

ANNEXE 1

Évaluation des dispositifs MAIA

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

Analyse documentaire

Reformulation de la théorie d'action des MAIA

JUIN 2016



Sommaire

1	Le concept d'intégration	3
1.1	L'intégration : une méthode novatrice d'amélioration du système de santé	3
1.2	L'implantation de la méthode MAIA en France	4
1.3	De la coordination à l'intégration	7
2	Les composantes de l'intégration	11
2.1	La coordination institutionnelle (dimension intégrative)	11
2.2	Le territoire	12
2.3	Le pilotage des MAIA	15
2.4	Les mécanismes et outils de la méthode d'intégration MAIA	6
3	Éléments de réflexion	28
4	Bibliographie	29
5	Sigles et abréviations	31
6	Annexe Tableau synthétique des principaux dispositifs personnes âgées (Domicile)	32

1 Le concept d'intégration

1.1 L'intégration : une méthode novatrice d'amélioration du système de santé

Le concept d'intégration dans le champ de la santé tient en partie son origine des pays anglo-saxons en particulier Canada et Québec. Les théoriciens de l'intégration observent qu'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 fragmentation des soins, l'utilisation inadéquate de compétences, l'accès inéquitable à certains services » (Contandriopoulos, 2000 ; Ackerman, 1992).

4 facteurs peuvent expliquer le développement du recours au modèle intégré selon ces chercheurs :

- les attentes de la population : système de santé libre d'accès, efficace, équitable mais sans impôt supplémentaire ;
- la dynamique de croissance du système de santé en tension avec les contraintes budgétaires de l'État ;
- les difficultés d'organisation du système de santé fondées sur 4 logiques en tension entre elles : professionnelle ; technocratique (planification) ; gestionnaire ; politique ;
- la reconsidération du rôle de la société et des politiques vis-à-vis de la santé au sens large (redistribution des ressources vers des actions collectives porteuses de santé).

L'intégration va ainsi de pair avec une restructuration du système de santé par la coopération, l'optimisation des ressources et compétences disponibles, la réduction de la fragmentation du système.

L'intégration représente une innovation dans le sens où elle **s'appuie sur une approche populationnelle** autour de laquelle s'organise **une réponse collective croisant une logique de filière et réseau (réponse horizontale et verticale)**, à différents niveaux : cliniques, organisationnelles et institutionnelles, **chacune des dimensions interagissant**.

Organisation « traditionnelle » des systèmes de santé	Intégration des services et des soins
Système axé sur la maladie, la déficience	Système valorisant la santé, le bien-être
Une responsabilité patient/usager	Une responsabilité collective, populationnelle
Objectifs de guérir, soigner, rééduquer	Des objectifs de prévenir, guérir, soutenir, accompagner
Une réponse aux demandes	Une réponse aux besoins
Priorités aux soins et aux services	Considération de l'ensemble des déterminants de santé (environnement, social)
Logique d'établissement/place	Logique de réseau
Un contexte de concurrence	Un contexte de coopération
Une gestion centrée sur la production interne	Une gestion de partenariat basé sur la coresponsabilité des prises en charges
De la multidisciplinarité	À la pluridisciplinarité

Selon A.-P. Contandriopoulos

D'une superposition de logiques individuelles centrées sur la clinique (niveau micro), on passe à une logique collective de résolution de problème par une « organisation stable qui assure une couverture complète des besoins de santé d'une population particulière regroupant l'ensemble de services mis en œuvre sur un territoire, par une organisation, qui les rassemble sous un même pouvoir de décision »¹ (niveau méso).

1 - Définition de l'intégration des services proposée par Michel Frossard, économiste et directeur du centre pluridisciplinaire de gérontologie à l'Université de Grenoble

1.2 L'implantation de la méthode MAIA en France

Des dispositifs nombreux, mais trop peu organisés entre eux

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. Selon la DREES, au 31/12/2012, près de 1,220 million de personnes sont bénéficiaires de l'APA (dont 60% à domicile) et les projections indiquent que près de 1,530 million de personnes seraient concernées en 2030 (hypothèse intermédiaire)².

En France, depuis les années 60, les services aux personnes en situation de perte d'autonomie ont connu un fort développement.

La coordination en matière gérontologique est apparue dans le même temps et a évolué sous différentes formes - coordination administrative, de proximité, sociale ou sanitaire - et se compose d'un ensemble de dispositifs (cf. tableau en annexe) :

- service de soins infirmiers à domicile (infirmier-e coordinateur-trice) ;
- réseau de soins gérontologiques (première expérimentation en 1993) ;
- filière de soins gériatrique ;
- centres locaux de coordination et d'information (apparition dans les années 2000) ;
- médecin coordinateur en EHPAD ;
- équipes médico-sociales des Conseils départementaux ;
- MAIA ;
- PAERPA (Parcours santé des aînés) expérimentés depuis 2013 ;
- Etc.

Le rapport de la Cour des comptes de 2012³ rappelle les insuffisances en matière d'organisation de la coordination gérontologique et de cohérence entre dispositifs. Il préconise « **des adaptations structurelles majeures d'un dispositif organisé de manière verticale au bénéfice d'une approche transversale centrée autour de la personne et mobilisant les compétences des différents acteurs selon une dynamique partagée** ».

Cette absence de structuration engendre des phénomènes de fragmentations et de cloisonnements institutionnels, organisationnels et cliniques, avec des conséquences sur les parcours des personnes (discontinuité, rupture, hospitalisation d'urgence, difficulté de maintien à domicile, épuisement des aidants etc.). Les personnes présentant une situation complexe âgées ou en situation de handicap⁴ ont mis les premières en exergue les limites du système de coordination fractionnée par secteur et par prestation.

Cet état de fait est en partie lié à une programmation essentiellement dictée par l'offre construite historiquement depuis 1945 sur des logiques qui ont montré leurs limites comme le souligne le rapport Vachey⁵.

En transposition de la méthode PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie) modélisée, puis généralisée au Québec début des années 2000, une expérimentation sur l'implantation de la méthode d'intégration des services d'aide et de soins aux personnes âgées est lancée par le pouvoirs publics en 2008 sur 3 sites expérimentaux (protocole PRISMA-France : Projet et Recherches sur l'Intégration pour le Maintien de l'Autonomie).

L'expérimentation MAIA vise à apporter une solution aux dysfonctionnements du système d'aide et de soins par une nouvelle structuration de l'offre.

2 - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Dossier solidarité et santé, Projection des populations âgées dépendantes, N°43, septembre 2013.

3 - Rapport public annuel de la cours des comptes, La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents, février, 2012, p.12

4 - C'est le cas des personnes en situation de handicap rare pour lesquelles la méthode d'intégration est au centre du second schéma national.

5 - Jeannet A., Auburtin A., Vachey L., Varnier F., Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement, Rapport IGAS, la Documentation française, novembre 2012

« Leur création repose sur le constat d'une fragmentation de la prise en charge des personnes âgées, tant pour l'accessibilité aux soins et aux aides que pour le fonctionnement des structures et des services, particulièrement problématique dans la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. D'autres structures de coordination ont déjà été mises en place, telles les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les réseaux gérontologiques, sans qu'aucune ne soit légitimée par l'ensemble des services d'un territoire pour suivre la personne tout au long de son parcours. »⁶

Le rapport PRISMA⁷ précise que le modèle d'intégration poursuivi est celui dit de coordination, modèle intermédiaire entre le modèle dit de liaison et le modèle dit de pleine intégration, très centralisée et incompatible avec l'organisation du système de santé français.

Les différents niveaux de l'intégration (Leutz, 1999)

- 1. De liaison :** correspond au niveau le plus faible de l'intégration (formulation de protocoles, continuité informationnelles entre les différents services).
- 2. De coordination :** « les différentes structures, parties prenantes de l'offre de services mettent en place des mécanismes systématiques pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité des services. Elles cherchent ainsi à mutualiser certaines de leurs ressources, compétences et prérogatives respectives, déplaçant par le fait même leurs frontières institutionnelles. C'est dans cette catégorie que se situe l'approche méthodologique proposée par PRISMA (et reprise en cela par l'expérimentation MAIA). »
- 3. De pleine intégration :** modèles « nichés » : une organisation centrale fournit aux usagers de son territoire l'ensemble du continuum de services.

En 2009, une expérimentation de plus grande envergure de la méthode est conduite sur 17 sites « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » (MAIA) dans le cadre de la mesure 4 et la mesure 5 de « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas » du plan national Alzheimer 2008-2012. L'objectif est d'accompagner les porteurs de projets vers l'intégration des services gérontologiques par le soutien d'une équipe projet nationale.

Un cahier des charges national approuvé par décret en 2011 consacre la base légale des MAIA, de façon à assurer leur déploiement progressif sur l'ensemble du territoire. Dès janvier 2011, deux missions ont été confiées aux ARS :

Programmer et planifier la mise en œuvre d'une politique publique d'intégration, notamment à travers l'implantation des dispositifs MAIA (Article L1431-2 du Code de la santé publique).

Accompagner le déploiement des dispositifs MAIA tels que définis dans la circulaire du 13 janvier 2011 et conformément au cahier des charges national approuvé par le décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011.

Le déploiement des MAIA s'est conduit progressivement, une circulaire à destination des ARS rappelant chaque année le nombre de dispositifs et leur financement.

	2010	2011	2012	2013	2014	Juin 2015	2016
Prévu par circulaire		40	100	50	50	50	50
Nb total de Maia	15*	55	148	202	252	257	/

*sites expérimentaux validés

Parallèlement à cette montée en charge, le projet initial expérimental MAIA a évolué (cf. Tableau infra) : doté d'une base légale et réglementaire, les pouvoirs publics affirment la MAIA comme une méthode, qui ne vise pas à se substituer, ni être une nouvelle structure mais qui promeut et soutient un nouveau mode d'organisation collectif sur un territoire plus efficace au bénéfice de la simplification des parcours des personnes âgées et élargisse le public cible.

