des questions stratégiques en amont par les pilotes (au niveau départemental) en relation avec les besoins constatés par le niveau tactique avec l'ARS et le conseil départemental.

Monographie – Territoire A

Les TCT valident les diagnostics de territoire et priorisent les problématiques à traiter lors des groupes de travail, ce travail est relayé par la pilote dans la feuille de route présentée en TCS.

Exemple : extrait de la TCT du 1^{er} octobre 2015

Problématiques locales et points à faire remonter en TCS en décembre :

Améliorer : 1/ la coordination avec les professions libérales 2/ l'articulation entre les SSIAD/IDEL/SAAD 3/ ...

L'inscription dans une politique territoriale plus globale et la mise en place d'espaces « tactiques » et « stratégiques » intégrés entre actions de politique publique et non plus systématiquement dédiés à MAIA est une condition favorable à l'implantation de la méthode et permettant d'assurer la cohérence des travaux et des actions sur le territoire.

Monographie - Territoire E

Des liens s'opèrent entre les problématiques relevées par les pilotes et les dysfonctionnements repérés par l'ARS. Ainsi, et en dehors de l'instance stratégique, le travail d'ajustement de l'offre prend appui sur MAIA.

« Dans le cadre du PRS2, les SSIAD ont des autorisations d'il y a 20 ans, on s'interroge sur le décalage entre l'autorisation et le territoire d'intervention, l'objectif est d'identifier les SSIAD présents, leur territoire d'intervention et les besoins de la population. On se met en synergie avec la MAIA (pilotes) pour identifier la réalité des pratiques. »

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« L'existence des réunions de coordination gériatrique sur des territoires plus fins à l'intérieur de ces bassins de vie par les CLIC et les responsables autonomie des UTAS permet une complémentarité avec les tables tactiques, mais constitue également un lieu privilégié de sensibilisation des acteurs à la méthode, et aux outils développés dans le cadre de la MAIA, à intervalle plus rapproché que les tables tactiques. »

« Il est nécessaire de s'obliger à articuler tous les "chantiers" et réflexions menées : Table tactique, feuille de route des pilotes, projet médical de territoire et projet médical d'établissement (nouvel hôpital), Contrats locaux de santé, comités d'acteurs en santé, projets de maisons et pôles de santé, coordination gériatrique locale,... cette mise en cohérence vis à vis des partenaires impliqués démontrent l'articulation et la cohérence des travaux... »

L'équipe d'évaluation recommande que la méthode soit support à une stratégie d'intégration définie par le niveau stratégique et dont la mise en œuvre est confiée au niveau tactique, stratégie formalisée par une feuille de route.

La considération de l'intégration des services comme projet de territoire partant d'une analyse du système local donnerait force à la méthode.

5.4 Synthèse et recommandations

Synthèse

Le mécanisme de concertation est globalement conforme au cahier des charges en termes de représentativité de ces membres. 80% des dispositifs ont installé les instances, mais elles ne sont pas encore des espaces décisionnels.

L'organisation des instances de concertation s'affirme sur deux formats différents : une mutualisation des tables stratégiques au niveau départemental, une thématisation du niveau tactique.

La reconfiguration de l'instance stratégique au niveau départemental peut faire craindre une dilution des problématiques spécifiques à un territoire MAIA, à ce titre, une instance de concertation transversale entre pilotes est relevée comme nécessaire.

Une représentation parfois exhaustive et non conforme de l'instance stratégique pose la question de son périmètre, sa différenciation avec l'instance de concertation tactique et la possibilité de prise de décisions. **À ce niveau, le rôle majeur des ARS et conseils départementaux est repéré.** La gouvernance partagée et installée est repérée comme très favorable et pouvant agir sur le système local.

La méthode, comme moyen d'ajustement de l'offre, reste peu saisie par le niveau stratégique.

Les processus décrits produisent de l'efficacité en théorie, mais ne tiennent pas suffisamment compte des processus décisionnels, des temporalités propres à chaque institution ou services pour agir sur l'offre ou les pratiques. La concertation n'est pas encore un espace de coresponsabilité abouti mais commence à produire certains effets, à la condition que chacun des niveaux soit défini.

Au niveau stratégique : un resserrement autour des décideurs, le mandat du pilote sur des sujets précis permettent d'ajuster l'offre en intégrant les besoins aux processus décisionnels des membres et les articulations avec d'autres espaces décisionnels ou de pilotage des actions de politique publique.

Au niveau tactique : la coresponsabilité des membres s'exerce principalement par la mise en place de groupes de travail autour de dysfonctionnements concrets permettant d'ajuster l'organisation des services. Les effets sur le guichet intégré sont relatifs à une meilleure connaissance des acteurs et une meilleure qualité d'adressage sans que la concertation ait abouti à l'adhésion et une utilisation collective des outils prescrits par la méthode. En cela, l'espace tactique est repéré comme l'espace au sein duquel se « construit » progressivement la dynamique d'intégration et d'adaptation de la méthode au système local.

La concertation est favorable à l'intégration des services lors d'une corrélation forte entre instances tactique et stratégique et une bonne différenciation des rôles de chacune, le pilote ayant légitimité à alimenter les deux instances par une feuille de route formalisée.

Le mandat des instances à l'échelle tactique et stratégique doit être précisé, et ses membres, au niveau stratégique resserrés autour des décideurs et des financeurs. Enfin, l'équipe d'évaluation relève comme conditions favorables à la concertation :

- la gouvernance conjointe ARS - Conseil départemental ;
- la définition par l'instance stratégique d'une stratégie d'intégration sur le territoire et d'une feuille de route associée donnant mandat au(x) pilote(s) ;
- le temps et la progressivité de la mise en œuvre et la tenue des niveaux tactique et stratégique définie par un calendrier cohérent ;
- la préparation par le pilote, et en cas de départementalisation par une instance transversale entre pilotes, pour déterminer les points à mettre à l'ordre du jour en relation avec l'ARS et le conseil départemental ;
- l'inscription du mécanisme dans une politique territoriale plus globale et l'articulation avec d'autres espaces stratégiques ou tactiques.

Recommandation

Recommandation 9

Préciser les mandats des instances de concertation : au niveau stratégique, définition d'une stratégie d'intégration, au niveau tactique, de sa mise en œuvre sur le plan organisationnel

1. Réaffirmer le périmètre de l'instance de concertation stratégique (décideurs et financeurs) co-présidée par ARS et conseils départementaux
2. Positionner la méthode (MAIA) en déclinaison de la recommandation 1 comme en appui d'un projet territorial d'intégration défini par la concertation stratégique - penser l'intégration comme politique publique en décrivant les organes de gouvernance et les objectifs assignés aux différentes actions
 - a. Faire le lien entre le projet d'intégration défini par la concertation stratégique et la planification - inscrire MAIA au service d'orientations stratégiques régionales et départementales (PRS, schémas)
 - b. Préciser au niveau stratégique, au niveau des territoires, l'articulation avec la conférence des financeurs (lisibilité) (Le pilote MAIA peut contribuer aux travaux au titre de la connaissance du territoire, de l'organisation des ressources, de la connaissance des besoins)
 - c. Préciser les positionnements relatifs au niveau des territoires et les complémentarités MAIA / Plateformes territoriales d'appui / PAERPA / filière de soins gériatrique
 - d. Donner mandat au(x) pilote(s) MAIA pour accompagner le projet d'intégration des services et s'inscrire ou soutenir, le cas échéant, les travaux locaux y contribuant (conseil territorial de santé, communauté professionnelle de santé, etc.)
3. Rapprocher le mécanisme de concertation d'autres instances qui existent et qui ont des rôles proches ou complémentaires et des finalités convergentes. Prendre appui sur les organisations locales prévues par la loi (afin d'éviter la perception « exogène » de MAIA)
4. Définir un calendrier précis des instances ou espaces de concertation stratégiques par l'ARS conjointement avec les conseils départementaux associés aux feuilles de route des pilotes et du plan d'action du projet d'intégration des services.
5. Affirmer dans le CDC que la préparation des ordres du jour est réalisée conjointement par l'ARS et le conseil départemental avec l'appui des pilotes
6. Au niveau tactique, assurer par le pilote, un rôle d'information sur les travaux respectifs de ses membres
 - a. Une validation des travaux de la table tactique et la prise en compte des dysfonctionnements ou propositions
 - b. Un espace où des constats actés impliquant des processus décisionnels propres à chaque structure sont suivis

6 Quels sont les facteurs favorisant l'opérationnalisation du guichet intégré et ses effets produits en termes de lisibilité de l'offre et de réponses aux besoins ?

Éléments de questionnement

En France, le guichet intégré ne se définit pas par un lieu unique (guichet unique) ou une structure spécifique mais comme « un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux » (Cahier des charges des dispositifs MAIA). Il s'agit d'évaluer les typologies de freins et de leviers à cette opérationnalisation ainsi que l'état des lieux des réalisations concrètes.

Comment les acteurs professionnels accueillent-ils la notion de guichet intégré ?

Le guichet intégré peut-il être considéré comme un outil au service de la lisibilité de l'offre pour les professionnels et pour les usagers dans le sens où il modifie les pratiques d'orientation ?

Le cas échéant, sur la base de quels outils et process les pratiques d'orientation se modifient-elles ?

6.1 Dans quelle mesure la stratégie de mise en place du guichet intégré est-elle conforme au CDC et au guide méthodologique CNSA ?

Extrait du cahier des charges national des dispositifs MAIA

Le guichet intégré, parfois appelé « guichet unique », constitue l'accès de proximité (quelle que soit la structure) à l'accueil et à l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée. C'est un ensemble coordonné des lieux d'information, d'analyse et d'orientation, qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants en évitant les réponses fragmentées. (...)

C'est un processus commun aux différentes structures du territoire pour l'analyse, l'orientation et le suivi des situations prises en compte.

Si la stratégie de mise en œuvre du mécanisme de guichet intégré déployée par les pilotes est conforme, elle ne produit pas encore l'efficacité souhaitée en termes de facilitation des parcours par la mise en place d'un ensemble coordonné des lieux d'information, d'analyse et d'orientation.

Un mécanisme qui exige des étapes préalables, un engagement des acteurs au niveau tactique, une temporalité longue.

En mars 2016, sur les 233 dispositifs enquêtés, 53% ont initié la mise en œuvre du guichet intégré.

La stratégie de déploiement utilisée est concentrique : maillage progressif auprès des partenaires (50 %) et/ou du territoire (27 %).

Une minorité de dispositifs ont opté pour un déploiement impliquant d'emblée l'ensemble des partenaires ou couvrant l'intégralité du territoire.

Les deux premiers motifs de non déploiement cités sont une organisation en cours (45%) et l'absence de système d'information (42%).

Le concept et l’opérationnalisation du guichet intégré sont perçus comme compliqués pour respectivement 28% et 21% des pilotes, la réticence des acteurs est citée comme un frein par 17% d’entre eux.

Un travail départemental inter-MAIA est cité comme levier de mise en œuvre du guichet intégré, constat à mettre en relation avec la départementalisation de l’instance de concertation stratégique et la territorialité des acteurs.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Un travail autour des outils du GI à l’échelle du département dès le début, et non du territoire de la MAIA, provoquant un effet “boule de neige” efficient. »

« Un discours commun des 5 pilotes MAIA (partenaires en commun souvent) sur le travail autour des GI et une convergence des ordres du jour des tables de concertation tactique pour un déploiement identique sur tous les territoires MAIA (du département). »

La stratégie de déploiement du guichet intégré proposée par le cahier des charges n’est pas complètement opérante.

Extrait du cahier des charges national MAIA

Le guichet intégré ne peut se mettre en place qu’après un travail préalable d’élaboration d’outils spécifiques et de procédures communes :

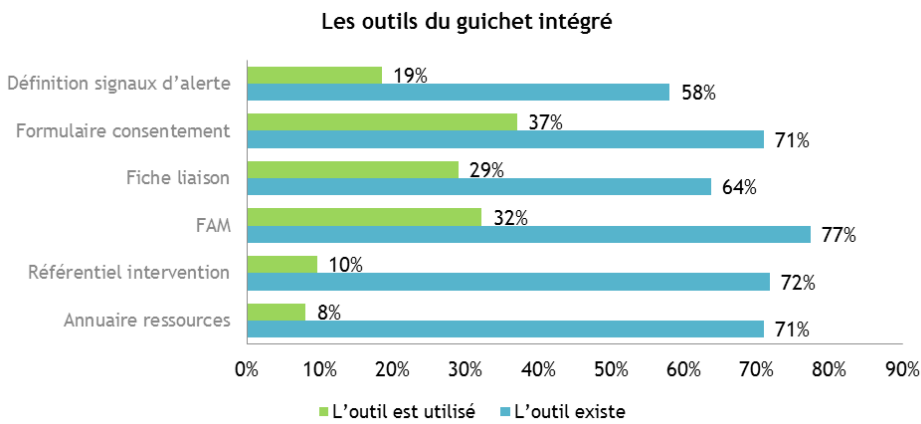
– annuaire partagé ;

– référentiel des missions différenciées existant sur le territoire ;

– critères d’inclusion dans les services du territoire facilitant l’orientation ;

– outil multidimensionnel d’analyse des situations.

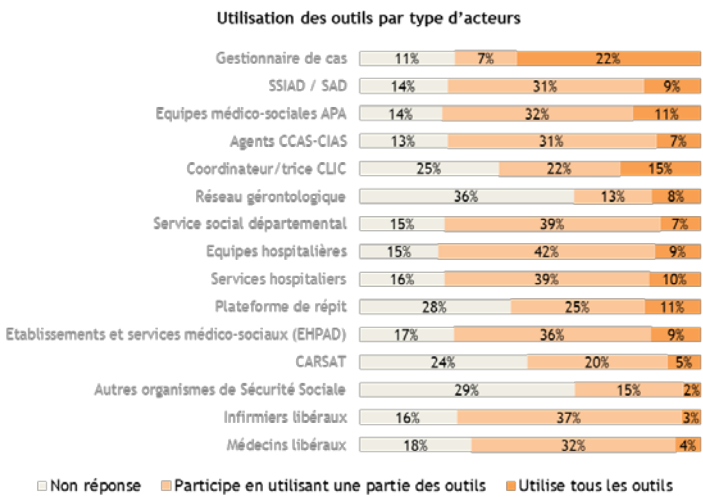
Si les pilotes enquêtés ayant initié les travaux du guichet intégré déploient les outils conformément au cahier des charges, lorsqu’ils existent, et indépendamment du fait d’une production pour les ¾ avec les partenaires du niveau tactique et une validation par les instances de concertation, les outils sont estimés comme faiblement utilisés.



