

ANNEXE 3

Évaluation des dispositifs MAIA

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

Enquête qualitative auprès des agences régionales de santé et de conseils départementaux

Enquête qualitative auprès des référents MAIA des agences régionales de santé

Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Grand-Est, Guadeloupe, Guyane, Hauts-de-France, Ile-de-France, Martinique, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Océan Indien, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Pays de la Loire

et auprès des Directions de la solidarité,

Directions autonomie des conseils départementaux

Alpes-Maritimes, Ariège, Corrèze, Finistère, Indre et Loire, Isère, Manche, Mayenne, Moselle, Nord, Val de Marne, Yonne

AVRIL-SEPTEMBRE 2016



Sommaire

Méthode	2
Synthèse générale : facteurs favorables et défavorables à MAIA et propositions	4
1. Les différents niveaux de pilotage et leurs articulations entre eux dans le déploiement MAIA	9
1.1. La stratégie de déploiement du dispositif	9
1.1.1 L'inscription de MAIA dans les documents stratégiques régionaux	9
1.1.2 L'implication des conseils départementaux dans le déploiement	13
1.2. Les modalités de pilotage de l'ARS relatives au déploiement de MAIA sur les territoires	15
1.2.1 La fonction de référent MAIA	15
1.2.2 Rôle du référent MAIA et son évolution	15
1.2.3 Les outils pour le déploiement de la méthode	18
1.2.4 Les modalités d'animation et de pilotage de la CNSA du point de vue des référents MAIA	19
1.3. Le positionnement perçu des différentes actions de politiques publiques nationales en faveur du parcours des personnes âgées	20
1.3.1 Une perception fragmentée des actions par les référents MAIA	20
1.3.2 Une transversalité de la politique « personnes âgées » organisée de manière hétérogène au sein des ARS	21
1.3.3 MAIA – Parcours des aînés (PAERPA) – Plateforme territoriale d'appui (PTA) : des dispositifs complémentaires ?	23
1.4. Éléments de synthèse : Les différents niveaux de pilotage et leurs articulations entre eux dans le déploiement MAIA - facteurs favorables et défavorables	26
2 Les conditions de déploiement MAIA et les facteurs d'influence perçus	27
2.1. Les caractéristiques et le positionnement du porteur	27
2.1.1 Le processus de sélection du porteur MAIA	27
2.1.2 Les caractéristiques du porteur comme élément favorable du déploiement MAIA	27
2.1.3 Organisation fonctionnelle/hierarchique repérée comme favorable à la mission du pilote	29
2.2. Les caractéristiques et les conditions d'exercice du pilote MAIA	30
2.2.1 Le profil du pilote comme facteur de déploiement	30
2.3. Les caractéristiques du territoire facteur favorable du déploiement MAIA	32
2.3.1 Influence et évolution de la dynamique partenariale sur le déploiement MAIA	33
2.4. Éléments de synthèse : Les conditions de déploiement MAIA et les facteurs d'influence perçus- Facteurs favorables et défavorables	35
3 Les mécanismes MAIA	37
3.1. La concertation : fonctionnement et effets perçus	37
3.1.1 Le fonctionnement de l'instance de concertation stratégique	37
3.1.2 Les effets de la concertation stratégiques sur les attendus de MAIA - coresponsabilité des acteurs sur l'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées	38
3.1.3 Mobilisation des professionnels de santé libéraux	41
3.2. Le guichet intégré : opérationnalisation et effets perçus	42
3.2.1 La stratégie de mise en place du guichet intégré et le niveau de conformité perçu	42
3.2.2 Effets perçus - Niveau d'adhésion des acteurs du territoire au guichet intégré	43
3.3. La mise en œuvre de la gestion de cas	46
3.3.1 Le déploiement du mécanisme de gestion de cas	46
3.3.2 L'utilisation des outils et processus en gestion de cas et effets perçus	47
3.3.3 Les bénéfices observés de la gestion de cas pour les personnes	50
3.4. Éléments de synthèse : Les mécanismes MAIA - facteurs favorables et défavorables	51
4 En synthèse : Points forts et limites de la méthode, du principe de l'intégration	53
4.1. Limites perçus par les référents MAIA et les représentants des conseils départementaux	53
4.2. Leviers perçus par les référents MAIA et les représentants des conseils départementaux	54
4.3. Les propositions des référents MAIA et des responsables des conseils départementaux	55
Sigles et abréviations	57

Méthode

L'enquête qualitative auprès des ARS et de conseils départementaux représentatifs intervient comme une des modalités de l'évaluation nationale des dispositifs MAIA.

Elle s'inscrit dans la phase qualitative de l'évaluation en complément de l'enquête exhaustive auprès des pilotes.

Les objectifs de l'enquête visent à :

- identifier les processus opérants dans le déploiement et la plus-value MAIA ;
- identifier les conditions de pilotage MAIA (chaîne de pilotage Caisse nationale de solidarité pour l'autonome (CNSA) ; Agence régionale de santé (ARS) ; conseils départementaux) et les stratégies de gouvernance favorables à MAIA sur les territoires (concertation, diagnostic) ;
- 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.