6 - <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-alzheimer-2008-2012>

7 - Dir. Somme D., Saint-Jean O., PRISMA-France Volume II: Projet pilote sur l'intégration et la gestion de cas, la Documentation Française, Février 2011, p.10

« Les MAIA ne se superposent pas aux autres dispositifs déjà existants mais, en revanche, s'appuient sur elles dans un objectif d'intégration territoriale. Ce sont des dispositifs de proximité destinés à simplifier le parcours des patients et de leurs aidants. »⁸.

La méthode MAIA poursuit ainsi 3 objectifs :

- Améliorer la lisibilité du système d'aide et de soins pour les usagers et les professionnels.
- Agir sur l'organisation du système en renforçant l'articulation des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social pour la simplification et l'optimisation des parcours des personnes âgées [...].
- Faciliter ou prolonger le soutien à domicile et favoriser la continuité de l'accompagnement pour les personnes en situation complexe.

Évolution des MAIA

	Projet initial 2008-2010	Modèle consolidé 2011-2016
Cadre	Expérimental (17 sites)	Base légale et réglementaire (Article L. 113-3 du Code de l'action sociale et des familles)
Plan	Plan national Alzheimer 2008-2012 Mesure IV et V	Plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 – Mesure 34
Nom	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins pour l'autonomie (Art.52 du projet de loi ASV)
Public	Personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer de plus de 60 ans	Personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Plus largement, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sont concernées par ce dispositif.
Pilotage	National : Cabinet du ministre en charge des personnes âgées CNSA	En 2011 : ARS (délégation de crédit, déploiement, pilotage régional) Art. L. 1431-2 du Code de la santé publique CNSA : lettre de mission de la Ministre en charge des PA depuis 2012 2016 : introduction du pilotage des MAIA dans la Convention d'objectifs et de gestion (État-CNSA)
Principe	Guichet unique	Guichet intégré
Outils	Outils testés	Outils nationaux proposé

L'intégration représente donc une méthode novatrice en France qui sous-tend la création :

- d'un espace commun (ensemblier) : espace de régulation et d'échanges figuré par les mécanismes concertation et guichet intégré ;
- l'adoption de règles et processus communs (critères d'inclusion, outils standardisés, système d'information etc.) ;
- le système d'aide et de soins : gestion de cas, articulation des interventions et des secteurs.

Dans ce processus, les chercheurs pointent deux difficultés majeures de l'intégration :

- la coordination des changements et des mécanismes de transition ;
- les controverses autour de la porosité des structures et des frontières organisationnelles (intérêts corporatifs).

Le défi étant de « préserver la diversité des services offerts par le réseau tout en accroissant sa capacité de répondre aux besoins des personnes ». La solution proposée est « d'implanter des stratégies (mécanismes ou incitatifs formels), structures et processus encourageant la mise en réseau des services, sans accroître la rigidité du système et sans trop diminuer le temps alloué à la dispensation directe de services »⁹.

8 - HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire - « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? » Septembre 2014, p.12

9 - Fleury MJ, Ouadahi Y., Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement, Santé mentale au Québec, vol. 27, n° 2, 2002, p. 16-36., p.30

1.3 De la coordination à l'intégration

Alors que la question de la coordination est centrale dans les politiques sociales et de santé et qu'elle est le fait de nombreux dispositifs, quelle différence propose l'intégration et qu'apporte-t-elle de plus ?

Selon Kodner et Kyriacou, « l'intégration se définit comme un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'informations, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement. Elle a pour effet une meilleure continuité des services autour de l'utilisateur, soit l'une des composantes fondamentales de la qualité des services (OMS, 2000) »¹⁰.

L'intégration est différente des formes de coordination traditionnellement admises dans le sens où elle vise un niveau d'appropriation de la fonction de coordination par l'ensemble des acteurs du système. Alors que ce qui échoue le plus souvent avec une simple coordination, c'est qu'un seul acteur joue ce rôle.

Le rapport PRISMA évoque ainsi « la tension qui traverse l'ensemble des discours recueillis entre une conception de la coordination qui occulte la problématique de l'intégration et le désir d'accroître l'efficacité de la prise en charge. Cette tension peut être représentée par le couple conceptuel animation de la complexité (en vue de rendre la prise en charge plus fluide) et réduction de la complexité (en vue d'agir sur les conditions structurelles de l'entropie dans l'organisation des services). »¹¹

Ainsi **la coordination sans intégration** est un « **moyen d'animation de la complexité** » souvent basée sur l'autonomie et la volonté des professionnels, alors que la **coordination au sein du dispositif intégré** représente une fonction/un moyen collectif de régulation et d'articulation des coopérations fonctionnelles et cliniques dans « **un objectif de réduction de la complexité** ».

Ce processus de changement nécessite un leadership (gouvernance), des modalités organisationnelles favorables (système fonctionnel, normatif), l'adhésion des acteurs du soin et de l'accompagnement (système clinique).

Les différences entre coordination/intégration

Coordination	Intégration
Moyen d'animation de la complexité	Moyen de réduction de la complexité
Conjoncturelle	Structurelle
Centré sur une problématique individuelle	Centrée sur une problématique collective
Volontariat, « informel »	Formalisée
Opportune	Standardisée et systématisée
Autonomie des partenaires	Interdépendance forte
Activité d'animation, de renforcement de liens	Centrée sur la cohérence du système
Registre clinique	Registres clinique, fonctionnel et stratégique
Basée fortement sur les relations « interpersonnelles », registre de l'informel	Fondée sur la concertation (échelons stratégiques et cliniques), registre formel
Culture de la prise en charge individuelle, responsabilité de chacun	Culture de la prise en charge collective, en coresponsabilité
Information et dialogue interprofessionnels	Système d'information partagé
Empirisme, invention de solutions ad hoc	Capitalise la résolution d'un problème,
Absence ou peu d'évaluation	Modélise, évalue les résultats
Logique concurrentielle	Logique de coopération

Tableau basé sur les analyses du rapport PRISMA¹²

10 - In PRISMA France Niveau de preuves de l'intégration

11 - Dir Somme D., Saint-Jean O., Rapport PRISMA France Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action, La Documentation Française, Décembre 2008, P. 92

12 - Dir. Somme D., Saint-Jean O., Rapport PRISMA France, opus cité, p.86

3 niveaux de coordination sont évoqués par les chercheurs (Couturier, Hébert, Bloch) :

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 où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement des personnes.
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 à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et que sont gérées toutes les questions d'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.

Le rapport indique que « les problèmes de qualité de prise en charge des personnes peuvent être la conséquence de dysfonctionnements intervenants à ces trois niveaux ».

En conséquence, la méthode d'intégration implique la cohérence entre et une action à chacun des niveaux.

En correspondance avec ces 3 niveaux, Condrianopoulos¹³ identifie 5 dimensions de l'intégration :

Le niveau du patient :

- **l'intégration des soins** : articulation, continuité et globalité des soins de chaque personne assurés par les différents intervenants ;

Le niveau de la structure ou du dispositif de prise en charge :

- **l'intégration des équipes** : interdisciplinarité / articulation avec la structuration du réseau, instrumentation des équipes (information, évaluation) ;
- **l'intégration fonctionnelle** : encourage les équipes intégrées, articulation entre gouvernance / système clinique ;
- **l'intégration normative** : c'est le système commun de référence, qui permet l'efficacité du projet et qui permet de sensibiliser les acteurs sur l'importance de la responsabilité collective dans la prise en charge ;

Le niveau institutionnel :

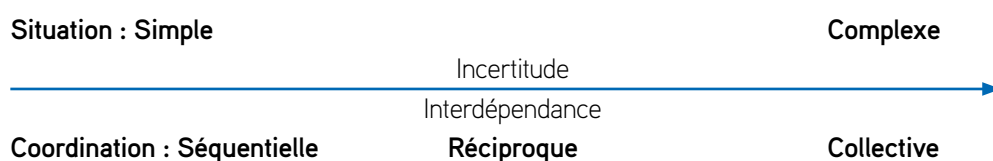
- **l'intégration systémique** : elle renvoie à l'idée que pour qu'il y ait intégration à un niveau donné (une organisation, un territoire, une région, une entité multirégionale), il faut que l'on ait, pour chaque dimension de l'intégration une cohérence avec les autres niveaux – entre les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins avec la dynamique du projet local.

La méthode d'intégration vise également à ajuster les mécanismes et niveaux d'intervention en fonction du degré de la complexité de la situation. Ainsi, si la MAIA s'adresse à la population des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle dans son ensemble par le biais des mécanismes de concertation et de guichet intégré, le mécanisme de gestion de cas ne sera activé que pour les personnes en situation complexe.

« En somme l'intensité de la coordination qui doit exister entre les acteurs et les organisations est dépendante de la nature du projet collectif qui les amène à coopérer. Plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination collective est nécessaire. Par contre, pour des problèmes simples et ponctuels, la coordination séquentielle est suffisante. Dans un système intégré de soins, on s'attend à ce que l'intensité et la nature de la coordination s'ajustent en fonction des besoins de chacune des personnes dont le système est responsable compte tenu des ressources, des expertises et des technologies disponibles. »

13 - Contandriopoulos, coll., Intégration des soins, dimension et mise en oeuvre, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, 2008

A.-P. Condrianopoulous évoque 3 niveaux de coordination : simple ; séquentielle ou collective.



La coordination séquentielle (simple) : pour des problèmes simple, circonscrit dans le temps et l'espace, assure l'accès à l'expertise. Elle devient insuffisante en cas de d'incertitudes, de besoins d'expertises accrus.