Base : 124 (FAM : formulaire d’analyse multi-dimensionnel)

Leur utilisation par type d’acteurs confirme ce constat : les acteurs utilisent de façon très mino-ritaire l’ensemble des outils.

Leur utilisation globale estimée la plus élevée est celle des gestionnaires de cas (22%), directement impliqués dans le dispositif, puis les CLIC (15%).



Plusieurs obstacles sont repérés sur l’adhésion à une démarche et des outils partagés : la nécessité d’une acculturation à l’objectif d’intégration qui impactent les pratiques et cultures professionnelles, le passage d’une « culture orale » à une « formalisation » des échanges, les outils existants (évitements de double saisine) et le temps disponible de chacun.

L’acceptation et l’utilisation des outils nécessitent plusieurs conditions qui vont dépendre à la fois d’une temporalité nécessaire à un changement de pratique, un chaînage de décisions interne aux structures membres, des cadres et contraintes organisationnelles des acteurs et la construction ou l’interopéra-bilité des SI.

L’utilisation partielle des outils ne signifie pas pour autant ne pas être membre du guichet inté-gré, elle correspond à un usage qui répond au besoin d’un acteur, de sa place, dans l’intérêt qu’il va lui trouver, c’est l’exemple de la fiche de liaison utilisée pour l’orientation en gestion de cas spécifiquement.

Monographie - Territoire C

Si l’organisation du GI se déploie nécessairement dans la durée et la continuité, le déploiement peut être objet de résistances diverses, selon la mobilisation des responsables des structures à faire utiliser les outils en interne et surtout en raison des environnements professionnels concrètement vécus par leurs assistantes sociales.

Par ailleurs, la fiche d’EMD conçue pour devenir la fiche d’orientation commune de territoire, ne se substitue pas aux outils d’évaluation propres à chaque structure (tels que les gestionnaires APA ou bien les SSIAD « l’EMD ne remplace pas notre outil d’évaluation, l’EMD on ne l’utilise que quand on fait une orientation (SSIAD) »). Un CCAS reconnaît « qu’avant on avait une grille que l’on trouve plus complète que l’EMD. Donc on a notre propre grille enrichie de toutes les questions de MAIA. Par exemple les coordonnées des organismes qui interviennent à domicile ça n’existe pas dans l’EMD alors que dans notre ancienne grille ça y était donc on a fait un mixte des deux » (CCAS). Pour tous les opérationnels du GI, la fiche d’EMD ne peut remplacer le téléphone « si le SSIAD m’envoie une fiche, moi personnellement ça ne va pas m’apporter grand-chose de savoir si la personne est seule à domicile. Il y a toujours une case qui n’est pas, par définition, assez qualitative. Certes on a coché que la personne est isolée mais ça veut dire quoi isolée, il faut quand même un contact téléphonique avec le partenaire. » (AS)

Les acteurs ont donc des utilisations variées de l’outil : d’abord, certains utilisent uniquement l’EMD pour adresser en gestion de cas alors que d’autres l’utilisent plus systématiquement dès qu’il y a une visite à domicile par l’AS. Enfin, l’outil commun ne dispense pas de l’utilisation d’outils d’éva-luation préalables utilisés par les différentes structures (« parce que c’est notre outil référentiel de profession », « parce qu’il est plus complet que l’EMD commune du GI »,…)

Enfin il existe toute une gradation de ces outils. Ainsi, certaines structures ont formé leurs agents d’ac-cueil de premier niveau permettant une entrée dans une démarche d’orientation multidimensionnelle.

Pour autant ces agents n'utilisent pas, à leur niveau, la fiche d'orientation commune au territoire. Celle-ci sera davantage saisie au niveau des assistantes sociales, des paramédicaux ou des techniciens APA par exemple pour leurs propres ré-adressages. Le gestionnaire de cas quant à lui utilise un OEMD propre tel que le RAI destiné à devenir l'outil d'évaluation des gestionnaires de cas.

La volonté de structurer une réponse collective à partir d'outils standardisés s'est affranchie en partie des réalités propres à chaque acteur.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Pour les professionnels de l'accompagnement social et médico-social, les contacts directs entre professionnels ou les écrits développés sont un mode de fonctionnement difficile à remplacer ou à accompagner d'outils formalisés et synthétiques. »

« La formalisation de la primo évaluation et l'orientation par un formulaire constitue un changement de pratique à accompagner. [...] Cela ne fait pas sens pour les partenaires de mettre en place un formulaire d'analyse multidimensionnelle. »

« Peu d'utilisation par les partenaires de l'annuaire partagé (difficultés de changements d'habitudes de travail). »

« Chaque partenaire a déjà ses propres outils et ses propres habitudes : il est donc difficile de leur faire changer tout cela même s'ils l'ont validé en table tactique... »

« Les partenaires ont déjà leur propre fiche, leur propre mode de fonctionnement et il est difficile de les faire changer. Le fait que ces outils ne soient pas informatisés présente aussi un frein important. Ils s'ajoutent aux outils mis en place au sein des organisations. »

L'initiation du guichet intégré focalisée sur le déploiement des outils minore le projet collectif ou l'intérêt des acteurs à se saisir du mécanisme selon leur réalité.

En mars 2016, parmi les pilotes ayant entrepris le déploiement du mécanisme (124/233), 13% des pilotes ont réalisé un travail d'identification des dysfonctionnements du système d'accueil et d'orientation préalable à la mise en place du guichet intégré, 53% d'entre eux sont en cours de le réaliser, ou le réalisent partiellement. 31% n'ont pas entrepris cette démarche.

Or, la compréhension du système d'acteurs (l'intérêt, les conditions, les freins et la mesure de chaque membre) à s'engager dans le guichet intégré est indispensable.

Cela renvoie également à la nécessité de conduire le processus dans la durée et à l'efficience correspondant à une utilisation stabilisée et pérenne des outils.

Deux étapes préalables à la mise en place du guichet intégré sont identifiées : le diagnostic précis sur le continuum des services d'aide et de soins et la définition d'objectifs partagés.

Monographie - Territoire C

Ainsi, l'hôpital ne se formalise pas comme membre du GI comme le ferait un SSIAD. C'est dans ce sens qu'un des diagnostics nécessaires à faire par les professionnels de la MAIA en matière de connaissance des partenaires du territoire doit porter sur la connaissance du système local de prises en charge et d'organisation des parcours, des modalités de fonctionnement et des contraintes professionnelles des acteurs hospitaliers, des processus décisionnels spécifiques aux structures du territoire – qu'elles soient membres du GI ou pas – et des cultures professionnelles.

Ainsi, la stratégie d'appui sur l'existant, en adaptant les prescriptions de la méthode, facilite la mise en œuvre du guichet intégré.

Monographie - Territoire A

La pilote construit le guichet intégré en créant une dynamique de groupe au sein des micro-territoires. L'absence d'un système d'information sécurisé est un frein au déploiement des outils prévus par le cahier des charges de la MAIA mais *a contrario*, l'existence de l'ensemble des outils et du

système d'information au démarrage du déploiement n'aurait pas exonéré la pilote d'un long travail d'information et de gestion de projets, préalables nécessaires à l'appropriation des concepts et des outils de l'intégration.

Le guichet intégré n'est pas opérationnel dans le sens du cahier des charges MAIA (utilisation des outils, niveau d'orientation par les partenaires) ; toutefois les premiers signes d'une approche pluri-disciplinaire concertée apparaissent sur le terrain.

Monographie - Territoire B

L'arrivée du dispositif sur le territoire a permis dans un premier temps de faire un état des lieux des réflexions en cours et outils existants. Ainsi, la MAIA s'est positionnée comme permettant de rassembler davantage d'acteurs autour d'un outil en construction, comme sur le secteur R. : « Maintenant on travaille bien avec la pilote. C'est-à-dire qu'on arrive à faire des réunions pour ne pas faire doublon, comme la fiche navette pour le retour à domicile ou en EHPAD, que gériatres et médecins de ville travaillaient et qu'elle travaillait aussi : on s'est mis autour d'une table pour ne pas faire 2 fois les mêmes outils. » (hôpital).

La définition du périmètre du guichet intégré est adaptée selon les territoires et le consensus trouvé en concertation tactique.

Conformément aux préconisations figurant dans le guide méthodologique de la CNSA sur le guichet intégré, les pilotes MAIA impulsent l'organisation de la fonction d'accueil au sein du guichet intégré en 2 niveaux : simple et expert.

La définition du périmètre du guichet intégré a été le fruit d'un consensus des acteurs tactiques dans 1/3 des dispositifs ayant initié le guichet intégré.

4 types de périmètres sont identifiés :

- **Un périmètre large** incluant l'ensemble des professionnels généralistes, spécialistes pouvant être amenés à délivrer une information aux personnes âgées ;
- **Un périmètre plus serré** autour des professionnels et des structures dont la mission d'accueil, d'information et de coordination est une prérogative (CLIC, CCAS, Services départementaux, services sociaux hospitaliers) ;
- **Un périmètre restreint « guichet unique »** qui s'adosse à l'organisation existante du territoire (CLIC, association gérontologique) ;
- **Un périmètre dépendant de la « bonne volonté » des acteurs.**

Le périmètre va aussi varier en fonction des ressources et des caractéristiques du territoire, l'accueillant de proximité pourra être identifié comme le maire, la secrétaire de mairie en particulier dans les territoires ruraux.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Une demande de formation est sollicitée par les maires des petites communes, souvent le Maire et le 1^{er} adjoint reçoivent en direct la population. »

« Élargissement du Guichet Intégré auprès des secrétaires de mairies et des maires. Ils sont des acteurs essentiels du Guichet Intégré de proximité. »

La formation des accueillants est repérée comme favorable à la mise en œuvre du guichet intégré. Au-delà d'une utilisation stricte des outils, elle permet l'appréhension d'une démarche centrée sur les besoins des personnes.

À ce stade, 14 % des MAIA ayant mis en œuvre le guichet intégré soit 7,5% au global ont mis en place des formations pour les professionnels repérés comme « accueillants » (53 % ayant prévu de le faire au cours de l'année 2016).

Afin de tenir compte de la réalité des acteurs, des adaptations sont proposées.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Accueil de premier niveau avec analyse rapide et orientation en priorité vers des acteurs de coordination pour des évaluations plus globales. »
« Niveau 1 = primo-accueil (secrétaire de mairies par exemple) qui délivre une information simple ou oriente directement vers une prestation pour des demandes simples
Niveau 2 = analyse (en cas de besoin, évaluation complémentaire par un travailleur social d'un CLIC, CCAS ou MDS....). »

« Guichet unique » et « guichet intégré » ne s'opposent pas et sont complémentaires.

Le mécanisme de guichet intégré représente l'intégration des différents guichets du territoire dans leur fonction d'information et d'orientation. À ce titre, les guichets uniques que peuvent porter des formes d'organisation (plateformes territoriales d'appui pour les professionnels ou de numéro unique à destination des personnes par les conseils départementaux) sont à prendre en compte comme des éléments favorables puisqu'ils constituent une porte d'entrée dans le système d'information et d'orientation et permettent la délivrance d'une information de premier niveau.
C'est bien le point d'articulation à trouver entre guichet intégré et guichet unique. Le travail de recensement des ressources et de leurs modalités d'accès réalisé par les pilotes pourrait être un apport à la mise en œuvre des « guichets uniques ».

6.2 Dans quelle mesure les acteurs du territoire adhèrent-ils au guichet intégré ?

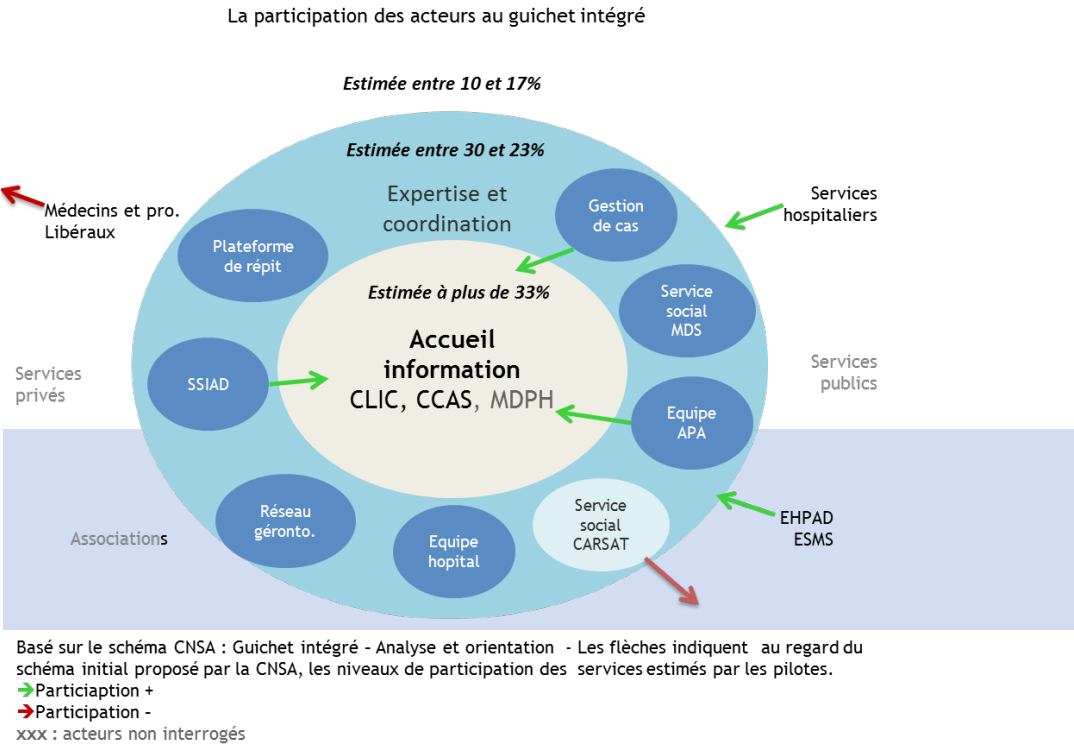
Une adhésion freinée par la notion même de guichet intégré difficile à appréhender d'emblée.