L'enquête a été réalisée auprès :

- des référents MAIA des 17 agences régionales de santé, sur la base des nouvelles régions, entre avril et juin 2016 ;
- de 11 représentants des conseils départementaux, entre mai et septembre 2016.

Les entretiens semi-directifs ont été conduits sur la base d'un guide élaboré à partir du référentiel d'évaluation des dispositifs MAIA autour des thématiques suivantes :

- le positionnement et la fonction du référent MAIA au sein des ARS (spécifique ARS) ;
- les conditions de déploiement de la MAIA (territoire, dynamique préexistante) ;
- les caractéristiques et le positionnement du porteur MAIA ;
- les caractéristiques et les conditions d'exercice du pilote MAIA ;
- les différents niveaux de pilotage et à leurs articulations entre eux ;
- l'articulation et la cohérence entre le déploiement de la MAIA et les actions de politique publique nationale en faveur des personnes âgées ;
- le pilotage MAIA (ARS) ;
- les mécanismes :
 - Concertation : coresponsabilité des acteurs et effets sur l'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées – gouvernance territoriale ;
 - Guichet intégré : mise en œuvre et effets sur la lisibilité de l'offre ;
 - Gestion de cas : mise en œuvre, effets sur le maintien à domicile et sur l'intégration (relation au mécanisme de concertation) ;
- avantage, limite et leviers perçus de l'intégration.

Chaque entretien a duré en moyenne 2h30 pour les référents MAIA des ARS et 1h00 pour les représentants des conseils départementaux.

Nous remercions vivement nos interlocuteurs pour leur participation.

Le rapport émane d'une analyse consolidée des entretiens conduits. Il permet de fournir des éléments d'appréciation et d'identifier des facteurs favorables et défavorables à MAIA selon les thématiques abordées au regard des questions évaluatives générales et d'apporter des propositions d'évolution sur les niveaux stratégiques, organisationnels et cliniques.

Questions évaluatives générales

1. En quoi les conditions de déploiement MAIA influencent-elles son fonctionnement
2. Les caractéristiques et le positionnement du porteur sont-ils un élément favorable au déploiement MAIA ?
3. Les caractéristiques et les conditions d'exercice du pilote sont-elles des éléments favorables au déploiement MAIA ?
4. En quoi les différents niveaux de pilotage et leurs articulations influencent-t-ils le déploiement MAIA ?
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 ?
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 ?
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 ?

Le rapport se compose de 4 parties :

- Les différents niveaux de pilotage et leurs articulations entre eux dans le déploiement MAIA
- Les conditions de déploiement MAIA et les facteurs d'influence perçus
- Les mécanismes MAIA
- En synthèse : Points forts et limites de la méthode, du principe de l'intégration.

Une synthèse des facteurs favorables et défavorables ainsi que les propositions sont présentées en préambule du rapport.

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), gestionnaires de cas).

Synthèse générale : facteurs favorables et défavorables à MAIA et propositions

Les différents niveaux de pilotage et leurs articulations dans le déploiement MAIA - facteurs favorables et défavorables

Le pilotage national par la CNSA

Facteurs favorables

- L'appropriation de la notion d'intégration, les procédures techniques
- La disponibilité de l'équipe nationale, le tutorat
- Des outils de pilotage existants mais à faire évoluer : rapport d'étape, MAIA25 dans une logique de projet

Facteurs défavorables

- La lenteur dans la mise en place des outils nationaux (exemple du SI, outil d'évaluation, en décalage avec les attentes du terrain)
- L'asymétrie d'informations entre les pilotes et l'ARS : besoin de clarification du circuit
- Au niveau national plus généralement, l'insuffisance de cohérence et d'articulation avec les autres actions de politique publique portées par les directions centrales

Le positionnement de MAIA au sein de l'ARS

Facteurs favorables

- Un portage stratégique fort de l'ARS : positionnement de MAIA comme un outil de gouvernance de la politique Personnes âgées ; liens entre les différentes actions de politique publique ; mobilisation politique par le directeur général de l'ARS
- La promotion de l'approche populationnelle et la transversalité au sein de l'ARS
- Appartenance du référent MAIA à une direction transversale ou l'organisation d'instance transversale (parcours personnes âgées)
- L'approche territoriale
- Le copilotage ARS-conseil départemental
- L'appui sur les délégations départementales de l'ARS et les instances locales (contrats locaux de santé)
- L'animation régionale par le référent MAIA de l'ARS
- Relations délégation départementale de l'ARS, pilotes, porteurs
- Liens avec le développement des systèmes d'information

Facteurs défavorables

- La confidentialité de MAIA en interne :
- Insuffisance d'appropriation de la notion d'intégration en interne
- Cloisonnement voire concurrence entre directions ; asymétrie de communication sur les actions de politique publique
- Dans les nouvelles régions, instabilité des organisations et crainte d'une augmentation de l'activité des délégations départementales