La coordination réciproque : intervention simultanée et interdépendance entre professionnels suffisante lorsque le problème de santé n'est pas trop complexe, circonscrit dans le temps et l'espace.

La coordination collective : permet d'assurer conjointement la responsabilité de la prise en charge selon des modalités décidées ensemble pour des problèmes de santé multiples et complexes (chronicité, vulnérabilité et incertitude); niveau d'interdépendance élevée ; ententes formelles entre les acteurs pour assurer un accès et une disponibilité des ressources.

Points clés

1. L'intégration est une méthode structurée qui engage l'ensemble des acteurs sur une approche populationnelle.
Alors que la coordination est une fonction qui est assumée généralement par un acteur et qui est basée sur l'offre existante.
2. L'intégration agit sur plusieurs dimensions : clinique, organisationnelle et institutionnelle alors que la coordination dans son acception traditionnelle agit essentiellement sur la dimension clinique.
3. L'intégration vise à résoudre des problèmes et agir sur le système à partir de l'observation de difficultés et dysfonctionnements repérés sur la prise en charge d'une population en situation complexe, la résolution de ces problèmes étant au bénéfice d'une population plus large.
4. La méthode d'intégration intègre la fonction de coordination et propose des niveaux de coordination gradués selon le niveau de complexité de la personne concernée.

2 Les composantes de l'intégration

2.1 La coordination institutionnelle (dimension intégrative)

« L'analyse effectuée à partir du cadre théorique d'analyse des politiques publiques du "sentier de dépendance" permet de documenter que l'intégration des services ne peut se construire sans une volonté institutionnelle se matérialisant par une harmonisation des objectifs de politiques publiques poursuivis et des instruments d'intervention déployés par les pouvoirs publics tout autant politiques qu'administratifs (Demers, 2005; Demers, Pelchat, Côté, 2002; Demers, Dupuis, Poirier, 2002 ; Lascombes, Le Gallès, 2004). Ainsi, nos analyses du contexte institutionnel français et des effets de cette structuration institutionnelle sur les projets pilotes d'intégration nous ont amené à la conclusion selon laquelle l'intégration institutionnelle constitue une étape nécessaire à l'intégration des services (Trouvé et al., 2010a; Trouvé et al. 2010b; Couturier et al. 2009). »

Les chercheurs notent que le caractère irréductible de la complexité du système français avec lequel les acteurs doivent composer : « L'accès au service est conditionné par la présence de plusieurs régimes normatifs à fondements administratifs plutôt que cliniques. Alors que le Québec a travaillé à réduire la complexité constitutive de tout système socio-sanitaire par un important effort d'intégration, les participants au projet pilote français ont plutôt cherché à animer cette complexité, l'estimant essentiellement irréductible dans leur contexte. »¹⁴

Ainsi, la complexité du système français doublée du phénomène de sentier de dépendance¹⁵ est un facteur à prendre en compte dans les processus intégratifs. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) portant sur *L'évaluation de la coordination d'appui aux soins* pointe la persistance de cloisonnements favorisant la concurrence entre les différentes autorités :

- « entre l'État et l'assurance maladie, entre les administrations de l'État et la CNSA, entre l'État et les collectivités locales, entre la ville et l'hôpital, entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire [...]. »

- entre administrations centrales ».

« Depuis deux décennies, Les directions d'administration centrale du ministère de la santé et des affaires sociales (DSS, DGOS, DGCS) et les caisses nationales dans le même champ (CNSA et assurance maladie) prennent des initiatives parallèles et conduisent des « expérimentations » non coordonnées, voire concurrentes, sur tout le territoire ou seulement dans certaines régions, pour des publics particuliers. Ce n'est pas le moindre des paradoxes s'agissant de mesures visant à renforcer la collaboration des acteurs de terrain. »

Il observe que « le dispositif PAERPA est porté par la DSS et la DGOS en concurrence avec la CNSA responsable de la mise en place et de l'animation des MAIA. [...] Par la force des choses, nombre de PAERPA sont adossés à des MAIA répondant ainsi avec pragmatisme à la complexité administrative. »¹⁶

L'ARS Pays de la Loire note ainsi des difficultés de compréhension du dispositif MAIA qui ont été amplifiées par la multiplication de nouveaux dispositifs et l'arrivée de l'expérimentation PAERPA (parcours des aînés).

14 - Couturier Y., Trouvé H., Gagnon D., Etheridge F., Carrier S., Somme D., Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France, *Lien social et Politiques*, n° 62, 2009, p. 163-174.

15 - La théorie du sentier de dépendance développée notamment par Bruno Palier postule que les organisations et les acteurs sont inscrits dans des institutions qui structurent et canalisent leurs activités le long de sentiers. L'idée de dépendance envers le chemin emprunté souligne la dynamique selon laquelle une fois qu'un chemin est pris il est difficile d'en changer car les processus s'institutionnalisent et se renforcent avec le temps (in *Revue Vie sociale* N°6, p.58)

16 - Blanchard P., Eslous L., Yeni L., Louis P., Rapport d'Évaluation de la coordination d'appui aux soins, IGAS, Décembre 2014, p.24

En termes d'efficacité, la mission IGAS indique que les sources de financement de la coordination sont en conséquences multiples (ONDAM, CNSA, collectivités locales, etc.) et sont « sans relation évidente avec la performance des coordinations ». Cette complexité dans le financement entrave par ailleurs la lisibilité sur les allocations de ressources « qui paye quoi et pourquoi » en particulier pour les structures qui disposent de plusieurs sources de financement.

De surcroît « la régulation des services gérontologiques peut être qualifiée de multi-instrumentale. Les choix d'instruments sont effectués dispositif par dispositif ce qui engendre une superposition d'interventions législatives et réglementaires reconnaissant, institutionnalisant et régulant des dispositifs, de façon discrétionnaire et non mutualisée » [...] Ainsi depuis une trentaine d'années, la poursuite d'une plus grande intégration des services gérontologiques s'est faite selon une logique sectorielle, plutôt que populationnelle, et sans assise territoriale ».¹⁷

L'enquête conduite par l'Institut français d'opinion publique (IFOP) en 2012 met en exergue « un enjeu majeur de gouvernance se fait donc jour sur cet univers, sans lequel la multiplication des acteurs et des dispositifs risque de prendre l'allure d'une usine à gaz ».¹⁸

La dimension intégrative au plus haut niveau apparaît donc comme essentielle : « L'intégration ne peut se construire sans une volonté institutionnelle qui permettent une harmonisation des objectifs de politique publique et des instruments d'intervention mise en œuvre pour les atteindre [...] ».¹⁹

2.2 Le territoire

Le cahier des charges national des dispositifs MAIA précise : « 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 [...] ».

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 celle d'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, etc. »

Cette définition fait référence à plusieurs critères :

- la compatibilité avec les documents de planification (PRS, schémas régionaux et départementaux) ;
- le respect des contours des territoires de santé ARS ;
- l'intégration des ressources relatives à la prise en charge des patients Alzheimer ;
- la proximité et taille infra-départementale ;
- le territoire du porteur, au démarrage.

17 - Trouvé H., Demers L., Couturier Y., Imbert G., Saint-Jean O., Somme D. « L'intégration des services gérontologiques en France et au Québec » In Revue vie sociale N°6, Services d'accompagnement et de soins : de la coordination à l'intégration, Eres, 2014

18 - IFOP, L'évolution des perceptions et de la satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) Rapport de l'étude qualitative auprès des aidants professionnels travaillant dans le cadre du dispositif MAIA, Juillet 2012

19 - Trouvé H., Demers L., Couturier Y., Imbert G., Saint-Jean O., Somme D. « L'intégration des services gérontologiques en France et au Québec », opus cité, p. 72

Avec l'ajout d'un critère populationnel pour la répartition des 50 dispositifs MAIA prévus en 2014 :

- le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans (répartition des 50 MAIA en 2014).

Ces critères sont non priorisés ce qui laisse une marge de manœuvre aux ARS et la possibilité de révision en cours du processus d'intégration.

Le territoire : un choix difficile

L'évaluation des dispositifs MAIA des Pays de la Loire²⁰ fait logiquement état d'une grande hétérogénéité des caractéristiques des territoires des MAIA : physiques et taille ; population couverte (de 34 000 personnes âgées de plus de 60 ans à 256 000) ; variabilité des contextes locaux en termes de ressources existantes. Le rapport ne met pas en évidence la prégnance d'un facteur ou d'un autre comme obstacle ou facilitateur du déploiement de la méthode avec « des points de vue contrastés sur l'importance de telle ou telle caractéristique ».

Plusieurs difficultés sont constatées dans le choix des territoires :

- La notion de territoire de proximité est estimée comme insuffisamment admise dans la définition du périmètre des MAIA amenant certains dispositifs « au besoin de fonctionner en divisant leur territoire par l'intermédiaire de plusieurs tables tactiques, ce qui n'est pas a priori la logique de la MAIA et peut donc questionner sur la taille des territoires retenus »²¹ et note qu'aucun acteur n'a été en capacité de donner des critères objectifs sur cette question.
- Toujours d'après l'évaluation Pays de la Loire, « 25% des pilotes MAIA interrogés ont exprimé un manque de pertinence du territoire d'action de leur MAIA ». Le territoire MAIA a pu apparaître comme issu d'un découpage administratif sans lien avec les bassins de vie.
- La difficulté de définition du territoire MAIA est confirmée dans le rapport sur la Stratégie des ARS dans le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA²² qui relève des réponses très diverses fournies par les référents Alzheimer des ARS quant à la taille du territoire d'exercice des dispositifs MAIA.
- La seconde difficulté repérée par l'évaluation des Pays de la Loire est en lien avec le ratio de gestionnaires de cas défini par MAIA et non ajusté au volume de population âgée couverte « la grande taille d'un territoire est pénalisante avec un tel raisonnement. »

Les ARS Pays de la Loire constatent des évolutions positives par le biais d'une concertation amont avec les conseils départementaux, les acteurs de terrain et l'implication des directions territoriales de l'ARS.