Monographie - Territoire E

Lors des entretiens, la plupart des acteurs interrogés ne saisissent pas le sens :
« C'est un mot qu'il faut absolument supprimer, ça ne veut rien dire. J'appelle un guichet intégré et j'ai qui au bout du fil ? »
« Le guichet intégré est une idée excellente : un seul endroit. J'ai fait l'erreur, ce n'est pas un lieu. C'est incompréhensible. C'est une copie du Canada, la traduction est curieuse ou mauvaise. »
« La notion de guichet intégré n'est pas très accessible, ça ne facilite pas les choses, avec un côté trop intellectuel, ce n'est pas évident, c'est un vocabulaire pas simple. »

Lorsque les travaux sont initiés, 3 niveaux d'adhésion des acteurs au guichet intégré sont repérés relativement en conformité avec la prescription du cahier des charges MAIA.

- 1^{er} niveau : il regroupe des acteurs impliqués directement dans les fonctions d'information, d'orientation et la prise en charge à domicile des personnes âgées (SSIAD, SAD, équipes APA, agents CCAS-CIAS, coordinateurs CLIC, gestionnaires de cas).
- 2^e niveau : il est constitué d'acteurs tels que les réseaux gérontologiques, les services sociaux départementaux, les équipes et services hospitaliers, les plateformes de répit, les EHPAD.
- 3^e niveau : il est constitué des organismes tels que la CARSAT et autres organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé libéraux (médecins et infirmières). Il se caractérise par une absence de participation élevée (au-delà de 33 %) et, lorsqu'il y a recours aux outils du guichet intégré, l'utilisation reste très partielle.



Chaque membre du guichet intégré se saisit de son rôle de membre en fonction de ses interprétations, des marges de manœuvre et des besoins produits par son environnement professionnel.

L’opérationnalisation du guichet intégré montre que les acteurs ne jouent pas de manière égale le rôle prescrit par ce mécanisme, ils ne se saisissent pas à l’identique des outils (évaluations et orientations en gestion de cas) en raison de leurs spécificités de fonctionnement et des contraintes exercées par l’offre. Cet ensemble produit des modes de régulation et de dérégulation qui échappent à l’action de la MAIA.

6.3 Dans quelle mesure l’objectif de simplifier le parcours des personnes est-il atteint ?

À ce stade du déploiement, les indicateurs d’impact du guichet intégré ne sont pas opérationnels pour mesurer objectivement les effets sur la simplification des parcours.

16 % des pilotes pour lesquels les travaux du guichet intégré ont été initiés ont élaboré une cartographie du parcours (ou circuit) des orientations réalisées au sein du guichet intégré, au moins de manière partielle. 24 % ont simplement commencé ce travail.

La base de données proposée dans le guide méthodologique de la CNSA¹⁶ n’est pas citée par les pilotes, elle reste aujourd’hui peu exploitable du fait du manque de SI partageable ou interopérable.

La compilation de données des différents services du guichet intégré nécessite au préalable que chaque service dispose d’un socle de variables communes et d’une base d’échange de données sécurisée respectant les obligations légales sur le droit des personnes relatives à l’échange d’information.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Manque d’un système d’information partagé qui dématérialise ces outils et évite la double saisie souvent mise en avant comme frein par les partenaires. »

« Manque d’un système d’information partagée qui illustrerait bien plus efficacement l’intérêt du Guichet Intégré. »

« Les acteurs adhèrent à cette démarche mais souhaiteraient n’avoir qu’un seul outil de coordination, d’orientation, de métier.. »

« Il manque l’essentiel : un outil informatique de partage. »

Le développement des SI en cours dans les régions sous l’égide des ARS représente un levier de l’intégration (continuité et disponibilité informationnelles).

Si l’absence de système d’information partageable est identifiée comme un frein fort par les pilotes pour atteindre l’objectif de simplification du parcours des personnes, les développements sont en cours dans la plupart des régions.

Les pilotes sont associés à la mise en œuvre du répertoire opérationnel des ressources ce qui est un facteur favorable en termes d’intégration des services et d’intégration systémique, ces travaux étant opérés à un cadre régional.

Monographie - Territoire B

Le système d’information partageable n’existe pas pour la MAIA B. Sa nécessité a pu être évoquée, mais il en est à un premier stade d’élaboration, issu de la réflexion menée par la pilote en lien avec les partenaires institutionnels et le travail mené au niveau de la région : « Le SI a été abordé, on s’en est saisi car c’est plus que nécessaire. On a lancé des groupes de travail avec le Conseil Départemental. Un outil a été proposé, qui est en expérimentation, pour voir les limites, comment le co-construire, etc. Cela n’a pas été posé en tant que tel à la table stratégique. La démarche y a été expliquée, elle a été validée. Du côté de l’ARS, il y a également des groupes de travail régionaux, donc on va essayer de faire en sorte que la logique que l’on a sur le département puisse s’y intégrer » (DD ARS) ; « (...) entre tout

16 - « L’observation de la réponse territoriale aux besoins des usagers repose sur la compilation des données des formulaires de liaisons. Elles sont fournies au Pilote par chacun des partenaires du guichet intégré:

- nombre de personnes contactant le guichet ; nombre de demandes ayant fait l’objet d’une analyse multidimensionnelle et orientées : besoin d’évaluation complémentaire ou orientation vers une prestation ; origine des demandes par service ; nombre de situations orientées vers : CLIC, réseau gérontologique, SSIAD, SAD, service social, consultation, etc. ; nombre de confirmation de la pertinence de l’orientation ; nombre de retours pour orientation inadéquate (indicateur qualité) ; nombre de réorientations par manque de place - par absence d’un service en rapport avec le besoin sur le territoire avec qualification du manque (caractérisant l’offre du territoire) ; autres (à définir localement).

En l’absence de système d’information identifiant les parcours individuels, le guichet intégré analyse les parcours avec une logique de flux à partir d’une compilation des données de chacune des structures. »

ce qui est en train de se mettre en place, système d'information national, régional ..., pour le moment on a eu une convergence de besoins. »

Monographie - Territoire C

L'ARS a mis en place un système d'information régional partagé piloté par un GCS E-santé qui a pour mission de travailler à la fois sur le ROR et, via un terminal coordinateur, sur les outils des PTA et des réseaux de santé, sur les logiciels métiers des gestionnaires de cas et sur les travaux d'informatisation des guichets intégrés. L'enjeu est « *une vraie cohérence pour les professionnels en termes de partage d'information* » (ARS). Ce système est donc pensé dans le sens de l'intégration des outils. Les pilotes sont parties prenantes de ce travail sur le SI via le volet Guichet intégré et les gestionnaires de cas.

Les ARS, en parallèle du développement des systèmes d'information régionaux, espèrent la généralisation du Dossier médical partagé afin que les professionnels libéraux puissent également accéder à l'information.

Monographie - Territoire E

Le développement du SI est centré sur les outils de coordination destinés aux acteurs qui disposent ou disposeront du terminal de coordination intégré au ROR.

« On y accède par le ROR, c'est plus qu'un annuaire, sous le SI, il y a le répertoire, des modules SSR, hôpital en tension, les outils de coordination, le but est que tout ça soit lié à la messagerie sécurisée. »

À terme, les représentants de l'ARS espèrent, en vue d'élargir l'accès à l'information à l'ensemble des professionnels, l'arrivée du DMP.

« On espère à terme que le médecin traitant ait accès à des infos. On espère vraiment, l'arrivée du DMP, on attend de la sécurité sociale. »

« Les objectifs d'interopérabilité, on ne peut pas tout mettre en adéquation, on est tributaire du niveau national, c'est tout récent que le niveau national ait indiqué que l'identifiant unique du patient était le n° Insee. »

60 % des pilotes MAIA ayant mis en œuvre le guichet intégré constatent ses premiers effets, sans pouvoir, à ce stade, les objectiver.

Les effets perçus par les pilotes concernant une orientation plus juste et un meilleur positionnement des dispositifs entre eux (respectivement 39 et 40 %).

35 % d'entre eux observent une identification, un partage et un repérage des critères d'inclusion de chaque dispositif par chaque acteur du guichet et 29 % relèvent une meilleure organisation des acteurs sur le terrain.

Cela se traduit qualitativement par une amélioration des relations entre ville et hôpital et une meilleure connaissance des ressources et critères de saisine des acteurs entre eux au-delà des routines d'adressage.

D'une manière plus générale, au stade actuel de son déploiement, le guichet intégré parvient à améliorer la lisibilité de l'offre au bénéfice des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sur le territoire en premier lieu pour les partenaires du guichet intégré (note de 7,5/10), puis en second lieu pour les partenaires du territoire au sens large (6,6/10).

La mise en œuvre du guichet intégré engage collectivement les acteurs et nécessite une temporalité longue soutenue par un processus continu d'accompagnement aux changements à plusieurs niveaux : sur les organisations et sur les pratiques professionnelles. Mécanisme central de l'intégration, il va dépendre d'une part, de l'effectivité des décisions prises en concertation aux niveaux tactique et stratégique, du développement des systèmes d'information en santé portant à la fois sur le parcours des personnes et sur l'annuaire des ressources et d'autre part, sur une acculturation à une approche centrée sur les besoins vs demandes. On peut souligner que paradoxalement, l'accès aux services d'aide et de soins est généralement conditionné par la demande (formulaire) et que l'ouverture des droits est à fondement administratif et assurantiel (système de santé français).

6.4 Synthèse et recommandations

Synthèse

La mise en œuvre du mécanisme de guichet intégré nécessite une temporalité longue du fait de l'exigence d'un changement de pratiques et d'une acculturation à une démarche centrée sur le besoin vs demande.

Sur les 233 dispositifs enquêtés, 53% ont initié les travaux du guichet intégré. La définition du périmètre du guichet intégré est adaptée selon les territoires et selon le consensus trouvé en concertation tactique.

Deux étapes préalables à la mise en place du guichet intégré sont identifiées : le diagnostic précis sur le continuum des services et de soins et l'interconnaissance des acteurs.

La stratégie d'appui sur l'existant, en adaptant les prescriptions de la méthode, facilite l'objectif de mise en œuvre du guichet intégré davantage en termes de « démarche intégrée » qu'en termes d'outils.

Ainsi, si les pilotes enquêtés ayant initié les travaux du guichet intégré déploient les outils conformément au cahier des charges, lorsqu'ils existent, et indépendamment du fait d'une production pour les 3/4 avec les partenaires du niveau tactique et une validation par les instances de concertation, les outils sont estimés comme faiblement utilisés.

La formation des accueillants est repérée comme favorable. Au-delà d'une utilisation stricte des outils, elle permet l'appréhension d'une démarche centrée sur les besoins des personnes.

Un travail départemental inter-MAIA est repéré comme levier de la mise en œuvre du guichet intégré.

L'adhésion au guichet intégré est diverse et va dépendre du cadre organisationnel de chacun.

Si l'adhésion a pu être freinée par le concept de guichet intégré, lorsque les travaux sont initiés,

3 niveaux d'adhésion des acteurs au guichet intégré sont repérés relativement en conformité avec le cahier des charges.

Cette adhésion se traduit par une saisine et une appropriation diverses des outils du GI par ses membres en fonction de leurs environnements professionnels avec leurs cultures, leurs processus de décision, leurs contraintes réglementaires spécifiques.

Ainsi chaque membre du GI se saisit de son rôle en fonction de ses interprétations, des marges de manœuvre et des besoins produits par son environnement professionnel.

Mais c'est justement cette plasticité qui confère sa dynamique au GI, loin d'un rôle prescrit et institué.

En somme, le guichet intégré semble trop axé sur les outils au détriment d'une démarche collective, progressive et ciblée tenant compte de la réalité de chaque acteur.

À ce stade du déploiement, les indicateurs d'impact du guichet intégré ne sont pas opérationnels pour mesurer objectivement les effets sur la simplification des parcours des personnes âgées.

Le développement des SI en cours dans les régions sous l'égide des ARS représente un levier de l'intégration (continuité et disponibilité informationnelles) de même que la généralisation du Dossier médical partagé.

Néanmoins, 60 % des pilotes MAIA ayant mis en œuvre le guichet intégré constatent ses premiers effets et ceux-ci se traduisent qualitativement par une amélioration des relations entre ville et hôpital et une meilleure connaissance des ressources et des critères de saisine des acteurs entre eux au-delà des routines d'adressage.

Recommandations

Recommandation 10

Repositionner le guichet intégré comme l'organisation collective de la fonction d'information et d'orientation

1. Substituer « réponse intégrée » à « guichet intégré » et expliciter les objectifs opérationnels du guichet intégré
2. S'appuyer sur le système local : une logique fondée sur les problématiques du territoire et l'existant
 - a. S'appuyer sur les structures existantes et identifier leurs modalités de travail (CLIC, CCAS, MDA, services sociaux, équipes APA, gestionnaires de cas, réseaux de santé, EMG, PTA...)
 - b. Identifier, par le pilote, de manière précise les missions respectives des acteurs (mission, outils, contraintes, culture professionnelle et niveau d'engagement possible dans l'organisation collective etc.)
3. Travailler, dans un premier temps, les conditions et les pratiques d'orientation plus que les outils qui permettent d'identifier les « manques » ou les « ruptures »
4. Repérer des niveaux de réponse nécessaires aux besoins des personnes (approche populationnelle/besoins) et les niveaux d'accueillants (limite et positionnement professionnels) et renforcer la qualité de l'accueil, chacun à son niveau, par le développement de la formation
5. Mobiliser l'instance de concertation stratégique
 - a. Définir la stratégie d'organisation collective qui amène à des changements de pratique, sur le principe de la coresponsabilité
 - b. Positionner les acteurs et actions : CLIC, PTA, etc.
 - c. Soutenir l'harmonisation des pratiques collectives d'information et d'orientation (CPOM, mobilisation des responsables etc.)
6. Donner du sens à ce qui est fait, pouvoir mesurer la progression individuelle et collective sur les objectifs du GI à l'appui d'indicateurs et d'un tableau de bord de l'intégration collectivement partagé

Recommandation 11

Appuyer la mise en œuvre du guichet intégré (réponse intégrée) par la mise en relation des projets de système d'information nationaux et régionaux

1. Prendre en compte les outils et SI existants (contrainte de changement d'outils, double saisine) : interopérabilité
2. Poursuivre le développement des référentiels composants le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information en santé
3. Prendre en compte les normes ASIP Santé et la CNIL
4. Poursuivre l'implication du pilote MAIA aux développements des SI régionaux
 - a. Logiciels métiers : dénominateur commun à prendre en considération entre le logiciel métier gestion de cas, réseaux, SSIAD - interopérabilité (rôle de la CNSA/ASIP : travailler sur un cahier des charges au niveau fonctionnel) (actuellement : intégration de l'OEMD dans les SI par la CNSA)
 - b. Logiciels/application sur les ressources : ROR, Via trajectoire, messageries sécurisées
5. Impliquer les conseils départementaux dans la construction des outils SI en santé régionaux
6. Au niveau national, assurer le développement du dossier médical personnel, avec les briques médico-sociales

7. En quoi la mise en œuvre de la gestion de cas favorise-t-elle le maintien à domicile dans de bonnes conditions des personnes en situation complexe et contribue-t-elle aux décisions tactiques et stratégiques ?