Les conditions d'exercice de la fonction de référent MAIA

Facteurs favorables

- Positionnement dans une direction transversale
- Disponibilité ; cohérence des missions à la charge du référent MAIA
- Suivi de la formation EHESP (référent MAIA régional *a minima*)

Facteurs défavorables

- Le manque de temps pour assurer l'animation et le pilotage
- L'absence de formation

Les conditions de déploiement MAIA et les facteurs d'influence perçus - Facteurs favorables et défavorables

Le porteur MAIA

Facteurs favorables

- Une appropriation de la dimension d'intégration
- La neutralité
- La coopération formalisée en amont
- Une implication de plusieurs acteurs (association ad hoc, convention, groupement), dont un acteur sanitaire
- Un porteur engagé dans son rôle de gouvernance et soutien à la mission du pilote
- Une reconnaissance, légitimité par les acteurs locaux

Facteurs défavorables

- Le positionnement du porteur insuffisamment précisé dans le cahier des charges national : participation à la concertation stratégique (équilibre entre la position RH, relations conventionnelles avec l'ARS et acteurs du territoire)
- La perception de MAIA comme dispositif
- La confusion portage MAIA vs service du porteur
- L'absence de transparence dans le fléchage des financements

Le pilote MAIA

Facteurs favorables

- Un pilote à temps plein par dispositif
- Une compétence en méthodologie de projet
- Une compréhension et une adaptation au système d'action local
- L'autonomie laissée au pilote (gestion de projet)
- Une organisation mutualisée/collective entre pilotes
- Un rôle d'animation et de soutien des pilotes par le référent MAIA de l'ARS
- Une légitimité d'action : lettre de mission, feuille de route

Facteurs défavorables

- Un recrutement par mobilité interne
- Le statut non cadre
- Un pilote stratégique / tactique (divergence de vue)
- Une intervention du pilote trop axée sur les processus et les outils MAIA moins que sur la dynamique de projet territorial

Le territoire MAIA

Facteurs favorables

- Une prédéfinition du territoire avec les conseils départementaux
- La présence et la prise en compte du territoire de l'hôpital
- L'appui sur le territoire de la filière de soins gériatriques, de la filière gérontologique
- La logique de bassins de vie (ce qui peut conduire à des implantations interdépartementales)

Facteurs défavorables

- Le déficit en professionnels libéraux de santé
- Une configuration des territoires MAIA incohérente avec l'organisation territoriale du département

Les mécanismes MAIA - facteurs favorables et défavorables

La concertation

Facteurs favorables

- La départementalisation des instances de concertation stratégique
- Le portage ARS (siège et délégations départementales) et conseils départementaux
- Un ordre du jour en amont entre ARS et conseil départemental
- Un niveau de représentation décisionnelle et un suivi des décisions au sein de chaque institution (cf. au sein des structures : CPOM, lancement AAP qui précise l'adhésion à MAIA)
- Les liens avec les travaux et actions du territoire (CLS, Schéma, Prado, PAERPA, filières, etc.)

Facteurs défavorables

- La mauvaise compréhension des processus de décision incombant à chaque institution (donc des attentes inconsidérées ...)
- Le pilote comme seul animateur (rôle à préciser)
- L'absence de données fines et précises sur les besoins de la population et les dysfonctionnements (diagnostic trop large, trop quantitatif)
- L'absence d'implication du conseil départemental ou de la délégation départementale de l'ARS

Divergence

- La fusion avec la conférence des financeurs
- Favorable : pragmatisme/efficience
- Défavorable : perte de la spécificité des instances, rôle du pilotage de l'ARS amoindri

Le guichet intégré

Facteurs favorables

- Une logique fondée sur les problématiques des territoires, les adressages et les missions de chacun
- La concertation comme support de sa mise en œuvre en ciblant des objectifs opérationnels
- Une stratégie globale : guichet intégré/guichet unique en réponse aux besoins de la population et des professionnels
- Une stratégie intégrée des systèmes d'information (parcours des personnes ; annuaire des ressources)
- L'étape de l'interconnaissance en faveur d'un meilleur positionnement de chacun dans le collectif (temporalité)

Facteurs défavorables

- Une notion difficile à comprendre qui rend difficile l'adhésion
- Une mise en œuvre par les outils qui minorent les objectifs du guichet intégré et l'adaptation au système local
- La difficulté de mobilisation des professionnels de santé libéraux
- L'opposition guichet intégré/guichet unique (concurrence MAIA/PTA)
- L'absence de système d'information
- Le manque de soutien stratégique de l'ARS et du conseil départemental
- L'absence de relations entre les décisions prises en concertations stratégique et tactique et leur application dans les services
- La logique de concurrence entre acteurs