« Les attentes exprimées sont celles d'une recherche de la cohérence des territoires par rapport aux dynamiques d'acteurs et à leurs habitudes de travail. Il faudrait des critères d'appréciation de la pertinence du périmètre choisi pour que les acteurs se sentent concernés. »

La Haute autorité de santé précise qu'« un diagnostic organisationnel visant à comprendre la réalité des organisations et des pratiques professionnelles est un préalable à l'implantation de l'intégration des services. La stratégie d'implantation est adaptée en conséquence ».²³ De même, « les référents Alzheimer identifient comme facteurs facilitant le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA la nature des partenariats historiques stratégiques et tactiques, notamment respectivement avec les conseils généraux et les sphères hospitalières. »²⁴

On peut remarquer que les critères cités comme participant à la définition du territoire se fondent davantage sur la connaissance de la dynamique d'acteurs, d'un territoire administratif (bassin de santé, territoire du porteur) que sur la connaissance de la population ciblée.

20 - ARS Pays de la Loire, Rapport d'Évaluation des dispositifs Maia des Pays de la Loire, 2014 ; p.8

21 - ARS Pays de la Loire, Rapport d'Évaluation des dispositifs Maia des Pays de la Loire, p.8

22 - Trouvé H., Saint-Jean O., Somme D, Stratégie des ARS dans le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA. FNG pour la DGS Juin 2012

23 - Note méthodologique et de synthèse documentaire, « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? », HAS, 2014

24 - Trouvé H, Somme D., Stratégies des ARS dans le déploiement des dispositifs d'intégration, opus cité, p.66

La priorisation des territoires d'implantation « relève en premier ordre d'une posture de programmation, et non de réponse aux besoins de la population »²⁵ (territoires couverts par les MAIA existantes, réalisation d'un diagnostic organisationnel, positionnement des conseils départementaux, la réalisation d'un diagnostic populationnel n'intervenant qu'en dernière position).

« Plus que la taille du territoire de la MAIA, c'est davantage le fait que le territoire d'action de la MAIA soit cohérent avec les parcours de santé des usagers et les territoires d'action des professionnels qui doit être considéré comme un facteur facilitant. »²⁶

En cohérence avec cette double approche, l'ARS Pays de la Loire identifient trois caractéristiques comme les plus déterminantes :

- le volume de population de personnes âgées de plus de 75 ans comprises dans le périmètre de la MAIA ;
- les habitudes de déplacement des populations et des transports ;
- les pratiques des acteurs.

Dans ces stratégies de déploiement, plusieurs cas de figure sont pointés par le rapport d'évaluation des dispositifs MAIA des Pays de la Loire et pose la problématique d'un développement endogène vs exogène de la MAIA :

- une connaissance insuffisante du territoire par le pilote : « certains acteurs regrettent que les problématiques et expériences existantes aient été quelquefois méconnues » ;
- de fortes dynamiques et une organisation préexistante entre acteur qui a rendue compliquée l'installation du dispositif MAIA « car les acteurs ne percevaient pas sa plus-value ».

L'importance de l'implication des directions départementales ARS est de nouveau soulignée.

« Le déploiement du dispositif d'intégration MAIA appelant la mobilisation des compétences et connaissances des spécificités locales d'une part et l'engagement des acteurs locaux d'autre part, les référents Alzheimer doivent associer les délégations territoriales au déploiement du dispositif. »²⁷

Néanmoins, la préexistence d'une dynamique n'apparaît pas être un facteur déterminant du déploiement mais « le critère de réussite semble être l'association le plus en amont possible des acteurs à la construction même du dispositif car on se situe dans une dynamique de changement et d'association de multiples acteurs de profils différents. De même, l'adhésion et l'appui des coordinateurs de CLIC et du réseau CLIC dans son ensemble apparaît comme un facteur-clé du succès de la MAIA, pour la facilitation des échanges entre acteurs ».²⁸

Points clés

Aucun critère objectif n'a été repéré pour définir le « territoire pertinent ».

Les éléments favorables sont une concertation amont entre ARS, conseils départementaux, les acteurs soutenus par un diagnostic visant à comprendre les dynamiques d'acteurs, les besoins de la population et l'accès aux services pour la population ciblée.

Il est un territoire de proximité.

25 - Trouvé H, Stratégies des Agences régionales de santé dans le déploiement du dispositif d'intégration opus cité, p.8

26 - Trouvé H., Somme D, Stratégies des ARS dans le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA, opus cité, p.66

27 - Trouvé H, Somme D., Stratégies des Agences régionales de santé dans le déploiement du dispositif d'intégration opus cité, p.5

28 - Trouvé H., Stratégies des Agences régionales de santé dans le déploiement du dispositif d'intégration, opus cité, p.8

2.3 Le pilotage des MAIA

Le pilotage (stratégie de management du changement) apparaît comme un facteur clé dans la mise en place de l'intégration des services. Parmi les stratégies, il apparaît nécessaire d'éviter une approche exclusivement descendante (top-down) mais de favoriser la double approche (top-down et bottom-up, i.e. ascendante) (de Stampa et Somme, 2012b ; Kodner, 2012)²⁹. Le contenu de la méthode doit être suffisamment formalisé tout en offrant des possibilités d'adaptations locales (Kodner, 2012).

Le déploiement des dispositifs MAIA fait en cela appel à une double référence :

- un cahier des charges national, référentiel d'une norme d'action commune à l'ensemble des dispositifs (intégration normative) ;
- une adaptation aux contextes locaux sous le pilotage des ARS (intégration des équipes, intégration fonctionnelle et organisationnelle).

« Ces modalités de déploiement appellent, par conséquent, de la part des ARS, une posture d'instance de management du changement. »³⁰

Ainsi l'étude sur les stratégies des ARS dans le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA réalisée par Hélène Trouvé³¹ en 2013 identifie plusieurs facteurs de réceptivité propice à l'implantation des MAIA :

- **la désignation par le DGARS d'un Référent au sein de son ARS ;**
- **l'accompagnement de l'équipe projet nationale CNSA :** « L'accompagnement fourni par l'équipe projet nationale constitue un appui à la compréhension et à la construction d'outils » pour les Référents Alzheimer ;
- **la structuration de groupe de travail intra-ARS** réunissant les directions ayant compétences dans le champ gérontologique et les délégations territoriales (Le rapport pointe que cette stratégie n'est pas à l'œuvre dans l'échantillon des ARS couvertes par l'étude, cette carence de stratégie interne aux ARS comportant le risque de rendre MAIA peu lisible et, donc, peu pérenne. Le rapport de l'ARS Pays de la Loire confirme cette absence de stratégie globale et fait apparaître « que les services de l'ARS qui ne sont pas en charge du dossier ne se sentent pas concernés voire, à part de nom, ne connaissent pas ce que sont les MAIA et leurs objectifs. Les objectifs des départements compétents sur le champ des personnes âgées, notamment du champ sanitaire, n'incluent pas forcément les MAIA dans leurs objectifs de travail. De même, les différents services en charge des relations avec l'ensemble des acteurs tant sanitaires que médicosociaux n'ont pas été investis d'une mission particulière de portage de ce dispositif sur leur champ de compétences » ;
- **l'association des délégations départementales** dans le déploiement MAIA (connaissances des spécificités locales et engagement des acteurs locaux) ;
- **l'implication des conseils départementaux** repérée par les référents Alzheimer comme le premier facteur facilitant la mise en œuvre effective des dispositifs MAIA ;
- la prise en compte des dynamiques territoriales et intersectorielles et des processus d'accompagnement au changement (formation délivrée aux pilotes, aux ARS, aux gestionnaires de cas et accompagnement de l'équipe projet nationale) ;
- **la mise en place de modalités de management des pilotes** sous formes de réunions périodiques, ou rapports périodiques ou comptes rendus etc. ;
- **la cohérence entre les orientations des SROMS et SROS** pour garantir l'articulation avec les orientations spécifiques aux centres hospitaliers, aux réseaux de santé et aux filières gériatriques et plus généralement les liens entre les directions stratégies direction de l'offre médico-sociale et de l'offre de soins pour une approche populationnelle et non sectorielle.
- **la mobilisation des instances de concertation des ARS.**

29 - Somme D., Trouvé H., Passadori Y., Corvez A., Jeandel C., Bloch MA., Ruault G., Dupont O., de Stampa M. Art. Prise de position de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie sur le concept d'intégration in Gérontologie et société N° 145 Fonds national de gérontologie, 2013

30 - Trouvé H., Demers L., Couturier Y., Imbert G., Saint-Jean O., Somme D., L'intégration des services gérontologiques en France et au Québec, opus cité, p. 69

31 - Trouvé H., Stratégies des Agences régionales de santé dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA, opus cité.

Les conclusions du rapport sur les stratégies des ARS dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA 2012 indique comme élément défavorable à l'intégration les questionnements des acteurs sur la cible du dispositif avec en « exergue un défaut de clarté du dispositif, lequel entrave la mise en œuvre de la politique publique d'intégration des services gérontologiques à travers les MAIA [...] contrebalancé par l'approche *Help it happen* ("Aider à advenir" mise en œuvre au niveau national. [...]).

Ces modalités d'accompagnement du changement, spécificités de la mise en œuvre de cette politique publique d'intégration en France, [...] constituent un facteur de succès au regard de la littérature internationale et nationale.