Éléments de questionnement

Le mécanisme de gestion de cas est interrogé dans ce qu'il permet de répondre aux besoins des personnes âgées en situation complexe et d'être un révélateur des besoins des territoires en termes d'ajustement des pratiques et de l'offre.

Il est examiné comme nouvelles formes d'intervention, à travers les processus et pratiques en gestion de cas.

Enfin, nous verrons comment les outils prescrits soutiennent la fonction des gestionnaires de cas et à quels freins se confrontent les professionnels dans leur mission.

De fait, un des effets constatés serait que les outils sont d'abord conçus comme des outils de gestion de cas alors « que c'est le contraire : c'est la gestion de cas qui est un outil pour mettre en œuvre de l'intégration » (D.Somme). Le risque ici serait de réduire le dispositif MAIA à de la gestion de cas.

Au-delà d'une description formelle des caractéristiques et de l'activité des gestionnaires de cas, il s'agit de comprendre les logiques qui président à l'opérationnalisation de la gestion de cas sur les territoires comme mécanisme de l'intégration.

7.1 Dans quelle mesure le mécanisme de gestion de cas est-il conforme au CDC ?

Bien que non conforme au cahier des charges, le mécanisme de gestion de cas est mis en œuvre bien avant que l'intégration des services soit effective.

Extrait du cahier des charges national MAIA

« Le gestionnaire de cas intervient à la suite d'un processus de repérage des situations complexes par le guichet intégré.

[...] La gestion de cas mise en œuvre dans les MAIA ne se conçoit que sur un dispositif intégré ou en cours d'intégration pour en compléter le processus. »

Alors que 53% des dispositifs MAIA enquêtés ont déployé le mécanisme de guichet intégré, **la gestion de cas l'est dans 85% des MAIA** dont 100% des MAIA déployées avant 2014 ont recruté au moins un gestionnaire de cas.

Ceci s'explique par le financement d'emblée des postes de gestionnaires de cas par dispositif MAIA et par la nature du mécanisme : service à la population directement opérationnel via les gestionnaires de cas, alors que le guichet intégré va exiger une temporalité plus longue relative à l'engagement des acteurs sur l'adoption de processus communs et en corollaire l'évolution des pratiques professionnelles.

Lorsque le mécanisme n'est pas mis en place, la principale raison est la récence de la MAIA (dispositifs déployés entre 2015 et 2016).

En cela, une mise en place préalable du mécanisme de gestion de cas à celui de guichet intégré, si non conforme au cahier des charges, peut produire de l'intégration lorsqu'il est utilisé comme espace d'apprentissage collectif de résolution de situations complexes et de remontées de problématiques système.

Les instances cliniques et la coordination des interventions avec les partenaires sont repérées comme des facteurs favorables à l'appropriation des critères d'inclusion en gestion de cas (intervenant en subsidiarité) et plus largement comme producteur d'intégration des services, d'innovation dans les pratiques et soutien de la mise en œuvre du guichet intégré.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Les Tables d'Intégration Cliniques : collectif pluridisciplinaire visant à étudier collectivement l'éligibilité à la gestion de cas de situations orientées par des professionnels du territoire, et surtout très bon outil pédagogique qui a facilité la compréhension de ce qu'est la gestion de cas et des critères d'inclusion : mobilisation mensuelle des acteurs du guichet intégré, qui de ce fait ont amélioré (autour de situations cliniques) leur interconnaissance et la qualité des orientations qui ont été faites au service de gestion de cas (de moins en moins d'orientations non ciblées) et même entre eux. »

Monographie - Territoire B

Une entrée concrète par la gestion de cas qui soutient le déploiement guichet intégré.

La gestion de cas, par son aspect concret, permet d'installer la MAIA sur le territoire en la rendant lisible aux yeux des partenaires. Le lien avec l'intégration est porté par la pilote mais également par les gestionnaires de cas qui s'attachent à expliciter la méthode en repositionnant les mécanismes les uns par rapport aux autres. Il s'agit d'une volonté forte de la pilote : « Les gestionnaires de cas doivent toujours garder à l'esprit l'intégration des services. La gestion de cas fait partie de la MAIA qui elle-même fait partie du système de santé. Cela implique des vecteurs de communication transverses entre les partenaires et un lien gestionnaire de cas – pilote pour communiquer » (pilote) [...].

L'apport de la gestion de cas consiste également en une amélioration de la lisibilité dans le « qui fait quoi » pour les professionnels et une meilleure articulation des acteurs qui interviennent autour de la personne âgée en perte d'autonomie.

Une activité du mécanisme de gestion de cas conforme au cahier des charges.

En 2014, le nombre moyen est de 3 gestionnaires de cas par dispositif, soit 2,71 équivalents temps plein financés en conformité avec le cahier des charges.

En 2014, chaque gestionnaire de cas suivait en moyenne 22 personnes (par équivalent temps plein) avec une durée moyenne d'intervention de 226 jours.

Le nombre théorique de 40 dossiers actifs évoqué comme maximum dans le cahier des charges national est estimé comme trop élevé, à corrélér avec la charge administrative soulignée comme un frein (cf. infra).

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Le nombre de 40 situations suivies en gestion de cas, préconisé par la CNSA, est trop important pour assurer un suivi renforcé. Même s'il s'agit d'un nombre maximal, la validation de l'ARS s'appuie sur ce chiffre. »

Monographie - Territoire B

Toutefois, ces derniers [les partenaires] soulèvent la question du nombre limité de situations pouvant être gérées, sur un territoire rural où les besoins sont importants et devraient s'accroître rapidement compte tenu du vieillissement de la population et du niveau moyen de revenus relativement bas : « Mon inquiétude c'est qu'elles ne peuvent pas refuser quelqu'un. Et quand elles gèrent un cas, elles le gèrent jusqu'au bout. Du coup, la gestionnaire de cas va atteindre sa limite. J'ai peur qu'à un moment le renouvellement ne puisse pas se faire, qu'elle sature. » (Centre de soins). Les gestionnaires de cas reconnaissent que cela peut être compliqué en fonction de l'urgence de la situation :

« Ce sont les situations les plus complexes, pour lesquelles il n'y a pas ou peu de solutions qui prennent énormément de temps. Donc le nombre de personnes suivies peut être plus important : cela dépend du moment auquel on inclut les personnes en gestion de cas, le profil de la personne. Actuellement j'en ai une extrêmement compliquée, les 3 derniers jours lui ont été consacrés. Cela ne serait pas possible d'en avoir 40 comme cela. » (gestionnaire de cas)

Cela pose également la question de la régulation de la file active entre des degrés de complexité comme développé infra.

L'analyse des pratiques pour les gestionnaires de cas est effective dans 61% des MAIA.

Les réunions organisées entre pilotes et gestionnaires de cas concernent l'observation des situations individuelles d'un point de vue clinique (80% au moins une fois par mois) et l'analyse territoriale (64% au moins une fois par mois).

L'analyse des pratiques est relevée comme favorable et indispensable par la récence de la fonction de gestionnaire de cas qui implique de nouvelles formes d'intervention et qui s'exerce auprès de personnes vulnérables.

Conformément aux préconisations de la CNSA, les critères de complexité définis par le plan maladies neurodégénératives (PMND) sont utilisés comme critères d'inclusion en gestion de cas, avec des marges d'interprétation.

Les critères nationaux relatifs à la complexité définis en 2014 par le PMND sont adoptés comme critères d'inclusion en gestion de cas dans près de 8 MAIA sur 10 et sont utilisés par les partenaires.

Critères PMND

En l'absence de situation médicale aiguë ou de crise, la gestion de cas s'adresse aux personnes de plus de 60 ans qui souhaitent rester à domicile.

Un gestionnaire de cas peut être mobilisé si les trois critères suivants sont remplis¹⁷ :

- 1 : Le maintien à domicile est compromis en raison de problèmes d'autonomie fonctionnelle ET de problèmes médicaux ET de problèmes d'autonomie décisionnelle (que la personne elle-même ou son environnement en soit à l'origine) ;
- 2 : les aides et soins mis en places sont insuffisants ou inadaptés
- 3 : il n'y a personne dans l'entourage pour mettre en place et coordonner de façon intensive et dans la durée les réponses aux besoins.

9 % ont des critères élaborés par les professionnels du territoire.

4% des dispositifs ont étendu ces critères à titre dérogatoire pour des personnes adultes en situation de handicap. Cet élément de non-conformité interroge le positionnement du mécanisme de gestion de cas, comme mécanisme de l'intégration vs service.

17 - CNSA. MAIA : mieux orienter les personnes vers la gestion de cas (extrait du Journal de l'action sociale de mai 2015). Publié le : 28 mai 2015 - Mis à jour le : 15 juin 2015. <http://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/maia-mieux-orienter-les-personnes-vers-la-gestion-de-cas-extrait-du-journal-de-laction-sociale-de-mai-2015>

La notion de complexité renvoie à des acceptions différentes selon les gestionnaires de cas ou les règles qu'ils se fixent avec le pilote.

Des différences de pratiques sont constatées au sein des territoires, expliquées le plus souvent par une plus ou moins grande souplesse des gestionnaires de cas. Un dispositif refusera une inclusion lors d'un projet de placement en EHPAD, ou respectera « strictement » les critères en excluant les pathologies psychiatriques.

Enquête ARS – Conseils départementaux

« Les critères d'inclusion sont très variables selon le degré "d'humanité" des gestionnaires de cas. »

« La gestion de cas est différente entre chaque MAIA. »

Monographie - Territoire C

Des questions et des interprétations demeurent quant à la finalité de l'action. S'il est noté que la GC s'adresse aux personnes qui souhaitent rester à leur domicile (c'est-à-dire à la plupart des personnes), rien n'est dit sur la temporalité d'un projet de placement et de la manière avec laquelle la GC peut quand même être saisie selon cette temporalité. Si une personne doit faire l'objet d'un placement en urgence, la GC n'a pas lieu d'intervenir. Néanmoins un maintien à domicile sur quelques mois alors qu'un projet de placement qui paraît inéluctable -du point de vue de certains acteurs, à un moment donné- est en cours, doit-il forcément être écarté de la gestion de cas ? Comme le dit un médecin du territoire : « ne peut-on pas laisser une chance à la personne en retravaillant les aides, même si il y a projet de placement, peut-être qu'une meilleure coordination par le travail intensif d'accompagnement de la GC peut permettre d'aboutir à un maintien à domicile qui redéfinit ce projet de placement ? ».

Enfin, la complexité n'est pas la même chose du point de vue de l'infirmière du SSIAD, du CLIC, que du point de vue des services sociaux de l'hôpital etc.

Du point de vue des professionnels interrogés, la complexité va être associée directement à leur champ d'intervention et aux contraintes qui en découlent : assurer la sortie d'hospitalisation (libérer des lits) alors que la situation médicale, administrative et que les étayages environnementaux restent très fragiles ; pour les intervenants du domicile, c'est quand l'intervention échoue.

Ainsi, trois éléments de définition récurrents sont énoncés :

- la limite d'intervention des acteurs, qui renvoie à la question de l'organisation des services et notamment des relations entre champs sanitaire, social et médico-social ;
- les problématiques cumulatives rencontrées par la personne (somatique, cognitive, psychique, administrative etc.) ;
- le refus d'aide et de soins.

Monographie - Territoire B

« C'est quand cela sort de notre champ d'intervention, c'est-à-dire lorsque nous avons tout mis en route avec nos moyens, et que, malgré cela, on n'y arrive pas. (...) » (association d'aide à domicile)

« Des situations sur lesquelles on n'arrive pas à avancer, où les intervenants sont en grande difficulté et où on n'arrive pas à avoir le consentement des personnes pour faire évoluer l'habitat, le plan d'aides ... » (PIS)

« Les situations les plus complexes sont celles qui sont médicalement instables ou sévères de personnes qui refusent l'institution, les situations qui touchent des patients atteints de démence, ou qui n'ont pas d'aidant. » (hôpital)

« Pour moi, un cas est complexe quand il recouvre plusieurs champs de la personne, c'est-à-dire le champ physique, la santé, le champ mental, la santé et l'autonomie mentale de la personne, son autonomie décisionnelle, le champ social, donc le premier cercle (les aidants familiaux, les problématiques de la vie quotidienne, de la capacité d'autonomie dans la vie quotidienne), » (réseau de santé)

« Ce sont des personnes avec multi problématiques : des gens qui souhaitent rester chez eux, il y a des troubles cognitifs, des aidants vieillissants ou non adaptés, des choses qui sont possibles mais pour lesquelles on manque de temps ou de possibilité de faire le lien. On est un territoire très reculé. L'accès aux soins, quand on est à 3/4 d'heures de l'hôpital le plus proche, ce n'est pas évident. » (centre de soins)

L'enquête transversale Gestion de cas permet de souligner l'intérêt de l'approche retenue dans la définition de la complexité par le PMND dans le sens où elle ne limite pas la complexité à l'absence de l'autonomie de la personne à laquelle s'ajouteraient diverses autres problèmes : des problèmes de santé, un logement insalubre, un risque de danger... La complexité est également définie par rapport au contexte, à la présence ou non d'aidants...Voire aux modalités d'intervention des professionnels. On a donc affaire à une définition que l'on pourrait dire situationnelle ou environnementale de la complexité, en référence aux définitions du handicap qui ont cours aujourd'hui. La complexité ne relève pas seulement de cet environnement immédiat de la personne. La complexité est tout autant dans l'organisation du système local de prise en charge. « Dans les facteurs induisant de la complexité, on distingue ceux liés à la personne (complexité clinique), ceux qui touchent à son environnement (complexité sociale), et ceux en rapport avec la complexité du système de soins (complexité systémique)¹⁸. »

Aussi, le croisement des facteurs personnels et environnementaux, l'acception par le dispositif MAIA et les partenaires, engagent une définition relative de la complexité.