La gestion de cas

Facteurs favorables

- Une mise en place progressive de la gestion de cas qui intervient après l'installation de la concertation (en conformité avec le CDC)
- L'exploitation de l'observation et des indicateurs gestion de cas comme révélateur des fonctionnements sur un territoire
- L'utilisation d'un OEMD standardisé : un effet structurant

- La mise à disposition d'un logiciel métier gestion de cas
- Un apport clinique/médical (mise à disposition de compétences médicales internes/externes)
- La présence des gestionnaires de cas dans des structures du territoire
- Formation commune gestionnaires de cas, équipes APA, réseau (intégration clinique)
- Utilisation de l'évaluation réalisée par le gestionnaire de cas pour l'obtention de l'APA

Facteurs défavorables

- Une réduction de MAIA à la gestion de cas (démarrage précoce, sans lien avec les autres mécanismes) : positionnement concurrentiel
- La gestion de cas comme service du porteur vs au service du territoire
- Un manque d'indicateurs de suivi fiabilisés et relevant d'un langage commun entre MAIA (pas de consolidation possible)
- Le modèle 3 gestionnaires de cas sans tenir compte du nombre de personnes âgées ou des caractéristiques du territoire (densité)
- Liste d'attente
- Des critères d'inclusion trop stricts (nécessité de prendre en compte l'environnement en termes de ressources comme facteur de complexité voire l'extension du public)
- L'insuffisance d'exploitation des données gestion de cas en concertation stratégique

Les propositions des référents MAIA et des responsables des conseils départementaux

Au niveau macro

- **Renforcer la gouvernance nationale** entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les directions attachées au Ministère des affaires sociales et de la santé (Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS))
- **Définir règlementairement le positionnement relatif et proposer une démarche harmonisée des actions de politiques publiques** entre MAIA, PAERPA (si déploiement), PTA : positionner la CTA/PTA comme brique de l'intégration (mode plus intégré des différents dispositifs)
- **Renforcer la gouvernance conseil départemental / ARS / Caisse d'assurance maladie / URPS**
Identifier les articulations de l'instance de concertation stratégique MAIA avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
Impliquer règlementairement les conseils départementaux dans la gouvernance.

Niveau méso/macro

- Définir un portage harmonisé de la MAIA

Soit par les conseils départementaux (limites pointées : mobilisation du champ sanitaire, aspect politique)
Soit par la constitution d'une entité juridique ad hoc : association, groupement impliquant les partenaires comme membres du conseil d'administration. Ce second modèle est indiqué comme plus adapté aux principes de l'intégration : il permet de positionner MAIA au service d'un territoire

- **Permettre une souplesse dans les financements** : en fonction des besoins de la population ou des besoins de déploiement de la méthode : admettre un temps de secrétariat, permettre la rémunération des médecins libéraux ou faire évoluer le nombre de gestionnaire de cas
- **Inscrire SPASAD dans la dynamique d'intégration** (dès les appels à projets)

Niveau micro

- **Soutenir le partage des évaluations** réalisées par les gestionnaires de cas pour l'obtention de l'APA (levier de l'intégration)
- **Différencier les objectifs des différentes évaluations** (accès au droit, évaluation des besoins, diagnostics médical, social)
- **Étendre les critères d'inclusion** en gestion de cas à la population en situation complexe (PMND)
- **Définir des critères de sortie** de gestion de cas

1 Les différents niveaux de pilotage et leurs articulations entre eux dans le déploiement MAIA

1.1 La stratégie de déploiement du dispositif

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

« 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.

1.1.1 L'inscription de MAIA dans les documents stratégiques régionaux

Une inscription des MAIA et de l'intégration progressive à mesure de la mise à jour des projets régionaux de santé (PRS).

La génération des **schémas régionaux d'organisation médico-sociale** (SROMS) 2012-2016/2017 évoque majoritairement MAIA dans le cadre du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ; cette introduction de MAIA comme dispositif est perçue par les référents comme un frein à la mise en œuvre de l'intégration sur les territoires.

Une confusion introduite par le libellé initial MAIA

L'absence de clarté du positionnement MAIA dans le cadre de 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) » dispositif vs méthode est évoquée comme frein au déploiement et à l'appropriation de la notion d'intégration.

« 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. »

Des confusions perdurent entre coordination vs intégration ; guichet unique vs guichet intégré.

De ce fait, la stratégie et les finalités de l'intégration portées par la MAIA sont très peu formalisées dans les documents stratégiques des ARS, **la MAIA étant positionnée plus généralement comme un dispositif ou un moyen de coordination.**

Une absence de lisibilité sur la temporalité du déploiement

Deux référents indiquent que 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.