L'enjeu actuel porte sur sa continuité et diffusion au palier national, ainsi que sur son appropriation, notamment par les ARS, Conseils départementaux, Porteurs et Pilotes de MAIA. »³²

2.4 Les mécanismes et outils de la méthode d'intégration MAIA

La construction de l'intégration nécessite de s'appuyer sur des mécanismes et des outils interdépendants (Kodner et Kyriacou, 2000 ; de Stampa et Somme, 2012a ; de Stampa et Somme, 2012b) :

- création d'espaces de concertation ;
- le partage de processus d'accès aux services du territoire ;
- la mise en place de « gestionnaires de cas » pour les personnes en situation complexe ;
- le partage d'outils d'évaluation et de planification ;
- et l'existence d'un système d'information.

Trois mécanismes sont ainsi identifiés : concertation ; guichet intégré ; gestion de cas associés à 3 outils : système d'information partagé ; évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé ; plan de services individualisé.

On observe à travers la documentation que les processus d'intégration sont en cours mais qu'aucun mécanisme n'est complètement opérationnel ; on peut faire l'hypothèse 1/ que l'interdépendance des outils et des mécanismes peut être un frein à la mise en œuvre de l'un d'entre eux (exemple du système d'information) 2/ que les processus d'intégration et l'appropriation des outils nécessitent un temps d'appropriation (3 ans minimum selon les recherches conduites).

1) La concertation

« La concertation a pour objet d'inscrire dans le territoire concerné par le dispositif MAIA des espaces collaboratifs construits de façon particulière. [...] La concertation est par conséquent un partenariat formalisé de "tables", fondée sur la coresponsabilité des acteurs. »

La concertation se décline à deux niveaux :

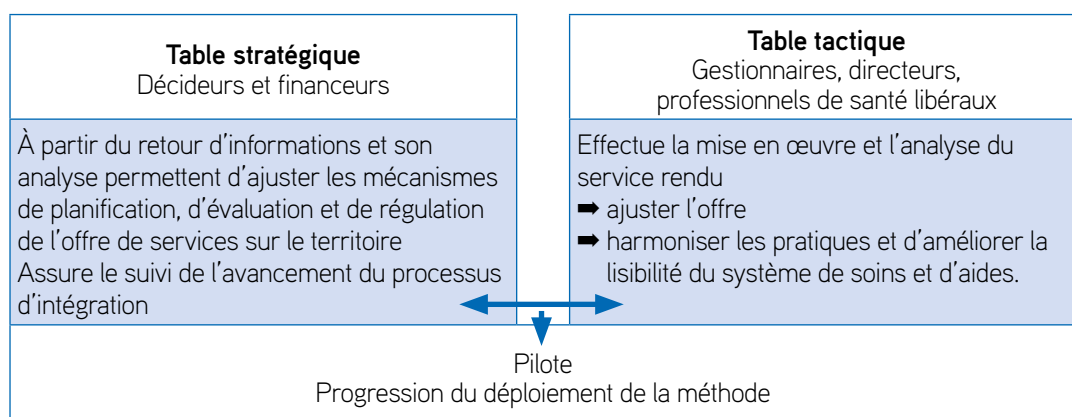
- la table stratégique se compose des décideurs et des financeurs. Il est possible de s'appuyer sur un comité préexistant et de le faire évoluer pour lui faire prendre une dimension stratégique.
- la table tactique se compose des responsables et des directeurs des établissements et services sanitaires, 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.) ; il s'agit d'un élément déterminant de la coresponsabilité. »

(Extrait du cahier des charges national des dispositifs MAIA)

32 - Trouvé H., Stratégies des Agences régionales de santé dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA, opus cité, p. 112

Les deux registres de concertation sont complémentaires et différenciés par le cahier des charges :



Le mécanisme de concertation fondée sur l'interaction entre un niveau stratégique et tactique présente un caractère novateur en France. La concertation implique une phase d'interconnaissance et de reconnaissance entre acteurs. La FNG souligne qu'elle « n'empêche pas les conflits, qui peuvent survenir à la fois de contacts non souhaités (notamment en situation de concurrence des légitimités), de problème de compréhension, de conflits d'intérêts concernant les moyens ou les finalités du groupe, voire de résistance à la pression du groupe. Ces dimensions sont en partie dépendantes d'un contexte territorial (diversité ou non de l'offre, hétérogénéité professionnelle et statutaire des partenaires, résultats positifs ou négatifs des expériences passées et présentes de partenariats, etc.) favorisant ou non le travail de concertation, lui-même fondé sur la gouvernance déjà abordé précédemment ».

Elle indique que la concertation nécessite un apprentissage : « cet apprentissage appelle « la confiance » dans la mesure où il est question de construire les dispositions à coopérer ».³³

La table stratégique

À travers l'évaluation des dispositifs des Pays de la Loire, la coprésidence ARS, conseil départementaux des tables stratégiques paraît un facteur propice à la concertation et notamment au principe de coresponsabilité. Cette forme nouvelle de gouvernance apparaît comme positive, mais inaboutie :

- L'ensemble des décideurs et financeurs ne participent pas avec le même engagement soit en termes de présence ou de prise de position dans les discussions.
- Elle figure comme un espace d'information « une chambre d'enregistrement » plus que comme un lieu où se prennent les décisions et ne sont pas suffisamment alimentées par la production des tables tactiques.
- Les attendus des tables et leurs contenus sont insuffisamment précis.

Sur ces constats, on peut faire l'hypothèse que les modalités et méthode de la concertation admises par l'ensemble des acteurs et l'interaction des mécanismes exigent du temps et un positionnement inhabituel dans la mise en œuvre des politiques publiques.

À ce sujet, un travail d'harmonisation des sujets à porter ou non en table stratégique et des décisions qui doivent y être prises est proposé en Pays de la Loire.

On observe également une recherche d'efficacité avec une adaptation des modalités de concertation stratégique : regroupement de dispositifs MAIA, fréquences de réunions.

Le regroupement des tables stratégiques rend parfois difficile le positionnement des tables tactiques : la production d'une table tactique peut être invalidée par le choix en table stratégique d'une production réalisée par une autre table.

33 - Somme D., Trouvé H., Passadori Y., Corvez A., Jeandel C., Bloch MA., Ruault G., Dupont O., de Stampa M., Art. Prise de position de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie sur le concept d'intégration in Gérontologie et société , opus cité, p.17

En Pays de la Loire, est fait mention d'une initiative intéressante : la réunion des instances de concertation MAIA/PAERPA formalisée par une charte de gouvernance MAIA- PAERPA cosignée par l'ARS et la Conseil départemental du Maine et Loire.

« La charte de gouvernance MAIA- PAERPA est venue « sanctuariser » et asseoir ce dispositif est vue comme un apport supplémentaire par la formalisation qu'elle apporte à cette co-responsabilité collective. »³⁴

La table tactique

Le rapport d'évaluation des ARS des Pays de la Loire souligne le caractère innovant de cette instance légitimée règlementairement qui permet de formaliser un cadre de travail sur un territoire pour les professionnels sanitaires, médico-sociaux.

Si les échanges en table tactique sont féconds, des points de vigilance sont soulignés :

- Le trop grand nombre d'acteurs présents ne permet pas à chacun de s'exprimer.
- En dehors des tables et des acteurs présents, la diffusion de l'information et des travaux est très restreinte et pose la question de l'impact des tables sur le territoire.
- Une mobilisation difficile des acteurs du champ sanitaire et des EHPAD qui dépend en partie de la préexistence de coopérations.

L'étude d'Hélène Trouvé indique en revanche « une représentation propice à l'intégration des services MAIA. Les structures de coordination (CLIC, Réseaux) et les structures hospitalières sont très majoritairement présentes en table ». [...] Considérant l'intégration comme mouvement inscrit dans le temps, l'inclusion des organismes de coordination et des structures hospitalière est un prérequis à l'inclusion exhaustive du continuum des services gérontologiques sur le territoire d'action MAIA. »³⁵

- L'association des médecins libéraux pourtant estimée essentielle et réputée difficile faute de temps disponibles et d'une absence de rémunération – outre ces éléments « leur adhésion est subordonnée à l'intérêt qu'ils peuvent y trouver et à leur bonne compréhension des enjeux ». En cela chaque MAIA doit définir une stratégie de mobilisation des médecins compte tenu de ces contraintes.
- Le niveau de délégation et de représentativité des membres présents qui pose la question de la légitimité et du niveau d'engagement qu'incombe le principe de coresponsabilité à chaque acteur et les liens à opérer au sein de la structure d'appartenance avec les travaux menés.
- L'essoufflement des acteurs faute de production et d'une définition claire des attendus de la concertation tactique.
- Le positionnement de la table tactique par rapport à la table stratégique : quelle marge de manœuvre de la table tactique ? Que faire remonter/valider ? Quelle prise de décisions respectives ?
- L'absence de système d'information opérationnel nuit à l'utilisation des outils créés.

Afin de répondre à ces freins, des adaptations sont mises en œuvres par les pilotes avec des tables tactiques plus ou moins élargies :

- tables tactiques plus restreintes avec la mise en œuvre de représentations qui permettent des échanges plus opérationnels, mais au détriment d'une appropriation plus large du dispositif ;
- tables avec des compositions plus élargies où les échanges sont plus difficiles à réguler mais où l'implication est facilitée ;
- naissance de groupes de travail thématiques dans la plupart des MAIA.

La table tactique est également perçue comme un espace d'entente entre acteurs et contributif à la réflexion sur l'organisation de l'offre « en dehors de la tutelle ».

34 - ARS Pays de la Loire, Rapport d'Évaluation des dispositifs Maia des Pays de la Loire, opus cité p.20

35 - Trouvé H., Stratégie des Agences régionales de santé dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA, opus cité, p.8

Ainsi, en Pays de la Loire, la table tactique est l'occasion de propositions sur l'offre ou de négociation entre acteurs avant le dépôt de projet (exemple de création d'équipes d'appui en adaptation réadaptation et de plateformes de services).

Des thématiques peuvent être abordées à la demande de l'ARS : exemple de réflexion sur l'hébergement temporaire.