Des processus d'inclusion hétérogènes d'un dispositif à l'autre.

Les MAIA, à travers la gestion de cas, ont des procédures d'inclusion relativement hétérogènes d'un dispositif à l'autre :

- une inclusion validée par le gestionnaire de cas ;
- une inclusion validée en équipe pilote et gestionnaires de cas ;
- une inclusion validée par une instance partenariale.

La procédure médecin traitant est utilisée par 48% des dispositifs, la mobilisation du médecin traitant est estimée majoritairement comme forte à 23%, moyenne 43% et faible 20%.

Des procédures de pré-inclusion sont également en place. Elle consiste en un recueil d'information et une première mobilisation des professionnels autour de la situation.

L'allongement des durées des procédures d'inclusion peuvent freiner la réactivité à avoir notamment face à l'urgence d'une situation ou la dégradation qui nécessitera l'institutionnalisation en EHPAD.

Enquête transversale Gestion de cas

Avec ce temps long du processus d'inclusion, ce n'est plus seulement l'urgence qui est exclue de la gestion de cas. Dans le parcours de prise en charge d'une personne âgée, les motifs de rupture sont nombreux et la dégradation ou l'institutionnalisation peuvent intervenir alors même qu'une demande d'orientation en GC a été formulée par une partenaire.

En excluant toute notion d'urgence dans le processus en gestion de cas dans les mécanismes de la méthode en général, la MAIA occulte une problématique adossée à la trajectoire de perte d'autonomie : l'urgence comme phénomène « normal » et subséquent à la trajectoire de la personne qui avance en âge.

Monographie - Territoire C

En effet, l'exclusion des situations d'urgence de la GC, laisse vacante une problématique majeure chez de nombreux professionnels, – qu'ils soient SAAD, médecins, SIAD, plateforme de répit – : comment répondre à des situations urgentes qui ne relèvent pas explicitement de l'urgence sanitaire.

18 - Somme D., Corvol A., Couturier Y., Pimouguet C., Moreau O., Perivier S., Balard F., de Stampa M., « Nouveau champ professionnel en France. Les besoins de formation des gestionnaires de cas », Santé Publique HS/2015 (S1), p. 61-66.

Enfin, la réciprocité de l'information et une réactivité des gestionnaires de cas auprès des orienteurs et la réorientation en cas de non inclusion sont estimées essentielles afin que la gestion de cas « produise » de l'intégration.

Dans le cas inverse, la non réciprocité de l'information crée des incompréhensions et des réticences à orienter et plus encore à adhérer au principe d'intégration.

Monographie - Territoire E

Des réticences d'adressage apparaissent liées au manque de retour des motifs de non inclusion des situations.

« J'ai l'impression qu'il y a une auto saisine des gestionnaires de cas. On propose ces situations, elles sont refusées pour des raisons obscures. »

« Il y a eu plusieurs orientations alors que les acteurs pensaient que la situation relevait de la gestion de cas car elle répondait aux différents critères mais toutes ont été rejetées sans qu'il n'y ait des retours de la part des gestionnaires de cas ou de la MAIA. » [...]

Le manque de retour a des effets sur la perception de la gestion de cas et du niveau d'activité.

« Je trouve que la GC est essentiellement social, parcours complexe, dès l'instant où il y a multi-pathologies, si ce n'est pas stabilisé, il n'entre pas en gestion de cas. Ils ne prennent des cas que lorsqu'ils sont stabilisés, l'argument est de dire, "nous on n'a pas de médecin". C'est hallucinant le nb de dossiers non inclus. Les files actives sont ridicules. » [...]

Certains partenaires pointent un problème de posture des gestionnaires de cas, principalement au moment de la demande d'inclusion.

« On constate un éloignement des gestionnaires de cas voire un problème de posture humaniste de certaines. (...) Dans certains cas, la gestion de cas est plutôt facteur de désintégration. »

« Il faut expliquer pourquoi il y a un refus et réorienter sur les services et les compétences. Et là, on verrait que c'est le guichet intégré qui n'est pas encore actif et pas la gestion de cas qui ne va pas. »

Le consentement de la personne est recueilli dans 85% des dispositifs à l'aide du formulaire, mais son moment va différer selon la durée du processus d'inclusion et la capacité d'acceptabilité de la personne.

La circulaire de 2012 stipule que « la date du consentement à l'échange d'information signe le début de la gestion de cas « active » même si l'action du gestionnaire de cas en amont de ce consentement n'est pas neutre. Le consentement sera préféablement recueilli sous forme écrite afin de pouvoir servir comme élément de preuve d'information mais selon les situations spécifiques un consentement oral peut suffire ».

Nous avons pu constater que le consentement était acquis de manière diverse, alors que des actions ou partages d'informations avaient déjà eu lieu. En outre, les notions de « gestion de cas active » et du moment d'inclusion restent ambiguës.

Des indicateurs existent dans le rapport d'étape, mais ils sont perçus comme peu exploitables.

Enquête ARS – Conseil départementaux

« Au départ, il n'y avait pas de définition claire des indicateurs : certains (gestionnaires de cas) mettaient le curseur de l'inclusion au moment du premier contact, d'autres quand il y a accord du patient, c'est inexploitable. »

« Il manque de vrais indicateurs de suivis qui soient fiables. » « (...) des indicateurs de suivi fiables validés scientifiquement. »

« On fait avec les moyens du bord, les données en gestion de cas sont très partiellement remontées en table tactique et cela mérite d'être travaillé. »

En Midi-Pyrénées, un travail a été réalisé pour décliner le taux de réorientation en gestion de cas en 6 sous-indicateurs et isoler des indicateurs fiables de caractérisation de la file active dans un objectif de consolidation. En corollaire, cela a permis d'objectiver les territoires où les CLIC faisaient défaut et d'observer que les médecins traitants devenaient les premiers prescripteurs.

Face à l'hétérogénéité des pratiques et la tension des files actives, la clarification des critères de sortie de gestion de cas ou de suivi de moindre intensité paraît nécessaire.

53 % des MAIA ayant déployé le mécanisme de gestion de cas ont formalisé des critères de sortie de gestion de cas. Ce sont essentiellement les critères nationaux, certains critères étant marginalement ajoutés. 20 % sont en train de les formaliser ou envisagent de le faire.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Il reste encore à clarifier les sorties en gestion de cas. »

« Sur le déroulement du processus, on constate des différences d'appréciation pour l'inclusion, et la sortie de gestion de cas. »

Deux positions sont repérées :

Une sortie de la gestion de cas selon les critères institués que sont le déménagement, l'institutionnalisation, le décès et lorsque la personne ne souhaite plus d'accompagnement dans la mesure où les maladies neurodégénératives sont, par définition des maladies évolutives.

Un questionnement sur l'arrêt de l'accompagnement ou un suivi de moindre intensité (l'exercice d'une veille) avec des questions d'arbitrage sur la gestion de la file active entre inclure et sortir, anticiper la gestion de cas et la charge de travail des professionnels.

Enquête transversale – Gestion de cas

« Les files d'attente peuvent à terme devenir un problème, et on n'a pas d'éléments clairs ni de l'ARS ni de la CNSA pour gérer cette question des files d'attente et de la sortie de GC. » (Pilote MAIA) [...]

La question de l'arrêt de l'accompagnement est également déjà posée par les partenaires de MAIA dont les orientations ne sont pas retenues :

« Pourquoi ne pas renvoyer vers l'AS de secteur quand le plus gros est réglé sinon qui va être intégré en terme de file active ? » (Membre du GI).

« Le souci c'est que quand ils atteignent un ratio les GC ne prennent plus en GC, après je pense que 30 cas par GC c'est pas possible non plus. Ou alors il faut trouver des critères de sortie en GC qui ne soient pas de l'hospitalisation ! » (Cadre de santé)

La fin de l'accompagnement est envisagée à propos de situations dites « stabilisées », et qu'on dit ne plus faire que de la « veille ».

Du côté des GC, il y a une première raison déjà évoquée pour refuser de cesser un accompagnement : la stabilisation ne peut qu'être, par définition, momentanée. On dit aussi qu'il « faut rester dans le suivi pour des raisons de surveillance ». D'autre part, elles craignent avant tout de ne se retrouver qu'avec des situations extrêmement pénibles à gérer. « Si on sort les personnes stabilisées, on aura plus que des cas très lourds » (GC). Du point de vue du gestionnaire de cas, il peut y avoir intérêt à garder dans sa file active des situations en veille afin de ne pas voir le travail s'alourdir. « Là j'arrive à 25 et je me dis pourquoi ne pas garder des cas comme ça parce que si j'arrive à 40 cas intensifs, ce n'est pas possible ». Pour les pilotes, le problème peut se poser différemment. En effet, qu'une situation dite « en veille » soit « dés-incluse » peut devenir une manière de gérer la file active des gestionnaires de cas et de répondre aux sollicitations des partenaires du territoire. Comment les pilotes vont-ils, à l'avenir, réguler les files actives des gestionnaires de cas ?

Monographie - Territoire D

Quand une personne est incluse et que sa situation paraît stabilisée après mise en place des aides nécessaires autour d'elle, la sortie du suivi paraît risqué car elle reste fragile.

Le travail autour des critères et procédures de sortie de suivi est dans l'actualité de la MAIA. Il lui faut savoir sortir de la file active qui et comment afin de pouvoir inclure les nouveaux cas se présentant.

La constitution d'une liste d'attente serait une aberration, les professionnels ont exprimé leur inquiétude à ce sujet. Et par ailleurs, la réduction du temps consacré à chaque situation par les gestionnaires de cas aurait un effet négatif sur la qualité de l'intervention.

Avant de savoir s'il est pertinent d'élargir les critères d'inclusion, il est clair que la priorité est déjà de résoudre ce quasi dilemme, de gestion de la file active des personnes répondant aux critères d'inclusion.

7.2 Dans quelle mesure les outils et process utilisés en gestion de cas permettent-ils d’assurer les 3 missions inhérentes à la gestion de cas (coordination des interventions, suivi intensif, remontée des dysfonctionnements) ?

Les outils, préconisés par la méthode, sont majoritairement utilisés par les gestionnaires de cas. Plus d’1/3 des MAIA a adapté certain de ces outils ou leur utilisation.

L’outil d’évaluation multidimensionnelle (OEMD) est considéré comme un facteur favorable soutenant la gestion de cas, la décision du choix d’un OEMD par le niveau national était très attendue.

71% des MAIA enquêtées utilisent un OEMD. Pour l’essentiel, il s’agit du GEVA-A (Guide d’évaluation des besoins de compensation - Version aînés) ou sa version simplifiée pouvant intégrer des éléments complémentaires issus du SMAF (Système de mesure de l’autonomie fonctionnelle).

Les pilotes et les gestionnaires de cas expriment une attente forte d’un OEMD standardisé des gestionnaires de cas. L’Inter-RAI Home care a été retenu par la CNSA en mai 2016. Cet outil est en cours de déploiement.

Enquête transversale – Gestion de cas

« C’est quoi l’outil d’évaluation que vous utilisez actuellement ? [Sourire] Actuellement c’est l’OE-MAIA qui a été fait dans [le département]. Je rigole parce que j’en suis quand même à mon quatrième outil depuis 2011. » (Il s’agit d’une gestionnaire de cas qui a travaillé dans trois autres MAIA précédemment).

« Pour revenir au problème de l’outil, on avait fait cette formation et après on avait eu à Paris la première rencontre des GC. Il y en avait plein qui n’avaient pas d’outils d’évaluation et pour eux c’était compliqué ».

Lucidement, la CNSA note que : « le choix d’un outil commun était très attendu par les gestionnaires de cas » (site internet du gouvernement). L’attente est la même concernant le système d’informations partageables.

Le Plan de service individualisé est estimé chronophage et peu partagé.

Extrait du cahier des charges national

Le plan de services individualisé découle de l’évaluation des besoins. C’est un outil du gestionnaire de cas, qui cherche à rendre cohérent l’ensemble des interventions assurées auprès de la personne. Ce plan n’a pas pour but de prescrire l’intervention des uns ou des autres mais d’articuler les différentes interventions et les différents plans existants, tout en s’assurant que les désirs de la personne et ses préférences sont pris en compte. C’est un outil au service de la mise en œuvre de l’interdisciplinarité nécessaire au suivi de ces populations.

Si le plan de service individualisé (PSI) est utilisé dans 80% des MAIA par les gestionnaires de cas, le PSI n’est pas un support estimé comme efficace de la coordination des interventions¹⁹.

L’élaboration en partenariat avec les médecins traitant et les intervenants concernés du PSI est effectif systématiquement dans 6% des dispositifs, 15% partiellement, 24% faiblement et dans 43% des MAIA, il n’est pas partagé.

19 - L’enquête de la fondation Médéric Alzheimer réalisée en mars 2016 confirme ce constat : 51% des gestionnaires de cas déclarent utiliser le PSI, 35% parfois et 11% jamais. Les raisons évoquées sont un manque d’ergonomie, de temps ou l’absence de formation à l’outil.

Trois éléments d’explication sont repérés :

- un contenu et une appropriation difficile et une utilisation chronophage (1) ;
- une évolution de la formation des gestionnaires de cas (DU) sur le partage du PSI (2) ;
- les outils de coordination existants et utilisés par les partenaires (3).

(1) Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Lourdeur du travail administratif : GEVA-A + synthèse + PSI, trop de temps de travail de bureau au détriment de la présence auprès des usagers. »

« Le paradoxe : PSI auquel personne ne comprend rien sauf le gestionnaire. Rien ne peut être partagé par rapport au PSI. Personne ne peut le lire ni le comprendre. »

« Le PSI est un outil difficile à s’approprier et difficile à partager, même s’il présente un grand intérêt. »

« Le PSI n’est pas partageable et difficulté pour les gestionnaires de cas pour les mettre à jour régulièrement. »

(2) Enquête transversale Gestion de cas

[...] des générations différentes de GC n’ont pas reçu tout à fait la même formation, et les plus anciennes ont dû revoir certaines de leurs pratiques (« au début on nous a dit le PSI il faut le partager et puis après il fallait plus le partager »...).