Exemples de mention de MAIA dans les schémas régionaux d'organisation médico-sociale et les PRS :

MAIA « Dispositif »

En Ile-de-France, le SROMS mentionne :

« Les dispositifs de coordination tant des filières que des réseaux, ont pour objectifs à l'horizon 2017, de développer des outils communs et partagés d'évaluation de la prise en charge et des instances de travail départementales ou inter filières et/ou réseaux et de s'articuler avec les autres dispositifs (MAIA, CLIC). Pour les MAIA l'objectif est la couverture du territoire parisien d'ici 2014 afin de favoriser les conditions d'un travail collaboratif entre les acteurs (table ronde stratégique départementale). »

« Il faut également faire mention de la nécessaire implication des SSIAD dans le dispositif d'intégration MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) destinées à favoriser la coordination des prises en charge (19 MAIA créées à l'horizon 2012). »

En Bourgogne, le SROMS (2012-2016) en référence aux réflexions sur la réforme de la dépendance menées par le groupe de travail national « accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie » soulève la problématique en termes de coordination « d'un système fragmenté et peu lisible, sans pilotage clair » et pose comme objectif :

« Rendre lisible et simplifier la couverture du territoire en structures de coordination notamment en fédérant l'existant (réseaux, CLIC, MAIA, guichets uniques, maisons de l'autonomie, filières gériatriques. »

L'Aquitaine décline un « PRS - Approches transversales » qui a pour objectif de porter attention, en complément des éléments présents dans les autres composantes du PRS, aux enjeux et aux leviers de la transversalité.

Les MAIA sont citées, dans l'axe « Renforcer les dispositifs d'aide aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (MAMA) » au même titre que les CLIC ou réseau comme des « structures de coordination » ; orientées essentiellement comme un service de gestion de cas complexes.

MAIA, mesure du plan Alzheimer

En PACA, le SROMS (2012-2016) évoque MAIA dans le cadre d'un « Focus sur le déploiement des équipements destinés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées »

« L'ensemble des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (formation des aidants, Equipes spécialisées Alzheimer, plateforme de répit, accueil de jour, dispositif MAIA...etc.) participent des orientations du SROMS et ont vocation à se développer dans la région pour une couverture optimale des territoires de santé en fonction des enveloppes nationales dédiées à ces actions. »

En Bretagne, sans pour autant parler explicitement des MAIA, le SROMS (2012-2016) évoque MAIA dans le cadre de « la déclinaison du Plan National Alzheimer comme un point important intégré dans la politique de l'ARS et de ses partenaires, notamment les conseils généraux. »

En Midi-Pyrénées, le SROMS Personne âgée 2012-2017 inscrit clairement « Développer le dispositif » Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA) » comme une orientation du thème « Développer les dispositifs d'orientation et de soutien aux aidants » en visant la poursuite du déploiement MAIA et la continuité de prise en charge entre structures sanitaires et médico-sociales dans les territoires (Bassin de santé).

En Languedoc-Roussillon, des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MAIA) apparaissent dans le SROMS (2012) comme l'un des dispositifs à déployer sur les territoires prévus par le plan Alzheimer.

En Centre-Val de Loire, le PRS prévoit d'« organiser la mise en place des MAIA et les zones de couverture en lien avec les filières gériatriques » et « labelliser des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). L'action « Élaboration d'un Guide ressources régional et par territoire en clarifiant qui fait quoi ne mentionne pas MAIA comme une ressource impliquée.

La Guyane inscrit dans son PRS 2011-2015 :

« L'organisation de l'offre destinée aux personnes âgées implique la prise en compte de trois enjeux (...) La nécessaire structuration des acteurs de la dépendance, que l'implantation du plan Alzheimer peut favoriser (développement du réseau gérontologique, mise en place d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA). »

La Guadeloupe pose dans son PRS l'objectif de « structuration de la filière du handicap et de la gériatrie » par « une démarche de coordination régionale (réseaux gérontologique et handicap, CLIC, MAIA). » Le PRS précise également l'implantation des MAIA comme outil de coordination régionale et décrit la mission de la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) :

« Coordination de la prise en charge des malades Alzheimer. Accompagnement des familles et entourage. Espace d'accueil, stratégies de prise en charge de la maladie, interdisciplinarité, définition d'actions de formations, soutien aux aidants, évaluation des pratiques. »

Le SROMS de Basse-Normandie fixe l'enjeu d'« améliorer l'organisation des parcours de vie et de soins pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap, ou de perte d'autonomie. »

Les MAIA sont évoquées comme principe au sein de l'objectif opérationnel « Accompagner le travail des professionnels libéraux dans leur prise en charge de la personne âgée au domicile. »

« Faire connaître et reconnaître les CLIC comme coordonnateurs des dispositifs et structures existantes sur un territoire, à la hauteur du principe de la MAIA. »

MAIA Guichet unique

En Franche-Comté, le SROMS (2012) inscrit les MAIA en lien avec le plan Alzheimer :

« Renforcer la coordination entre tous les intervenants en créant des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), lieu de coordination, guichet unique associant le secteur sanitaire et médico-social, en instituant un coordonnateur (qui assure la liaison entre les équipes intervenant près du patient). »

Il précise d'emblée l'expérimentation d'un dispositif MAIA fédératif déployé par un groupement de coopération sanitaire.