En ces sens le positionnement des pilotes est considéré par les ARS comme « levier pour l'organisation territoriale » quand d'autres expriment des réserves sur la place donnée au pilote notamment sur son implication dans les réflexions liées à la planification.

2) La gestion de cas

La gestion de cas développée dès les années 80 dans les pays anglo-saxons « peut être définie comme une stratégie de coordination des soins et des services qui a la particularité d'être centrée sur le « client » qui fait appel à ces services et non sur les organisations qui les délivrent ». Si plusieurs modèles sont théorisés, ils ont en commun « d'insister sur la nécessité d'appréhender le système de soins de manière dynamique et englobante, c'est -à dire comprenant outre la partie sanitaire, toutes les interventions réalisées dans le milieu de vie de la personne [...] ».³⁶

Le cahier des charges national MAIA précise que « pour les personnes en situation complexe, les dispositifs intégrés MAIA permettent une intervention spécifique et intense. Les dispositifs MAIA proposent, en effet, une nouvelle compétence professionnelle, celle de la gestion de cas. Les gestionnaires de cas utilisent notamment des outils spécifiques d'évaluation et de planification pour assurer le meilleur suivi possible du parcours de vie et de soins. Leur intervention prend toute sa valeur grâce à la mise en œuvre d'un système d'information partagé ».

La gestion de cas n'est donc pas un métier nouveau mais bien une compétence nouvelle associée à l'un des 3 mécanismes de l'intégration des services et des soins au bénéfice des personnes âgées en situation complexe. Un référentiel des gestionnaires de cas fixé par l'arrêté du 16 novembre 2012 définit les compétences et activités attendues au sein des dispositifs MAIA.³⁷

La FNG précise qu' « il s'agit d'un mécanisme de deuxième ligne, ciblé, dirigé vers la "communauté" (le domicile) et proactif. Il comprend l'accès/dépistage/filtrage, l'évaluation, la planification, la coordination. Les preuves de son impact positif sont diverses mais lorsque l'implantation est "idéale" on peut atteindre une amélioration :

- de l'expérience des utilisateurs et des proches
- du devenir en termes d'évènements de santé
- de l'usage des ressources hospitalières
- de l'efficacité des soins. »

« Plusieurs conditions ont été identifiées comme déterminantes pour son succès : la formation adéquate des gestionnaires, la qualité des outils mis à leur disposition (outils d'évaluation, plan de services individualisé), la qualité du guichet intégré (annuaire commun, processus d'analyse multidimensionnelle pour l'orientation) et l'agrégation des données issues des besoins des personnes dans un observatoire des besoins de la population »³⁸.

36 - Extraits Bloch MA., Hénaut L. Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », (2014) in Rapport, Évaluation de la coordination d'appui aux soins, opus cité, p.13

37 - Arrêté du 16 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

38 - HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire, Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ?, Septembre 2014

Parmi les freins constatés, 3 semblent prépondérants :

- le positionnement du gestionnaire de cas et la réceptivité de sa fonction par les autres professionnels perçu parfois comme « concurrent » ;
- les limites de l'intervention et en corollaire l'épuisement des gestionnaires de cas ;
- l'insuffisance de lien avec les autres mécanismes alors que le gestionnaire de cas apparaît comme porteur de l'intégration et relais d'information.

L'évaluation des dispositifs MAIA en Pays de la Loire fait le constat d'un glissement du positionnement de la gestion de cas de la coordination clinique à la prestation de service.

« La définition de leurs responsabilités et du partage de ces responsabilités avec les autres professionnels du soin nécessite des ajustements sur le terrain. Le risque serait que les gestionnaires de cas poussés par leur désir de bien faire et face aux incertitudes qui entourent leur fonction, se retrouvent à prendre des places qui n'existent pas, que personne ne peut faire. »³⁹

Le besoin de clarifier le périmètre et la limite d'intervention des gestionnaires de cas apparaît comme essentiel avec la nécessité d'une régulation sous la responsabilité du pilote.

Le second constat du rapport de l'ARS Pays de la Loire est l'insuffisance de lien de la gestion de cas avec les autres mécanismes : « Les deux volets de la MAIA sont parfois d'ailleurs identifiés comme trop scindés et la gestion de cas comme insuffisamment utilisée en tant que levier au service de la coordination des acteurs. Or l'ensemble des missions sont complémentaires : le rôle du pilote facilite l'intégration et le déploiement de la gestion de cas et les gestionnaires de cas font progresser l'intégration des professionnels et des services sur l'ensemble du territoire grâce à leur travail de terrain quotidien et permettent d'alimenter le diagnostic de territoire. L'ensemble des missions sont imbriquées. »

Le point de vigilance à observer est la réduction de la MAIA à la gestion de cas ; celle-ci étant son mécanisme le plus « concret ». On peut faire l'hypothèse qu'elle est également le mécanisme le plus « parlant » pour les professionnels puisque lié à la dimension clinique.

L'ARS Pays de la Loire pose ainsi la question du maintien de la gestion de cas au sein du dispositif MAIA avec la proposition d'un adossement au sein des CLIC ou des SSIAD afin d'éviter toute confusion entre le rôle neutre du pilote en charge de déploiement de la méthode et la vision de « prestation de service » sur un territoire.

À cela, la position de la FNG est claire : « La gestion de cas ne s'adresse qu'aux personnes en situation complexe alors que l'ensemble de l'intégration cherche à couvrir les besoins de la population d'un territoire. Les personnes en situation complexe, en concentrant les difficultés vécues sur un territoire donné, permettent de mettre en lumière les dysfonctionnements auxquels il faut trouver des solutions en partenariat. Ainsi, l'action des gestionnaires de cas vise à bénéficier à toutes les personnes vivant sur le territoire en question et c'est en cela que la gestion de cas est bien partie intégrante du processus intégratif ».⁴⁰

Elle « n'a aucun sens ni efficacité si elle est mise en œuvre isolément de l'ensemble des stratégies et leviers nécessaires à l'intégration ».⁴¹

Enfin, si la plus-value de la gestion de cas est reconnue, elle n'est pas objectivée par des indicateurs précis ni en termes d'efficacité ou d'efficience par exemple nombre de passages aux urgences, avec ou sans hospitalisation, nombre d'hospitalisations programmées et nombre de ré hospitalisations dans les trente jours.

39 - Corvol A., Somme D. Pouvoir décisionnel des gestionnaires de cas : l'impossible neutralité, in Vie sociale N°6 opus cité

40 - Somme D., Trouvé H., Passadori Y., Corvez A., Jeandel C., Bloch MA., Ruault G., Dupont O., de Stampa M., Art. Prise de position de la Société Française de Gériatrie et Gériologie sur le concept d'intégration in Gériologie et société opus cité

41 - Acef S., Barreyre JY., Bouquet T., De la démarche d'évaluation et de concertation territoriale vers les dispositifs intégrés Expérimentation en Ile-de-France dans le domaine de l'autisme, in Vie sociale N°6, opus cité

Le rapport d'évaluation de l'ARS des Pays de la Loire observe une gestion de cas saturée et l'épuisement des gestionnaires de cas : le nombre de 40 personnes en suivi intensif semble surdimensionné. La question de la sortie ou de la diminution de l'intensité du suivi en gestion de cas n'est pas tranchée. Une des pistes évoquées (Acef S., Barreyre JY., Bouquet T.) pourrait être de spécifier par le biais des concertations des niveaux de complexité afin de mieux identifier les critères d'inclusion, définir une graduation dans l'intensité du suivi impliquant des modalités de transition entre une gestion de cas intensive à une modalité de moindre intensité ou la sortie de gestion de cas et enfin de s'entendre sur la limite de charge des gestionnaires de cas.

3) Le guichet intégré

« 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.

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.

L'identification et la mise en place d'un guichet intégré sont centrales dans le dispositif MAIA, et les enjeux en sont multiples :

- accessibilité à tous les services de soins et d'aides disponibles, y compris la gestion de cas ;
- qualité de réponse ;
- continuité dans la prestation de services. »

Extrait du cahier des charges national MAIA

Pourtant central dans la méthode d'intégration, le mécanisme de guichet intégré semble être un mécanisme « au milieu du gué ».

L'évaluation des dispositifs MAIA des Pays de Loire fait état d'aucun guichet intégré en place dans la région en 2013. Il est « le plus souvent évoqué que comme un hypothétique terme à l'ensemble des actions d'une MAIA » et les freins évoqués à sa réceptivité sont nombreux :

- doutes sur la faisabilité de sa mise en œuvre, voire de la pertinence de cet objectif qui est même remis en cause par certains acteurs et des pilotes MAIA ;
- redondance avec la mission des CLIC ;
- absence de moyens ;
- problème de communicabilité dans les données.

« Ce dispositif peine donc à trouver preneur en Pays de la Loire et l'ARS n'est pas incitative dans son développement. Pourtant, c'est le moyen par l'intermédiaire duquel l'intégration des acteurs sur un territoire prend corps. »

Il ne semble pas y avoir de stratégie de déploiement du guichet intégré ni d'appréhension du guichet intégré comme projet collectif de territoire, en témoigne le peu d'adhésion des tables tactiques à l'inscrire comme sujet de leurs travaux (2/11 en Pays de la Loire).

Le manque d'appropriation du sujet par les acteurs peut sembler paradoxal avec le fait de considérer comme prioritaire la constitution d'un répertoire des ressources (on peut alors se demander à quelle fin).