(3) Monographie - Territoire E

« Le PSI de la MAIA je ne l’ai jamais vu. Nous ce qu’on a, c’est un plan d’intervention coordonné, c’est notre outil d’intervention: une personne s’adresse au pôle pour mettre en place un service d’aide à domicile, pour une personne seule sans famille, qui n’est connue d’aucun autre professionnel, on va l’accompagner jusqu’à la demande APA, contacter le SAD, organiser l’intervention, il faut qu’on soit mandaté par la personne. »

Des adaptations sont trouvées pour une utilisation en routine en cohérence avec les pratiques de terrain et le niveau d’utilité nécessaire aux professionnels.

Aussi, la coordination des interventions peut être soutenue par d’autres modes de relation : transmission d’un outil simplifié « création d’une fiche de synthèse sur l’outil informatique », « réalisation de synthèse transmise aux professionnels à la place du PSI », échanges téléphoniques, « outils de la plateforme PAACO »²⁰, « compte-rendu systématique des réunions de concertation clinique ».

Monographie - Territoire A

Le PSI a été utilisé au départ de la GC « pour prendre en main le poste » mais aujourd’hui que les GC appréhendent bien leur poste, le PSI n’est rempli que de manière partielle, car chronophage.

« Le PSI est une usine à gaz, on le trouve trop compliqué donc on ne le partage pas avec les partenaires ». On le remplit partiellement et on partage ce support.

Les grandes thématiques sont simplifiées, le PSI simplifié sert de support à la réunion de concertation clinique et de compte rendu, sur lequel sont inscrites les actions de chacun.

20 % des dispositifs MAIA, à travers les gestionnaires de cas, sont habilités par les conseils départementaux à réaliser l’évaluation APA.

Pour 79 % d’entre eux, cette habilitation concerne uniquement les personnes suivies en gestion de cas et pour 14% les personnes âgées en situation complexe.

Si cette possibilité évite les redondances, la réalisation de l’évaluation APA par les gestionnaires de cas pose la question de leur positionnement entre l’établissement d’une évaluation multidimensionnelle en réponse à une approche globale des besoins de la personne et celle destinée à ouvrir des droits. Si une articulation entre les deux évaluations est estimée comme favorable, la confusion engendrée par cette habilitation est relevée.

20 - PAACO (Plateforme Aquitaine d’Aide à la Communication santé) est une plateforme informatique communicante en santé, centrée sur la pratique collaborative interprofessionnelle et orientée mobilité. Elle permet d’améliorer la prise en charge des patients et la coordination.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« Parfois confusion entre les missions des équipes médico- sociales APA et les GC mais le travail d'information a porté ses fruits et les difficultés sont à la marge. »

« Amalgame entre les missions des évaluateurs APA et la Gestion de cas. La gestion de cas [est alors] ramenée à un service d'accompagnement. »

« Risque de confusion entre le service de l'EMS APA et le service de gestion de cas (gestion de cas perçu pour octroyeur d'aide à domicile). »

Au sein des conseils départementaux ayant délégué l'évaluation (porteurs et non porteurs), la possibilité pour les gestionnaires de cas de réaliser l'évaluation APA permet une meilleure collaboration entre les équipes médico-sociales, les GC, l'assistance sociale de l'APA, les contrôleurs de la mise en œuvre de l'effectivité des plans d'aide, avec une modification des pratiques de collaboration.

Les conseils départementaux non porteurs n'ayant pas délégué l'évaluation admettent une complémentarité à trouver entre les évaluations mais ils n'estiment pas pertinente l'habilitation des GC à réaliser l'évaluation :

- différence de mission et du nombre de personnes suivies. « 500 dossiers par équipe médico-sociale APA pour un département et 40 personnes par GC au bénéfice des cas complexes qui nécessitent un suivi intensif à différencier des aides. »
- la différence de destination des outils « AGGIR compatible ce n'est pas la question, (...) pour évaluer la PA dans le cadre APA, on utilise la grille AGGIR : c'est bien de se conformer aux définitions réglementaires ; avec le SMAF ou le RAI : on regarde autre chose, depuis très longtemps : évaluation gériatrique multidimensionnelle ».

La remontée des dysfonctionnements et l'observation des problématiques système par les gestionnaires de cas sont rendues difficiles en raison d'un manque d'outillage (logiciel métier, outils de recueil des dysfonctionnements, indicateurs) et de formation des gestionnaires de cas.

L'absence de SI constitue un frein fort au suivi et l'analyse des données de la gestion de cas. Selon l'enquête conduite auprès des pilotes, 7 %²¹ des dispositifs disposent d'outils informatisés élaborés pour la gestion de cas et les partenaires, cette démarche est en cours pour 25 % d'entre eux.

Enquête transversale – Gestion de cas

Pour que la GC ait un impact territorial i.e. qu'elle participe avec les autres mécanismes à améliorer l'intégration de l'ensemble des acteurs du maintien à domicile des personnes visées par le dispositif, il faut que les MAIA se soient dotées d'outils ou de procédures permettant de faire remonter en table de concertation tactique les problématiques système.

Ce processus est encore largement perfectible. Il est organisé de manière extrêmement variable soit avec des GC qui participent aux tables, soit le plus souvent avec des pilotes qui font remonter ce qu'elles connaissent des dysfonctionnements du système ou des manques de l'offre sur le territoire. Dans notre enquête, nous n'avons pas rencontré de MAIA qui ait organisé un recueil systématique, objectivable de ces problématiques systèmes. Là, comme sur d'autres plans que nous avons évoqués, des MAIA sont en train de se construire des outils d'enquête, de recueil de ces problématiques systèmes : soit en projetant d'utiliser les informations du PSI collectées dans un système d'information en cours de constitution ; soit en mettant en place un formulaire supplémentaire de recueil de données ad hoc...

Il s'agit de définir comment les gestionnaires de cas et le pilote, et à partir de quels outils et procédure, sont en capacité de faire remonter des observations s'agissant de l'organisation du continuum des services, c'est-à-dire un problème qui ne relève pas de la coordination particulière autour d'un cas singulier mais d'un dysfonctionnement dans l'organisation de l'offre.

21 - L'enquête Gestion de cas de la Fondation Médéric Alzheimer de mars 2016 indique que « 60 % des GC disposent d'un logiciel spécifique pour le travail quotidien de gestion de cas ». Soit environ 20% des dispositifs. Le résultat obtenu lors de notre enquête indique que 7% des dispositifs disposent d'outils informatisés en gestion de cas (à différencier du logiciel de travail quotidien).

À ce stade, les pilotes et les gestionnaires de cas ne disposent pas de cadre et d'indicateurs harmonisés permettant d'analyser la nature et l'origine des dysfonctionnements. **La question soulevée relève ici du niveau de standardisation des outils, des procédures, des pratiques et des formations qui doit être recherché.**

Le développement de système d'information intégrant le logiciel métier des gestionnaires de cas par les ARS est estimé favorable à la condition d'un accompagnement des équipes à analyser les données relative à étayer les dysfonctionnements.

Au niveau clinique, le mécanisme de gestion de cas produit de l'intégration et permet d'agir sur les dysfonctionnements à la condition d'être positionné comme inclus au guichet intégré.

La gestion de cas permet de réaliser des ajustements de pratiques et de défaire la complexité, en particulier à travers les relations que les gestionnaires de cas nouent avec les partenaires y compris lors de la phase de pré-inclusion.

Monographie - Territoire A

Le changement de pratiques professionnelles se constate grâce à l'intervention des GC sur des situations concrètes « les GC poussent les missions des autres à leurs extrêmes »

Et notamment :

Un travail anticipé pour la mise sous tutelle : la GC permet de faire travailler par les services à domicile l'acceptation de la future mesure de protection.

La concertation permet de cibler des axes d'intervention différents des habitudes de travail des services. Ex. la GC est arrivée sur une situation où l'ESA ne voulait pas intervenir au domicile d'une personne car les intervenants le jugeaient insalubre. La concertation a permis de faire les séances de l'ESA en dehors du domicile, pratique inhabituelle pour l'ESA.

Suite à une commission d'inclusion, le réseau de santé a été interpellé et est intervenu auprès du médecin traitant pour qu'il lui explique l'intérêt des soins palliatifs pour son patient ; cette démarche a abouti à la mise en place des soins palliatifs, la relation médecin/médecin facilitant l'écoute du généraliste.

Les GC d'une certaine manière innovent en faisant bouger les lignes du système.

A contrario, le mécanisme de gestion de cas fonctionnant « en vase clos », c'est-à-dire, sans réciprocité d'information auprès des partenaires, sans réorientation des situations non incluses est estimé comme défavorable.

Dans ce cas, le mécanisme fonctionne indépendamment des principes de guichet intégré et n'assure pas son rôle d'adressage auprès des partenaires.

Monographie - Territoire C

D'emblée, des incompréhensions, des rigidités et des défauts de communication par méconnaissance ou concurrence des enjeux professionnels se sont instaurés.

« Moi ce qui m'intéressait le plus c'était l'échange avec les autres et aboutir à une vraie concertation en connaissance des mécanismes de fonctionnement des uns et des autres. Et à l'inverse les règles émises par la MAIA se sont parachutées comme si on pouvait standardiser les pratiques des uns et des autres, du coup ça donne quelque chose d'un peu lourd et rigide quand même. » (professionnel hospitalier)

Le constat d'un défaut de concertation, la simplification des problématiques de territoire au profit de la Méthode se lit particulièrement dans un extrait du rapport d'étape 2015.

« Les partenaires demandent parfois des comptes lorsque la situation qu'ils ont présentée n'a pas été admise en Gestion de cas. Les raisons en sont alors données, mais l'incompréhension demeure parfois. Les partenaires devront apprendre à vivre avec cette frustration : la Gestion de cas ne pourra pas "absorber" tous les cas complexes du Territoire. »

La gestion de cas sert-elle à combler les manques du territoire ? Il ne s’agit pas de faire « à la place de » mais plutôt de combler les déséquilibres produits par l’offre.

Monographie - Territoire A

La remontée des besoins s’effectue lorsque la gestion de cas constate qu’il n’y a effectivement pas de service sur le territoire. La gestion de cas compense l’absence de ce service et dans le même temps fait remonter le besoin à la pilote. Les Gestionnaires de cas n’interviennent pas encore directement en TCT, même si elles y sont présentes.

Monographie - Territoire C

Un déficit de dispositif d’urgence autre que le recours aux urgences hospitalières pousse les acteurs à se saisir de manière inappropriée de la gestion de cas. Comme le constate un professionnel « *la MAIA c’est bien mais ce n’est pas la seule solution. À l’hôpital, ce n’est pas suffisant si il y a pas un réajustement de l’offre hospitalière en terme de lits de SSR par exemple* ». À un autre niveau qui concerne néanmoins l’offre, le déficit de gériatrie-psy, bien que collectivement constaté en concertation tactique, produit un effet d’augmentation des files actives de personnes avec des pathologies psy avérées en gestion de cas. Faut-il alors en conclure, dans la suite du constat qui établit que la gestion de cas est appréhendée en fonction des besoins concrètement vécus par les professionnels à partir de leur place dans le système d’acteurs, que la gestion de cas sert aussi à combler les manques du territoire, notamment en termes d’ajustement de l’offre ?

L’enquête auprès des pilotes confirme ce constat : 40% des pilotes cite la coordination des interventions autour des personnes ayant des comportements problèmes (pathologies psychiatriques) comme une difficulté, qualitativement cet aspect est dû principalement à l’absence de ressources en la matière.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« *L’absence de filière gériatrique et le manque de solutions en matière de psychiatrie et d’addictologie.* »
« *Une correspondance moins bien dimensionnée [du territoire] avec l’offre sanitaire et d’autant plus avec la psychiatrie.* »
« *Sur le Territoire Santé, il y a nécessité d’une équipe mobile de gériatrie (voire de gériatrie-psy). Ce besoin est évoqué, mais sans conséquence concrète....* »

Les remontées des dysfonctionnements, lorsqu’elles existent et sont prises en compte, permettent un ajustement de l’offre en réponse à ces problématiques sur le territoire.

Enquête exhaustive auprès des pilotes

« *Équipe mobile gériatrique externe = équipe de psychogériatrie. Cette équipe répond à une carence de territoire remontée par les gestionnaires de cas et partagée par les professionnels de la table tactique, financée dans le cadre du PAERPA.* »
« *Une convention relative à l’accompagnement et à la prise en soin des personnes âgées de 60 ans et plus présentant des pathologies frontales de type neurologique avec troubles psychiques.* »

C’est ici que les deux mécanismes de la MAIA que sont la concertation et la gestion de cas peuvent s’articuler au risque de voir la gestion de cas trouver sa légitimité par « faire à la place » ou en « carence de ».

7.3 Quels sont les bénéfices de la gestion de cas observés sur les personnes suivies ?

Seuls, 11% des pilotes enquêtés déclarent disposer d’indicateurs portant sur les impacts de la gestion de cas. Ce faible taux s’explique en particulier du fait d’une absence de système d’information et d’une remontée qualitative des dysfonctionnements observés et des ajustements opérés au niveau de la coordination des interventions autour de la personne insuffisamment exploités.

Au global, lorsque le mécanisme de gestion de cas est installé, les pilotes estiment une perception favorable de la gestion de cas par les partenaires.

Plus de 80% des pilotes estiment une perception de la gestion de cas comme une modalité de soutien et un accompagnement de la personne, un appui à la famille, un appui aux acteurs intervenant à domicile, un coordinateur référent de la situation clinique, voire une nouvelle compétence, contre 16% comme une prestation de service.

Ces éléments de perception sont un facteur favorable à son positionnement.

Le travail des gestionnaires de cas est salué dans ce qu’ils défont de complexité, débloquent des situations et coordonnent des interventions.

Monographie - Territoire D

Tous n’ont que des louanges sur leur travail [des gestionnaires de cas] au niveau de :
- l’instauration d’un lien de confiance avec la personne et son entourage qui permet de cerner au mieux les besoins et de faciliter l’adhésion aux aides proposées ;
- de l’organisation et de la coordination des différents intervenants autour de la personne qu’elles effectuent.
Elles sont saluées pour leurs compétences techniques et relationnelles. Les gestionnaires de cas opèrent un travail d’écoute et de conviction des personnes et de chefs d’orchestre des intervenants professionnels.
Ce qu’elles font, les autres professionnels ne peuvent le faire, faute de temps dédié : par exemple, elles peuvent aller plusieurs fois par semaine au domicile d’une personne, passer une heure avec elle si nécessaire. Elles centralisent toutes les informations sur une situation, assurent la saisie et le suivi des dossiers. Elles réunissent tous les acteurs autour d’une personne.