En Bourgogne, MAIA est également mentionnée dans le cadre de la mesure 4 du Plan Alzheimer comme « labellisation de portes d'entrée unique que sont les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) »

« L'objectif est la création d'un guichet unique, lieu de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour une meilleure articulation entre les différents intervenants, un parcours de prise en charge personnalisé et une réponse graduée, adaptée à chaque situation. »

1 - 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. À 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.

MAIA Méthode d'intégration

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)¹ :
« 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 (Cf. annexe).

Le SOMS (2012-2016) **Réunion-Mayotte** présente MAIA comme un nouveau modèle :

« Les MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), promues par le Plan national Alzheimer, renouvellent profondément le modèle de coordination gérontologique en tenant compte des difficultés antérieures. Est ainsi proposée une intégration de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires d'un territoire, selon une démarche de concertation, autour d'outils partagés, avec définition d'un guichet intégré, animation par un pilote, et création de postes de gestionnaires de cas complexes. »

En Alsace, le SROMS 2012-2016 mentionne :

« Les MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), mesure n° 4 du plan Alzheimer, constituent une étape supplémentaire dans la mise en œuvre d'une coordination gérontologique englobant le soin et les services à domicile, en s'appuyant sur trois systèmes »

Il précise les mécanismes et outils.

La révision des Projets Régionaux de Santé (PRS) représente pour les référents l'occasion d'une nouvelle inscription de MAIA comme méthode d'intégration :

« MAIA sera un élément phare dans le futur PRS. » « MAIA un objectif du PRS à venir. »

1.1.2 L'implication des conseils départementaux dans le déploiement

L'implication des conseils départementaux est perçue comme un enjeu fort par tous les référents MAIA, avec des configurations fortement variables et une stratégie généralement peu définie autour du principe de coresponsabilité.

Le copilotage ARS-conseils départementaux d'une politique territoriale d'intégration est considéré par l'ensemble des référents MAIA comme un enjeu fort et favorable à MAIA. Tous indiquent un travail partenarial avec les conseils départementaux principalement axé sur une implantation « technique » de MAIA.

Des conseils départementaux, partenaires privilégiés associés davantage au déploiement opérationnel qu'à la gouvernance MAIA.

En cohérence avec les observations des référents MAIA, les conseils départementaux interrogés font mention d'une implication quasiment systématique sur les phases préalables au déploiement MAIA, en particulier sur le choix des territoires (choix des territoires spécifiquement pour le projet MAIA ou dans le cadre d'une démarche préalable plus générale du découpage départemental en territoires d'actions infra-départementaux, les MAIA venant couvrir ces territoires).

L'insuffisance de copilotage stratégique ARS-conseils départementaux est une limite perçue de l'intégration et ce niveau reste à construire et à préciser réglementairement.

« 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 CD. »

« 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. »

De manière concrète, les référents MAIA observent une implication des conseils départementaux très variable d'un département à l'autre « de la chaise vide » au « portage MAIA. »

L'absence d'implication des conseils départementaux est considérée par tous les référents comme un facteur défavorable à la méthode :

« Le CD n'est pas moteur, pas d'investissement dans l'instance de concertation stratégique. » « On assiste à un boycott du conseil départemental. » « Si on ne fait pas d'intégration dans la gouvernance, ça ne marche pas, on a vu des chaises vides des CD en concertation. »

Plusieurs obstacles sont repérés :

- la crainte pour les conseils départementaux d'un nouveau dispositif à financer compte tenu du transfert des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)² intervenu par la loi de décentralisation de 2004 ;

- la notion d'intégration insuffisamment comprise avec une perception de MAIA comme un dispositif de coordination supplémentaire ;

« Sur certains territoires, l'arrivée de MAIA est à l'origine de l'arrêt des financements CLIC aux porteurs MAIA. »

« Les relations avec les CD ne sont pas toujours évidentes du fait du budget consacré aux MAIA (beaucoup plus importants que ce que ne consacrent les CD aux CLIC en comparaison) et des enjeux politiques de certains CD. »

- une variation de l'implication et l'adhésion selon les majorités ou les changements de direction de l'autonomie ;

« Au départ, le CD a mis à disposition un pilote et des locaux, avec le changement politique, reprise du pilote et des locaux. »

2 - Expérimental en 2000, les CLIC sont inscrits dans la 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, puis transférés aux conseils départementaux au 1^{er} janvier 2005 par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (Art. 56).

- une participation *a minima*.

« Une participation des conseils départementaux mais sans effet concret de la concertation sur les services. »

Un des leviers identifiés est un **portage stratégique et institutionnel fort de l'ARS** :

« Le directeur général de l'ARS, qui s'adresse au Président du conseil départemental qui s'adresse au directeur de la CARSAT, c'est ça qui va légitimer MAIA. »

« 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. »

La majorité des conseils départementaux interrogés indiquent une coresponsabilité dans la gouvernance inaboutie.