« Les pilotes expliquent cette avancée poussive du guichet unique par une problématique difficile de conduite du changement : des partenaires qui résistent à modifier leurs méthodes de travail et pratiques professionnelles, et craignent un surcroît de travail ». ⁴²

De surcroît, la notion de guichet intégré reste floue. Le verbatim présent dans l'enquête réalisée par l'IFOP met en évidence certaines confusions :

« Le guichet intégré, c'est très contraignant et que du coup, cela va obliger les gens à revoir leurs méthodes de travail et remplir les mêmes outils. »

« Ça voulait dire un nouveau document dans chaque service alors que chacun a déjà sa pratique. Je pense qu'ils ressentent un gros besoin sur la gestion de cas, le guichet intégré, ils n'en voient pas encore l'utilité. La plus-value n'est pas encore visible et du coup, l'implication est moindre. » (pilote MAIA)

« Au niveau du guichet intégré, ils continuent à ne pas venir, ils n'ont pas l'habitude de cela. [...] Mais là, dans ce cas-là, ce sont les gestionnaires de cas qui sont les leviers, pas le guichet intégré. » (pilote MAIA).

Le risque déjà souligné précédemment est la réduction de la MAIA à la gestion de cas et une approche populationnelle « restreinte » aux personnes en situation complexe. Les dispositifs MAIA ne seraient alors pas différents des réseaux de santé.

4) Le système d'information partageable

« Le système d'informations partageable consiste à permettre aux professionnels de disposer de procédures standardisées de partage d'informations relatives aux personnes en gestion de cas, si ces dernières consentent à ce que les professionnels intervenant auprès d'elles échangent à leur sujet. Pour que cette fonction soit remplie, il est nécessaire que les intervenants définissent la nature des informations partageables et les procédures de partage communes aux différents intervenants. Ce système de partage d'informations doit donc être accessible à tous et être utilisé. La définition du cahier des charges d'un tel système puis sa mise en oeuvre supposent un accord entre tous les acteurs. ⁴³

Le cahier des charges national des MAIA précise que « des informations caractérisant la population, les parcours et le service rendu, agrégées et anonymisées sont recueillies. Elles proviennent à la fois du guichet intégré et du travail des gestionnaires de cas.

Le système d'information permet la circulation optimale de l'information. La tâche des gestionnaires de cas sera facilitée par l'existence d'un système sécurisé permettant l'échange d'informations avec les professionnels concernés. Le recueil de ces informations est réalisé avec le consentement de la personne.

Ces informations sont traitées en tables de concertation tactique et stratégique afin de permettre la planification, l'évaluation, la régulation et la mise en œuvre d'un système de soins et d'aides en rapport avec les besoins de la population.

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 ».

3 registres d'information sont repérés :

- l'information sur les ressources disponibles ;
- l'information sur les besoins des personnes ;
- l'information sur le parcours des personnes.

La mise en place d'un SI est inachevée et la documentation nous enseigne que cet aspect est un frein à l'intégration des services d'aide et de soins.

42 - IFOP, opus cité, p. 92-96

43 - Dir Somme D., Saint-Jean O., PRISMA-France Volume II: Projet pilote sur l'intégration et la gestion de cas, la Documentation Française, Février 2011, p.10

Ce constat était pointés dès la phase expérimentale. « L'absence de système d'information partagée commun aux différentes MAIA est un facteur très important de frein au rythme d'implantation (et même à la possibilité pour les gestionnaires de cas d'atteindre leur pleine file active de cas). »⁴⁴

Le rapport d'évaluation des dispositifs MAIA des Pays de la Loire pointe que la dynamique est freinée par l'absence de systèmes d'information partagés. Les MAIA comme les référents ARS sont en attente d'un SI proposé par le niveau national.

Au-delà d'un support informatique opérationnel, la réceptivité d'un SIP n'est pas acquise. Le principe de mutualisation de l'information entre acteurs soulèvent des problèmes d'éthique mis en avant dans le Rapport PRISMA (secret professionnel, frontière entre sanitaire et médico-social) qui ont freiné l'implantation de cette composante de l'intégration.

L'outil SIP exigerait comme préalable un contexte favorable d'implantation développé sur la base de la coopération et l'adhésion au projet global.

Malgré l'existence de plusieurs outils (Dossier Médical Partagé (DMP), Dossier Pharmaceutique (DP), les répertoires Via Trajectoire, ROR, les télé-services de l'Assurance Maladie etc.), la mission IGAS portant sur l'Évaluation de la coordination relève plusieurs difficultés :

- Le cloisonnement des administrations centrales et ses opérateurs qui ne permet pas de disposer de systèmes d'information compatibles en dépit de la création de l'ASIP Santé.
- La progression lente des chantiers ministériels sur le sujet qui amènent les utilisateurs à adopter des outils privés.

Elle note que dans l'attente d'un DMP de deuxième génération prévu dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS), « le DMP devient le support de coordination recommandé par les pouvoirs publics. [...] Par ailleurs, dans le cadre des coordinations sanitaires, sociales et médico-sociales, le DMP s'ouvre aux professionnels non sanitaires autorisés par l'ARS ». Le cahier des charges PAERPA préconise l'utilisation de cet outil.

Sur ce sujet, et en particulier sur l'enjeu de mobilisation des professionnels de santé libéraux, il convient de questionner la pertinence d'un SIP spécifique aux dispositifs MAIA ou de l'adoption d'un système existant (DMP).

La mission IGAS souligne « leur caractère stratégique (des ressources informatiques) pour la coordination qui suppose par nature un échange d'informations efficace entre les professionnels concernés. La mission recommande que les outils informatiques comprennent impérativement une messagerie sécurisée. Elle insiste également pour que les systèmes d'information soient d'abord une réponse aux besoins exprimés par les professionnels de terrain, qu'ils soient simples d'utilisation et intégrés aux outils informatiques habituels du médecin de premier recours ». ⁴⁵

S'agissant des systèmes d'information portant sur les ressources, deux outils financés par le Ministère de la santé coexistent :

- le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) ;
- Via trajectoire.

« La mission a pu observer ces outils en région et constater, comme pour les autres composantes de gestion des informations médicales, sociales et médico-sociales des coordinations, leur grande hétérogénéité. Elle a noté que les ARS continuent de financer, avec les dotations FIR, la conception de nouvelles solutions locales pour les coordinations alors que la démarche nationale du ROR est clairement engagée. Elles y sont incitées parce que cet outil, là où il est déployé n'est pas encore accessible à tous les professionnels concernés par les coordinations, notamment la médecine de ville et les médico-sociaux ». ⁴⁶

Le bilan réalisé dans le cadre de l'enquête par questionnaire auprès des pilotes MAIA en Pays de la Loire en novembre 2013 a mis en exergue qu'aucun ROR n'était mis en place à l'époque.

44 - Dir Somme D., De Stampa M., Rapport expertise MAIA 2e phase expérimentale 2010-2011, DGS-FNG, p. 37

45 - Blanchard P., Eslous L., Yeni L., Louis P., Rapport d'Évaluation de la coordination d'appui aux soins, opus cité, p.6

46 - Blanchard P., Eslous L., Yeni L., Louis P., Rapport d'Évaluation de la coordination d'appui aux soins, opus cité, p.105

5) Les outils à destination de la coordination clinique

L'outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD)

« Les gestionnaires de cas utilisent systématiquement un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé dans l'exercice de leurs fonctions. L'usage de cet outil se justifie dans l'objectif de répondre à une approche globale des besoins de la personne.

L'outil d'évaluation doit avoir les caractéristiques suivantes :

- valide et reproductible ;
- utilisable pour une population ayant des troubles cognitifs sans perte de valeur ;
- corrélé au besoin d'aide ;
- prenant en compte l'environnement, les problématiques de santé, familiales, sociales et économiques ainsi que la perte d'autonomie fonctionnelle ;
- articulé avec la grille AGGIR, instrument d'éligibilité à la prestation APA.

Concomitamment à la montée en charge du dispositif, le choix de l'outil utilisé devra être déterminé en cohérence avec l'élaboration d'un système d'information partagé. »

Extrait du cahier des charges national des dispositifs MAIA

« Dans la perspective intégrative, l'évaluation [...] constitue la condition clinique première d'une transformation profonde dans la manière de concevoir et d'incarner l'organisation des services. »⁴⁷

L'outil d'évaluation multidimensionnelle

Y. Couturier identifie plusieurs fonctions de l'évaluation :

- Identifier des besoins.
- Créer de la cohérence dans la réponse organisationnelle à ces besoins.
- Recueillir une information à usage managérial pour suivre la qualité de la cohérence sur le plan clinique, fonctionnels et populationnels des efforts d'intégration des services.

La condition repérée est un système d'information adéquat.

Le rapport d'expertise PRISMA souligne que « l'absence d'outil unique d'évaluation multidimensionnelle choisi et unifié pour l'ensemble des acteurs participant au dispositif MAIA a été une condition importante de manque de pénétration de certaines actions des gestionnaires de cas et d'un retard au déploiement de la gestion de cas de façon unifiée sur le territoire. »⁴⁸

En indiquant dans le cahier des charges l'articulation de l'OEMD avec la grille AGGIR, on observe une volonté de faciliter l'appropriation de l'outil et engager les utilisateurs sur un processus de changement de pratique qui ne soit pas « hors sol ».

Néanmoins, l'ARS Pays de la Loire fait état de la mise en place d'un OEMD dans seulement 37% des MAIA.

47 - Couturier Y., Salle M., Fondement d'une pratique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, in Revue sociale, opus cité, p. 117

48 - Dir Somme D., De Stampa M., Rapport expertise MAIA 2e phase expérimentale 2010-2011, DGS-FNG, p.33

Le plan de service individualisé (PSI)

« La fonction du PSI est d'être un outil spécifique de coordination inter-structures et de cohérence des interventions.

Pour atteindre cette fonction, toute la population en gestion de cas doit avoir un PSI dans lequel sont énumérés les services prestés et prescrits, consentis par la personne âgée. Pour être un outil de planification coordonnée, les acteurs doivent définir des procédures de suivi et d'actualisation du PSI.