Monographie - Territoire B

Les acteurs identifient une réelle plus-value à la gestion de cas en matière d’amélioration du suivi de la personne âgée en perte d’autonomie : « *Le résultat avec le premier bénéficiaire a été formidable. Quand on l’a contactée, on était vraiment dans l’impasse, c’était terrible, on voyait l’aidant s’épuiser, on avait les remontées du personnel de terrain qui nous disait qu’il allait craquer et on ne trouvait pas de solution. Ça a débloqué la situation et donc il y a eu un résultat tout à fait satisfaisant. Donc ça nous pousse à continuer dans ce sens.* » (association d’aide à domicile) ; « *Je trouve que la MAIA a apporté un peu de fluidité dans le parcours de la personne âgée. Et d’ailleurs, les gens nous disent “merci” et avec la gestionnaire de cas, on se dit qu’on a gagné quelque chose.* » (Centre de santé).
Pour les acteurs, la gestion de cas permet une continuité dans l’accompagnement : « *C’est quelqu’un qui va pouvoir accompagner une situation problématique mais au long cours, dans toutes les démarches. Même si nous on n’intervient plus chez quelqu’un qui va être placé en maison de retraite, elle va continuer à intervenir. Elle n’arrêtera pas avec nous* » (Centre de soins) tout en fournissant une aide à l’environnement immédiat de la personne âgée.

Indépendamment de l'absence d'indicateurs, les bénéfices en gestion de cas pour les personnes suivies sont incontestables. L'enquête transversale en gestion de cas relève deux dimensions essentielles : le temps et le care.

Enquête transversale Gestion de cas

Un des grands intérêts de la GC nous semble résider dans le travail de care réalisé. Le système ne manque pas seulement de coordination. Les professionnels concernés manquent de temps ou ne prennent pas le temps de prendre soin des personnes. La GC met en lumière la maltraitance ce qui résulte du travail vite fait ou réduit aux seuls gestes techniques, à l'acte.

Un terme revient souvent dans les propos des GC : le temps. Les GC ont et prennent le temps par opposition aux autres professionnels qui ne l'ont ou ne le prennent pas. Les GC prennent le temps de trouver des solutions pour pallier les déficiences des organisations, réparer le travail abîmé par le manque de temps, la course au rendement, les activités non ou mal financées, en particulier le travail invisible du care, inévalué parce qu'inévaluable. (Molinier P., Vulnérabilité et dépendance », in Jouan M., Laugier S., (dir.), Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances, PUF, 2009, 433-58.)

Finalement, ce que font essentiellement les GC ? **Du care : elles prennent soin des personnes.**

7.4 Synthèse et recommandations

Synthèse

Le mécanisme de gestion de cas, du fait de la récence de la fonction et d'outils en voie de stabilisation, est conforme en termes d'activité mais sa mise en œuvre hétérogène.

L'activité de la gestion de cas est conforme au cahier des charges, avec en moyenne un nombre de 3 gestionnaires de cas par dispositif, 22 personnes suivies (par équivalent temps plein) sur une durée d'intervention de 226 jours.

Le nombre théorique de 40 dossiers actifs évoqué comme maximum dans le cahier des charges national est estimé comme trop élevé.

L'analyse des pratiques est relevée comme favorable.

Le mécanisme de gestion de cas est mis en œuvre bien avant que l'intégration des services soit effective. Cette configuration peut produire de l'intégration lorsque la gestion de cas est utilisée comme espace d'apprentissage collectif de résolution de situations et d'ajustement dans les organisations ou les pratiques.

Des pratiques hétérogènes sont relevées :

- gestion des files actives : processus d'inclusion et de sorties, de réorientation ou de liaison avec les partenaires ;
- critères de complexité définis par le PMND utilisés avec des marges d'interprétation entre gestionnaire de cas et une définition qui varie selon la place de chaque acteur.

En excluant toute notion d'urgence dans le processus en gestion de cas dans les mécanismes de la méthode en général, la MAIA occulte une problématique adossée à la trajectoire de perte d'autonomie : l'urgence comme phénomène « normal » et subséquent à la trajectoire de la personne qui avance en âge.

Les outils et process utilisés en gestion de cas permettent d'assurer l'accompagnement des personnes : coordination des interventions et suivi intensif avec des adaptations, mais la remontée des dysfonctionnements exige un meilleur outillage.

71% des MAIA enquêtées utilisent un outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) majoritairement le GEVA-A. Considérée comme un facteur favorable soutenant la gestion de cas, la décision du choix d'un OEMD (mai 2016) par le niveau national était très attendue.

Utilisé dans 80% des MAIA par les gestionnaires de cas, le plan de service individualisé (PSI) n'est pas un support estimé comme efficace de la coordination des interventions.

Des adaptations sont trouvées pour une utilisation en routine en cohérence avec les pratiques de terrain.

La remontée des dysfonctionnements et l'observation des problématiques système par les gestionnaires de cas sont rendues difficiles en raison d'un manque d'outillage (logiciel métier, indicateurs) et de formation des gestionnaires de cas.

Le mécanisme de gestion de cas, même s'il est déployé conformément au cahier des charges, reste, du point de vue de l'équipe d'évaluation, un mécanisme instable.

Plusieurs raisons sont repérées :

- Une stabilisation des outils intervenue a posteriori de sa mise en œuvre : critères d'inclusion et OEMD ;
- Une fonction en émergence qui correspond à de nouvelles formes d'intervention ;
- La formation des gestionnaires de cas qui a évolué et qui demande à être davantage harmonisée au niveau national ;
- Une mise en œuvre hétérogène des processus (inclusion, sortie) qui, s'il correspond à des adaptations aux systèmes locaux, demande à être mieux encadré à des fins d'équité ;
- Un outillage variable de l'observation des problématiques systèmes au-delà de la situation individuelle.

Il s'agit de déterminer un équilibre entre une standardisation (outils, notions, indicateurs) qui est à l'œuvre au niveau national et d'accepter, dans une certaine mesure, les adaptations nécessaires à l'implantation du mécanisme compte tenu des territoires tout en conservant les fondements de la méthode, et notamment la participation du mécanisme de gestion de cas à l'intégration des services et à l'observation des dysfonctionnements.

Enfin, si les bénéfices pour les personnes ne sont pas objectivables, ils sont reconnus et avérés, dans le sens où les gestionnaires de cas prennent le temps et font du care. Les gestionnaires de cas participent en cela à défaire la complexité d'une situation, faciliter l'accès au droit, aux soins, obtenir la bonne aide etc.

Recommandation

Recommandation 12

Affirmer le positionnement de la gestion de cas comme un service aux personnes et aux professionnels et comme vecteur d'intégration

1. Sur la base des critères nationaux, clarifier les processus d'inclusion et de sortie de la gestion de cas
 - a. Identifier les critères de suivi de moindre intensité et de sortie de la gestion de cas
 - b. Clarifier la notion d'autonomie décisionnelle
 - c. Identifier une procédure « urgence » en gestion de cas
2. Définir des indicateurs nationaux sur l'activité des gestionnaires de cas : clarifier les notions de file active, inclusion, intensité du suivi (en cours de mise en œuvre par la CNSA)
3. Positionner les gestionnaires de cas comme acteurs du guichet intégré et vecteur d'intégration
 - a. En cas de non inclusion, informer et réorienter systématiquement (Travailler sur la mise en place d'un processus de réorientation si la GC n'inclut pas)
 - b. Au sein de la concertation, définir une approche graduée de l'accompagnement des personnes âgées, la gestion de cas pouvant servir la mission 2 des PTA²²

22 - 2° L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient. Cette mission comprend :
a) L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ;
b) L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle ;
c) La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ;
d) L'appui à la coordination des interventions autour du patient ;

4. Positionner les gestionnaires de cas en appui à l'observation du système global (coordinateur des interventions à domicile et approche multidimensionnelle), comme représentants des acteurs du domicile
 - a. Deux positionnements : au service de l'intégration clinique et des professionnels et support d'intégration organisationnelle
 - b. Former les pilotes/GC à l'analyse des données/observations pour des remontées structurées en concertation tactique (outiller les GC sur l'analyse des dysfonctionnements type déclaration d'incidents dans une démarche qualité)
5. Clarifier la notion de responsabilité /éthique/positionnement/identité professionnels
 - a. Imposer dans le CDC une analyse de pratique externe pour les gestionnaires de cas en poste
 - b. Harmoniser la formation : posture, rôle, positionnement, connaissance des missions, de la réglementation²³
 - c. Préciser la responsabilité collégiale : à repréciser pour éviter aussi l'isolement du GC
 - d. Former les GC sur les aspects juridiques liés à la fonction de gestionnaire de cas « personne de confiance », informations préoccupantes, accès aux données personnelles, partage d'informations, etc.
6. Obtenir systématiquement le consentement de la personne oral et/ou écrit ou son représentant
7. Établir des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM)

23 - Le diplôme interuniversitaire Gestionnaire de cas est dispensé par 8 universités (Bordeaux, Marseille, Nantes, Lille, Lyon, Montpellier, Martinique et Rennes).

8 Éléments de conclusion

Dans quelle mesure, au bout de cinq années de déploiement des dispositifs MAIA, à l'issue de la phase expérimentale, on parvient à faire de l'intégration, plus ou moins et selon quels processus, leviers et freins ?

La méthode est un modèle rationnel qui donne un cadre nécessaire à l'intégration, sa mise en œuvre est progressive avec des adaptations nécessaires compte tenu de la réalité des territoires, des habitus développés par les acteurs, des cultures professionnelles, des programmes locaux existants (schémas, contrats, etc.).

En décrivant les mécanismes d'un point de vue des concepts et des processus, soutenus par un champ lexical nouveau et parfois compliqué à appréhender, pour autant nécessaires à établir un cadre d'action méthodologique, MAIA, comme méthode, sous-tend mais n'explique pas suffisamment ses objectifs et les finalités du projet collectif. La méthode, telle qu'elle est perçue, reste trop exogène.

Elle se confronte à la réalité des territoires, à l'environnement des acteurs (espace social, normes, logiques et règlements).

En somme, l'intégration répond à l'objectif de continuité des parcours et des services à la condition d'une meilleure prise en compte des cadres de chaque acteur engagé, ceci d'autant plus que la structuration du système de santé fait que chacun va dépendre d'une tutelle, de financements, de contraintes spécifiques qui dépassent le cadre de MAIA.

La méthode d'intégration peut s'appuyer sur les espaces cliniques, organisationnelles et stratégiques en place pour gagner en transversalité et conduire une stratégie globale.

En restant strictement associés à MAIA, les mécanismes produisent une efficacité moindre et peuvent entraîner une certaine concurrence entre acteurs ou un effet de superposition des actions de politique publique.

L'interdépendance des mécanismes est au cœur de l'intégration.

La proposition d'une typologie MAIA met en évidence que les facteurs les plus discriminants entre dispositifs relèvent de la mise en œuvre du guichet intégré, mécanisme central de l'intégration.

La production d'efficacité est directement en relation avec la bonne interdépendance des mécanismes et donc des relations entre les niveaux cliniques, organisationnels et stratégiques. Une mise en œuvre « conforme » de chaque mécanisme mais sans interdépendance est insuffisante à la réussite du projet d'intégration des services.

L'innovation de la méthode est également à prendre en considération. Elle propose une approche populationnelle et une démarche de réponse construite sur le besoin et l'interaction des niveaux stratégiques, organisationnels et cliniques, les uns alimentant et soutenant les autres sur une échelle verticale (chaînage de décisions) et horizontale (coresponsabilité).

La dimension de l'innovation met les acteurs en situation d'apprentissage, on peut parler d'organisation apprenante, ce qui laisse place aux innovations locales.

Or, cette approche ne se traduit pas dans les organisations des ARS structurées par métier, ou même au niveau national, où l'on observe un fonctionnement en silo entre directions centrales et CNSA, malgré des signes encourageant de structuration globale d'une politique publique à destination des personnes âgées, à travers le comité national des parcours des personnes âgées sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SG MAS).

L'intégration est-elle toujours reçue par les acteurs comme une « coordination visant à animer de façon plus intense les pratiques collectives » ou bien aboutissons nous réellement à réduire la complexité du système de manière plus pérenne ce qui est au fondement de l'intégration ?

La multiplicité des niveaux décisionnels (pilotage national, régional, départemental et infra, application des décisions dans les services) et le chaînage des décisions qu'implique la méthode d'intégration entraînent des conditions cumulatives qui si l'une n'est pas remplie déstabilise la démarche d'intégration sur un territoire.

Or, l'appropriation d'un nouveau paradigme demande une assise et une consolidation progressives, un soutien dans la durée, des outils stabilisés et le développement de nouvelles actions de politique publique une cohérence.

L'arrivée de nouveaux programmes et l'évolution rapide des cadres réglementaires sont signalées comme facteurs déstabilisateurs de MAIA alors que **l'intégration des services est considérée comme une réponse pertinente s'agissant d'une meilleure organisation des réponses aux besoins des personnes âgées et commencent à produire ses premiers effets.**

L'interdépendance des mécanismes et leur assise sur l'existant à chaque niveau sont donc au cœur de l'intégration. Les conditions favorables à réunir sont multiples et questionnent en particulier la gouvernance MAIA et sa saisine par les décideurs pour en faire une stratégie de politique publique, le territoire comme système d'action local et sa réceptivité à construire l'intégration et la nécessaire légitimité du pilote à mettre en œuvre le projet.