« 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 rattachée à l'ARS. »

« Le copilotage n'a pas été suffisant. »

Pour les conseils départementaux, l'asynchronicité des stratégies et actions de politique publique départementales et régionales, de même que l'absence de clarification de leur rôle dans la gouvernance MAIA est perçue comme un désavantage, MAIA étant citée comme « "électron libre" entre le CD et l'ARS. »

« Cela freine le déploiement des actions MAIA notamment en raison de différente temporalité entre les deux institutions (circuits des décisions, calendriers des schémas politiques). »

L'intérêt est de clarifier les liaisons et la gouvernance MAIA dans les relations entre la politique régionale et la politique départementale et les relations avec les pilotes lorsque le conseil départemental est porteur.

Dans le cas de fusion des régions, un département note que « le centre de gravité de la région s'est éloigné et le département est très excentré » avec la crainte de liens distendus avec le référent régional ARS.

Les conseils départementaux considèrent comme **un avantage la relation avec les délégations départementales de l'ARS** par le fait d'une proximité et de possibilité d'arbitrage conjoint sur des problématiques remontées du territoire.

1.2 Les modalités de pilotage de l'ARS relatives au déploiement de MAIA sur les territoires

1.2.1 La fonction de référent MAIA

Un référent MAIA systématiquement désigné au sein des ARS

5 des 17 référents ont un profil médical ou paramédical (dont 4 médecins et une infirmière cadre de santé). Au sein de 6 ARS, la dimension médicale est introduite par la constitution d'une équipe ou de binômes référents MAIA/médecins, généralement en lien avec le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (PMND).

La mobilisation d'un temps administratif pour piloter la MAIA est citée par 2 référents MAIA

Une grande hétérogénéité du temps accordé au pilotage MAIA par les référents MAIA, des missions complémentaires toujours en cohérence avec MAIA.

Le temps accordé par les référents aux MAIA est très variable, inférieur à 0,1 équivalent temps plein (ETP) à 0,7 ETP. Ce temps dédié n'est pas clairement défini mais s'inclut dans une mission plus globale. Les autres missions ou actions portées par les référents sont toujours en cohérence avec la MAIA (exemple : dispositif personnes âgées, PMND, planification et autorisation des ESMS, « parcours personnes âgées », maintien à domicile, aidants).

7 référents évoquent le manque de temps accordé au pilotage MAIA comme un facteur défavorable à son déploiement avec la nécessité d'un temps dédié :

« Sans quoi l'ARS ne peut pas jouer son rôle de pilote. »

« On impulse, mais comme on n'a pas que MAIA, on essaie d'accompagner au maximum, on ne peut pas porter en permanence. »

« Les pilotes sont très demandeurs mais on ne peut pas les accompagner jusqu'au bout. » « Beaucoup de postes vacants dans l'ARS, donc moins de temps à accorder pour la mission de la MAIA. »

« Les équipes de l'ARS manquent de temps pour soutenir une telle action. »

La formation MAIA dispensée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) paraît essentielle voire « indispensable » pour les 8 référents qui en ont bénéficié. Les référents encouragent sa duplication :

« Il y aurait un intérêt à proposer un module court pour les agents de l'ARS cela pourrait soutenir le déploiement de la MAIA en faisant comprendre le concept et donc l'intérêt de l'intégration. »

1.2.2 Rôle du référent MAIA et son évolution

Un rôle d'évaluation, de contrôle et de suivi du déploiement MAIA

Les référents font état du suivi technique et financier des MAIA : lancement des actes de candidatures, suivi des conventions (avis, renouvellement), validation des rapports d'étape, contrôle, suivi des crédits.

La validation du rapport d'étape est réalisée généralement par le référent MAIA ou déléguée aux délégations départementales de l'ARS. Certaines ARS conduisent systématiquement des entretiens avec les porteurs et les pilotes et estiment cette pratique comme favorable au déploiement et soutenant la relation porteur / ARS / pilote.

« Le processus de la validation du rapport d'étape est réalisé par la DD par un entretien avec le porteur et le pilote et si besoin (en cas de difficulté entre porteur et pilote), l'entretien peut être en deux temps porteur puis pilote. »

La convention représente une possibilité pour l'ARS d'émettre des réserves et conditionner son renouvellement ou d'être un appui dans la relation institutionnelle avec le porteur.

Ce travail peut conduire à l'incitation d'un changement de porteur ou une redéfinition des territoires, la remobilisation des acteurs ou la recombinaison des instances de concertation.

L'ARS Océan Indien a conduit un travail de mise à plat considérant les écarts entre le cahier des charges et la réalité : la MAIA a bénéficié d'un renouvellement d'un an avec émission de réserves assorties d'objectifs sur les aspects techniques et stratégiques et du repositionnement de la fonction de pilotage avec une évaluation à 6 mois.

L'ARS Martinique a repositionné la fonction de pilotage et engagé un travail de concertation avec l'ensemble des acteurs sur le parcours des personnes âgées.

L'ARS Guadeloupe, la référente a réalisé un audit du fonctionnement préalable au redéploiement des mécanismes.