La coordination et la mise en cohérence des interventions, nécessite la mutualisation du PSI avec l'ensemble des intervenants, de même qu'une communication professionnelle en référence au PSI. »⁴⁹

Le rapport PRISMA volume II fait état d'une plus-value perçue comme incertaine dans le cadre de l'expérimentation avec une absence de représentation claire de l'outil. L'équipe de recherche observe cependant un effet sur les pratiques.

« Chez les gestionnaires de cas une transformation dans la pratique de planification, quittant le mode traditionnel d'ordonnancement des services à celui de leur mise en cohérence. En fait, la problématique de la planification s'est intensifiée, comme en témoigne les modifications importantes de l'outil réalisées sur un site. En fait, c'est l'usage systémique d'un tel outil qui ne s'est pas réalisé, toujours pour la même raison, soit la très haute difficulté de constituer, dans le contexte français, sans intégration institutionnelle une pleine intégration des services. La valeur anticipée du PSI est moins celle de la planification que celle de la circulation de l'information. Cependant, dans la pratique, le PSI est un outil à usage interne aux gestionnaires de cas, ou peu s'en faut. »⁵⁰

Si les outils d'évaluation et de planification sont essentiels, à la fois parce qu'ils permettent l'adoption d'un langage commun et participent du changement des pratiques et des organisations nécessaires au continuum des services, la question de leur appropriation est posée : au-delà des gestionnaires de cas, comment articuler les outils spécifiques, spécialisées (qui doivent perdurer) et l'OEMD, l'enjeu étant de créer un regard global.

(NB : les travaux conduits sur la gevacompatibilité pourraient être une piste ?)

Les questions de secret médical, d'informations personnelles restent au cœur des débats. Un frein observé est lié à la réticence des partenaires à substituer un outil commun et nouveau à leurs propres outils ou à un manque de compréhension sur les objectifs poursuivis.

Néanmoins, la mise en place des outils est repérée comme primordiale par l'ensemble des pilotes et des autres partenaires rencontrés lors de l'évaluation des dispositifs conduite sur les Pays de la Loire.

« En effet, pour les acteurs, cette dimension est un écueil pour l'opérationnalisation de l'intégration. Le manque d'outils rend les pratiques professionnelles moins efficaces. Si l'intégration commence à voir le jour à travers la concertation et la production commune en table tactique, celle-ci ne prendra pas corps sans des outils dont l'utilisation peut être commune et instantanée, à travers un système d'information partagé. Ces outils sont indispensables notamment pour associer les acteurs non présents en table tactique. Le partage d'outils est vu comme un des leviers de la MAIA pour améliorer le parcours. Or ces outils n'existent pas encore. C'est la priorité d'action pour les acteurs aujourd'hui. »⁵¹

49 - Somme D., Saint Jean O., Rapport PRISMA volume II, opus cité, p.426

50 - Somme D., Saint-Jean O, Rapport PRISMA Volume II, opus cité, p.125

51 - ARS Pays de la Loire, opus cité, p.27

3 Éléments de réflexion

1/ La méthode d'intégration est associée à un modèle de santé conceptualisé, théorisé

L'évaluation sera soutenue par le cadre théorique développé par les chercheurs :

- les 5 dimensions de l'intégration (intégration des soins ; intégration des équipes ; intégration fonctionnelle ; intégration normative ; intégration systémique) (Contandriopoulos, 2008)
- les 3 niveaux de coordination nécessaires (clinique, organisationnel et institutionnel) (Bloch M.A, Couturier Y., Hébert R.)
- l'importance du chaînage dans le pilotage (notion d'« Aider à devenir ») et la nécessité d'une implantation *Bottom Up et Top Down* (Trouvé, 2012) ; c'est-à-dire reposant à la fois sur un cadre normatif proposé au niveau national et des processus d'implantation adaptés aux contextes locaux.

2/ MAIA est une méthode qui comporte 3 mécanismes dont la mise en œuvre et les processus de régulation sont appuyés par des outils

- système d'information : outils collectifs et partagés servant les dimensions organisationnelles, fonctionnelles et normatives ;
- les outils individualisés : servant directement la dimension clinique et alimentant les autres dimensions ;
- l'interdépendance des mécanismes et des outils donne à la méthode sa cohérence globale, mais peut freiner la mise en œuvre de l'intégration (cf. Système d'information).

3/ La méthode est en cours d'implantation, aucun des mécanismes ne semble être complètement opérationnel ce qui amène à des points d'attention

- la réduction de la MAIA à la gestion de cas et des mécanismes scindés sans interaction ;
- le besoin de clarification des liens et des processus de validation entre les tables ;
- le temps : l'appropriation de la méthode comporte des phases d'adhésion, d'apprentissage, d'acceptation (substitution d'outils), d'acculturation ;
- le besoin de production des tables tactiques et de concrétisation au risque de démobiliser les acteurs ;
- la nécessité d'une approche populationnelle plus que sectorielle.

4/ Des conditions favorables d'implantation sont identifiées

- la chaîne de pilotage et la dimension intégrative (coordination institutionnelle horizontale et verticale, inter et intra) ;
- le pilotage par l'ARS : l'inscription de la MAIA à la fois au niveau des directions territoriales et au niveau transversal (en particulier direction de l'offre de soin) ;
- l'approche pragmatique des territoires : exemple de la charte MAIA-PAERPA en Pays de la Loire ;
- la logique de projet collectif de territoire.

4 Bibliographie

Rapports et études

Coll. Dir Somme D., Saint-Jean O., Rapport PRISMA France Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action, La Documentation Française, 2008

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

IFOP, L'évolution des perceptions et de la satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) - Rapport de l'étude qualitative auprès des aidants professionnels travaillant dans le cadre du dispositif MAIA, Juillet 2012

Dir Somme D., De Stampa M., Rapport expertise MAIA 2ème phase expérimentale 2010-2011, DGS-FNG

Dir Somme D., Saint-Jean O., PRISMA-France Volume II: Projet pilote sur l'intégration et la gestion de cas, la Documentation Française, Février 2011

Trouvé H., Somme D., Stratégies des ARS dans le déploiement des dispositifs MAIA d'intégration des services de soins et d'accompagnement pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Mesure du Plan National Alzheimer 2008-2012), Paris, La Documentation Française, 2012.

Rapport public annuel de la cours des comptes, La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents, février, 2012

Trouvé H. Stratégie des Agences régionales de santé dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA, Fondation Nationale de Gérontologie pour la Caisse Nationale de Solidarité de Solidarité, (FNG), 2013

Drees, DOSSIERS solidarité et santé, Projection des populations âgées dépendantes, N°43, septembre 2013

Blanchard P., Eslous L., Yeni L., Louis P., Rapport d'Évaluation de la coordination d'appui aux soins, IGAS, Décembre 2014

HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? », Septembre 2014

ARS Pays de la Loire, Rapport d'Evaluation des dispositifs Maia des Pays de la Loire, 2014

Articles et revues

Fleury MJ, Ouadahi Y., Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement, Santé mentale au Québec, vol. 27, n° 2, 2002, p. 16-36.

Contandriopoulos, coll., Intégration des soins, dimension et mise en œuvre, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, 2008

Couturier Y., Trouvé H., Gagnon D., Etheridge F., Carrier S., Somme D. Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France in Lien social et Politiques, n° 62, 2009, p. 163-174. <http://id.erudit.org/iderudit/039322ar>

Somme D., Trouvé H., Passadori Y., Corvez A., Jeandel C., Bloch MA., Ruault G., Dupont O., de Stampa M., Prise de position de la Société Française de Gériatrie et Gériologie sur le concept d'intégration in Gériologie et société N° 145 ; Fonds national de gérontologie, 2013

Revue vie sociale N°6, Services d'accompagnement et de soins : de la coordination à l'intégration, Eres, 2014 :

Corvol A., Somme D. Pouvoir décisionnel des gestionnaires de cas : l'impossible neutralité

Acef S., Barreyre JY., Bouquet T., De la démarche d'évaluation et de concertation territoriale vers les dispositifs intégrés Expérimentation en Ile-de-France dans le domaine de l'autisme

Couturiez Y., Salle M., Fondement d'une pratique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

Trouvé H., Demers L., Couturier Y., Imbert G., Saint-Jean O., Somme D., L'intégration des services gérontologiques en France et au Québec

<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-alzheimer-2008-2012>

Couturier Y., Description du programme de recherche Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie

http://www.criese.ca/Nouvelles_et_autres/Documents/Chaire_Couturier.pdf

Textes réglementaires

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

Arrêté du 16 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

5 Sigles et abréviations

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés en santé
ARS : Agence régionale de santé
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DP : Dossier Pharmaceutique
DSS : Direction de la sécurité sociale
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FIR : Fonds d'intervention régional
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
IFOP : Institut français d'opinion publique
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
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
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PAERPA : Parcours des aînés
PMND : Plan maladies neurodégénératives
PRISMA : Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
PSI : Plan de service individualisé
ROR : Répertoire opérationnel des ressources

6 Annexe

Tableau synthétique des principaux dispositifs personnes âgées (domicile)

Services de coordination personnes âgées

	plus de 60 ans	plus de 75 ans
MDPH Loi 2005-102 du 11 février 2005	En situation de handicap avant 60 ans ou en activité	
Dispositif APA Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie	En perte d'autonomie (degré de perte d'autonomie évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 par une équipe de professionnels)	
CLIC Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	Retraités, personnes âgées	
Réseau de santé gérontologique (Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »)		Des patients gériatriques (poly pathologies chroniques invalidantes) En situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social ; atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée
MAIA Guichet intégré Gestion de cas Art. L.113-3 et Art. L.14-10-5 du CASF Art. L.1431-2 CSP	Souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Plus largement, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle en situation complexe	
PAERPA - expérimentation (article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, et s'inscrivant dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé)		Pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et /ou social
SSIAD Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, SAAD et des services polyvalents d'aide et de soins à	Malades ou dépendantes	