Tableau synoptique des recommandations et niveau de prise en compte	National	Régional	Départemental	Porteur	Pilote	Gestionnaire de cas
Recommandation 1 Définir une stratégie d'intégration des services - parcours des personnes âgées à tous les niveaux de gouvernance : national, régional et local 1. Faire de l'intégration des services d'aide et de soins une stratégie de politique publique de santé au service des parcours et positionner MAIA comme méthode et moyen au service de sa mise en œuvre pour les personnes âgées conformément à la loi Adaptation de la société au vieillissement 2. Nommer un référent « Parcours - Intégration » au niveau du ministère des Affaires sociales et de la santé (Cabinet Santé) dont le rôle serait notamment d'impulser l'intégration des services et de s'assurer de la cohérence des politiques publiques en faveur des personnes âgées 3. Construire un pilotage transversal de l'intégration entre les directions centrales et caisses (CNSA) au sein du comité opérationnel des parcours placé auprès du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) 4. Établir des fiches, des guides techniques sur l'articulation des différentes actions de politique publique Aux niveaux régional et départemental 5. Positionner le pilotage de l'intégration au sein de la direction générale ou la direction stratégique des ARS en lien avec l'organisation territoriale de l'ARS 6. Impliquer règlementairement et d'emblée les conseils départementaux dans le pilotage de l'intégration 7. Renforcer la gouvernance conseil départemental/ARS en relation avec la délégation départementale 8. Utiliser l'apport de MAIA dans les orientations stratégiques des ARS et conseils départementaux						
Recommandation 2 Positionner l'intégration dans son rôle d' « assembler » des actions de politique publique en faveur du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie MAIA, support transversal du développement de l'intégration des services d'aide et de soins, comme méthode d'organisation du territoire sur une logique de projet collectif soutenue par les moyens alloués (pilote, gestionnaire de cas) et s'appuyant sur le système local d'acteurs 1. Au niveau local, clarifier l'articulation des instances de gouvernance 2. Positionner les actions comme des « briques » de l'intégration (approche fonctionnelle / populationnelle) 3. Réaffirmer la mission légale d'accueil, d'information et d'orientation (CLIC – rôle des MDA – services départementaux)						
Recommandation 3 Réviser en profondeur le cahier des charges national MAIA pour tenir compte des évolutions législatives et des besoins de précisions concernant le contenu de la méthode en appui d'un projet d'intégration des services et garantissant une certaine souplesse de mise en œuvre et d'allocation de moyens par les ARS 1. Préciser dans le cahier des charges le contenu et les objectifs des mécanismes et les indicateurs de l'intégration des services 2. Permettre une répartition plus souple de l'enveloppe financière par l'ARS (utilisation de l'allocation pour des temps d'assistance administrative, ou de médecins...) et en lien avec les spécificités du territoire 3. Élaborer une fiche technique détaillée sur les points d'évolutions du décret par la CNSA en fonction des préconisations retenues et des évolutions du cadre législatif et réglementaire 4. Réaliser par la DGCS une expertise juridique et technique sur les possibilités d'évolution du décret dans un objectif de toilettage en profondeur 5. Dans la période transitoire, rédiger un guide technique pour accompagner les ARS dans la mise en œuvre de ces évolutions						
Recommandation 4 Clarifier la définition du territoire de l'intégration						
Recommandation 5 Réaffirmer la place du diagnostic (réalisé par le pilote MAIA) comme support du projet territorial d'intégration au bénéfice du parcours personnes âgées 1. Orienter le diagnostic élaboré par le pilote sur une analyse territoriale du système local d'information et d'orientation des personnes âgées (diagnostic de l'intégration et des parcours) 2. Différencier le rapport d'activité relatif au conventionnement entre l'ARS et le porteur (outil de communication et de contrôle par l'ARS) du rapport d'étape (outil de suivi de l'intégration des services) Modifier les indicateurs présents en annexe 13 du cahier des charges national MAIA 3. Clarifier le rôle entre l'ARS et le pilote sur l'élaboration du diagnostic 4. Apporter un appui méthodologique aux pilotes par la CNSA (guide méthodologique par la CNSA)						
Recommandation 6 Clarifier le rôle du porteur en tant qu'acteur de l'intégration et en tant que responsable de la convention relative au dispositif MAIA 1. Communiquer sur la sanctuarisation des financements MAIA (CNSA) afin de favoriser la stabilité des personnels MAIA (pilotes et gestionnaires de cas - cf. 4.2) 2. Inscrire dans la convention entre ARS et porteur que son renouvellement est lié à la qualité de la réalisation de la mission d'intégration (Un portage repose sur un engagement sur une durée limitée) 3. Au sein des processus de contrôle et du renouvellement de la convention entre ARS et porteur (à préciser dans le cahier des charges national MAIA) (cf. point a, b,c) 4. Expliciter dans le cahier des charges national la validation du recrutement du pilote par l'ARS et assouplir le nombre de gestionnaires de cas par dispositif 5. Positionner le porteur en responsabilité de l'équipe MAIA, en appui du projet territorial d'intégration et de la convention avec l'ARS, en soutien au pilote et comme acteur de l'intégration (non pas décideur d'une politique publique) 6. Inscrire dans le cahier des charges l'obligation du porteur à suivre la formation « intégration » dispensée par l'EHESP 7. Inviter le porteur, quand il n'est pas membre d'emblée de par sa nature (conseil départemental), comme membre de l'instance de concertation stratégique à titre consultatif, sans voix délibérative, garant de la convention qui le lie à l'ARS						

Recommandation 7 Positionner le pilote comme « chef du projet » territorial de l'intégration 1. Donner mandat au pilote par l'ARS et le conseil départemental, directeurs du projet d'intégration 2. Positionner le pilote comme soutenant aussi les démarches d'intégration internes de son porteur 3. Préciser que le pilote est en capacité d'encadrement (équipe et projet) – statut cadre et positionner le pilote comme responsable hiérarchique des gestionnaires de cas Évaluation des dispositifs MAIA 4. Inscrire dans sa fonction la nécessité d'un travail entre pilotes						
Recommandation 8 Renforcer la formation des pilotes 1. Conduite de projet de territoire 2. Diagnostic territorial partagé (système local) 3. Animation de réunion ; communication : capacité de traduction des objectifs de l'intégration en fonction des publics cibles 4. Management d'équipe ; Connaissance de la gestion de cas (encadrement technique)						
Recommandation 9 Préciser les mandats des instances de concertation : au niveau stratégique, définition d'une stratégie d'intégration, au niveau tactique, de sa mise en œuvre sur le plan organisationnel 1. Réaffirmer le périmètre de l'instance de concertation stratégique (décideurs et financeurs) co-présidée par ARS et conseils départementaux 2. Positionner la méthode (MAIA) en déclinaison de la recommandation 1 comme en appui d'un projet territorial d'intégration défini par la concertation stratégique - penser l'intégration comme politique publique en décrivant les organes de gouvernance et les objectifs assignés aux différentes actions 3. Rapprocher le mécanisme de concertation d'autres instances qui existent et qui ont des rôles proches ou complémentaires et des finalités convergentes. Prendre appui sur les organisations locales prévues par la loi (afin d'éviter la perception « exogène » de MAIA) 4. Définir un calendrier précis des instances ou espaces de concertation stratégiques par l'ARS conjointement avec les conseils départementaux associés aux feuilles de route des pilotes et du plan d'action du projet d'intégration des services 5. Affirmer dans le CDC que la préparation des ordres du jour est réalisée conjointement par l'ARS et le conseil départemental avec l'appui des pilotes						
Recommandation 10 Repositionner le guichet intégré comme l'organisation collective de la fonction d'information et d'orientation 1. Substituer « réponse intégrée » à « guichet intégré » et expliciter les objectifs opérationnels du guichet intégré 2. S'appuyer sur le système local : une logique fondée sur les problématiques du territoire et l'existant 3. Travailler, dans un premier temps, les conditions et les pratiques d'orientation plus que les outils qui permettent d'identifier les « manques » ou les « ruptures » 4. Repérer des niveaux de réponse nécessaires aux besoins des personnes (approche populationnelle/besoins) et les niveaux d'accueillants (limite et positionnement professionnels) et renforcer la qualité de l'accueil, chacun à son niveau, par le développement de la formation 5. Mobiliser l'instance de concertation stratégique 6. Donner du sens à ce qui est fait, pouvoir mesurer la progression individuelle et collective sur les objectifs du guichet intégré à l'appui d'indicateurs et d'un tableau de bord de l'intégration collectivement partagé						
Recommandation 11 Appuyer la mise en œuvre du guichet intégré (réponse intégrée) par la mise en relation des projets de système d'information nationaux et régionaux 1. Prendre en compte les outils et SI existants (contrainte de changement d'outils, double saisine) : interopérabilité 2. Poursuivre le développement des référentiels composants le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information en santé 3. Prendre en compte les normes ASIP Santé et la CNIL 4. Poursuivre l'implication du pilote MAIA aux développements des SI régionaux 5. Impliquer les conseils départementaux dans la construction des outils SI en santé régionaux 6. Au niveau national, assurer le développement du dossier médical personnel, avec les briques médico-sociales						
Recommandation 12 Affirmer le positionnement de la gestion de cas comme un service aux personnes et aux professionnels et comme vecteur d'intégration 1. Sur la base des critères nationaux, clarifier les processus d'inclusion et de sortie de la gestion de cas 2. Définir des indicateurs nationaux sur l'activité des gestionnaires de cas : clarifier les notions de file active, inclusion, intensité du suivi (en cours de mise en œuvre par la CNSA) 3. Positionner les gestionnaires de cas comme acteurs du guichet intégré et vecteur d'intégration 4. Positionner les gestionnaires de cas en appui à l'observation du système global (coordinateur des interventions à domicile et approche multidimensionnelle), comme représentants des acteurs du domicile 5. Clarifier la notion de responsabilité /éthique/positionnement/identité professionnels 6. Obtenir systématiquement le consentement de la personne oral et/ou écrit ou son représentant 7. Établir des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM)						

9 Sigles et abréviations

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA : Allocation personnalisée autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP-Santé : Agence française de la santé numérique
CCAS : Centre communal d'action social
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DD : Délégation départementale ARS
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMP : Dossier Médical personnel (devenu Partagé)
DOMS : Département/Direction de l'Offre Médico- Sociale
DSS : Direction de la sécurité sociale
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESA : Équipe spécialisée Alzheimer
FMA : Fondation Médéric Alzheimer
HAD : Hospitalisation à domicile
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (initialement)
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
OEMD : Outil d'évaluation multidimensionnelle
PAERPA : Parcours de santé des aînés
PIS : Pôle infos seniors
PMND : Plan maladies neurodégénératives
PRADO : Programme de retour à domicile
PRS : Projet Régional de Santé
PSI : Plan de service individualisé
PTA : Plateforme territoriale d'appui
Inter-RAI : Inter-Resident Assessment Instrument
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SG MAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico- Social
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

10 Annexe

Principaux cadres règlementaires

MAIA

Initialement, MAIA est inscrite à l'article L.113-3 du Code de l'action sociale et des familles modifié par l'Article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 :

« Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie coordonnent leurs activités au sein **de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer**.

Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »

En application, a été pris le **décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer** (décret simple ne nécessitant ni consultation du Conseil d'État, ni délibération en Conseil des ministres).

L'article L.113-3 du Code de l'action sociale et des familles **a été modifié par l'article 77 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**.

I. Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées en perte d'autonomie coordonnent leurs activités en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

Les conditions de la mise en œuvre de cette méthode d'action répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les moyens déployés pour assurer le suivi des personnes concernées.

II. Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode mentionnée au I sont tenus au secret professionnel, dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Toutefois, ils peuvent échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Lorsqu'ils comptent parmi eux au moins un professionnel de santé, ils sont considérés comme constituant une équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du même code.

Le représentant légal ou, à défaut, la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 dudit code est compétent pour consentir aux échanges d'information ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire.

Le Projet régional de santé (PRS)

Cadre réglementaire : Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

Le cadre des PRS de 2e génération est décennal, stratégique et prospectif.

Des domaines prioritaires sont :

« 1° L'organisation des parcours de santé ; 2° Le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficience des prises en charge et des accompagnements ; 3° Les effets sur les déterminants de santé ; 4° Le respect et la promotion des droits des usagers. »

Il énonce un objectif d'organisation des parcours et d'accès aux services visant à :

« Améliorer l'organisation des parcours de santé en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale, en particulier en mobilisant les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les **communautés professionnelles territoriales de santé** mentionnées à l'article L. 1434-12

Favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement, sur les plans social, géographique

et de l'organisation, notamment des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et des personnes les plus démunies ; [...] »

Le conseil territorial de santé (CTS)

Cadre réglementaire : Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux Les CTS

« peuvent adresser au directeur général de l'agence régionale de santé des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé. »

Le CTS a une commission spécialisée en santé mentale.

Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Cadre réglementaire : Décret n° 2016-209 du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées pour l'application de l'article 3 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La conférence des financeurs est chargée, dans le département, d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués dans ce cadre interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le programme vise à répondre aux besoins des personnes âgées de 60 ans et plus, recensés, notamment, par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et par le projet régional de santé.

Extrait Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie - Guide technique CNSA – avril 2016

Focus sur les liens entre les instances de concertation MAIA et la conférence des financeurs

Les similarités entre l'instance de concertation stratégique MAIA et la conférence des financeurs

En premier lieu, le public ciblé est le même, il s'agit des personnes âgées de soixante ans et plus et de leurs aidants. L'instance de concertation stratégique et la conférence des financeurs regroupent bien souvent les mêmes acteurs : ARS, conseils départementaux, caisses de retraite, CPAM...

La conférence des financeurs peut s'appuyer utilement sur la concertation stratégique, et inversement. [...]

Ainsi, il est possible que certains sujets puissent être travaillés en commun entre l'instance de concertation stratégique et la conférence des financeurs.

De même, la préparation et l'organisation des instances de concertation stratégiques mises en œuvre en amont avec un nombre d'acteurs restreint s'opèrent peu ou prou dans le même esprit que la conférence des financeurs.

Le lien entre l'instance de concertation tactique et la conférence des financeurs

Lorsqu'il existe des instances tactiques, elles peuvent constituer l'une des instances de travail de la conférence des financeurs. La concertation se fonde sur un diagnostic des prestations disponibles sur le territoire y compris en matière de prévention. La conférence des financeurs peut s'appuyer sur le diagnostic local impulsé et remonté par le pilote MAIA.

Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

Cadre réglementaire : Article L1434-12 Créé par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 65 (V)

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. »

Plateforme territoriale d'appui (PTA)

Cadre réglementaire : Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

Art. D. 6327-1.-L'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions :

1° L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;

2° L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.

Cette mission comprend :

a) L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ;

b) L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle ;

c) La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ;

d) L'appui à la coordination des interventions autour du patient ;

3° Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels.