L'ARS Midi-Pyrénées a émis des réserves et fixé des objectifs qualitatifs sur l'aspect diagnostic et indicateurs.

Un rôle d'animation régionale et de soutien auprès des pilotes.

La généralisation de MAIA et, en conséquence, l'augmentation du nombre de dispositifs conduit les référents à passer d'un rôle d'accompagnement quasi individuel de MAIA à un rôle d'animation de la politique régionale.

12 référents évoquent **une fonction d'animation régionale collective auprès des pilotes** principalement dans un objectif d'harmonisation, d'information, de positionnement et de développement du système d'information (SI).

L'objectif ciblé est une mise en cohérence et l'harmonisation régionale de MAIA accentuée par l'actualité du secteur. 10 référents citent également le besoin de consolidation et « l'enracinement » de la politique MAIA.

« Le référent participe à l'harmonisation des pratiques et à la mise en place de la stratégie régionale. »

« Assurer le lien entre les MAIA, les chefs de projet pour assurer homogénéité de la politique régionale : organisation de réunions avec tous les pilotes MAIA (information sur l'évolution de la politique, intervention des chefs de projet PAERPA, TRAJECTOIRE, PTA). »

« Au niveau régional, des réunions Réseaux de santé et MAIA sont mises en place sur la procédure d'orientation gestion de cas pour savoir comment s'articuler entre eux, on a ouvert une formation juridique gestionnaires de cas aux équipes APA et réseaux, ces formations mutualisées sont un levier de rapprochement. »

« Il y a des réunions régionales que l'on fait sur des sujets, on a travaillé sur le diagnostic, la procédure d'orientation en gestion de cas, et sur le SI en lien avec les autres services de l'ARS avec les coordinations réseaux pour qu'il y ait une cohérence. »

Avec le déploiement et le recul de quelques années de fonctionnement, certaines ARS entreprennent des évaluations plus globales (Bretagne, Pays de La Loire, Centre, ex. Franche-Comté sur la lisibilité des dispositifs).

Un rôle de soutien et d'appui technique aux MAIA par une relation directe avec le pilote plus ou moins régulière :

« Appuyer les pilotes pour qu'ils puissent accéder aux institutions : liens avec les services de l'ARS pour avoir les éléments de diagnostic ; être présent par rapport aux risques de blocage. »

« L'ARS crée les conditions de la confiance entre les partenaires. »

« Elle aide faire remonter les informations de terrain au niveau stratégique. »

5 référents mentionnent un rôle d'accompagnement de type « coaching des pilotes » ; « accompagnement de la conduite du changement. »

Un rôle d'articulation avec les délégations départementales

11 ARS impliquent les délégations départementales (DD) dans le pilotage MAIA et 2 de manière partielle (4 sans objet : La Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane).

« Le 1^{er} souci est d'harmoniser les pratiques et d'accompagner les DD : formation en lien avec l'EHESP. »

« Le rôle du référent est d'être l'interface entre le niveau national et les délégations territoriales en charge du suivi des dispositifs. »

« On coordonne l'ensemble des travaux en s'appuyant sur les compétences présentes au sein des territoires. »

Les délégations départementales mobilisées sont en priorité positionnées sur l'animation territoriale : animation de la concertation stratégique, lien direct avec le pilote et le porteur (recrutement du pilote, validation du rapport d'étape). Communément, une fois MAIA installée, les ARS indiquent qu'un fonctionnement en routine s'installe avec une articulation entre siège et territoires.

Le cas échéant, le référent régional assure l'animation de la concertation stratégique.

Sur les régions AURA, ex-Aquitaine, Centre-Val de Loire, ex-Languedoc-Roussillon, un relai s'opère auprès des délégations départementales (relation avec les pilotes, participation aux instances de concertation, suivi de la convention et la validation du rapport d'étape). Des mandats de délégation peuvent être rédigés.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, les pôles de proximité assurent ce rôle. Le référent local anime le travail avec les pilotes, les porteurs et les conseils départementaux pour la mise en place des concertations départementales, le suivi des conventions en lien avec le niveau régional.

Dans le Var, la délégation soutient le travail des 5 pilotes (site internet accessible, plateforme dédiée à la mise en place d'outils partagés, indicateurs).

L'impact perçu de la réforme de la fusion des régions sur le pilotage : des organisations non stabilisées, un rôle plus important des délégations départementales dans le pilotage MAIA.

À ce stade, pour les référents concernés, les organisations apparaissent comme non stabilisées :

« L'environnement est instable, rien n'est posé. »

Dans le cas des nouvelles régions (Bourgogne-Franche-Comté, Nouvelle Aquitaine, AURA, Hauts-de-France), un référent MAIA unique ou un binôme est désigné et un système de « *tuilage est organisé.* »

Ces nouvelles configurations font craindre des difficultés relatives à la gestion de la distance et du temps disponible. Dans ce cadre, l'appui sur les directions départementales paraît essentiel en pointant le risque de suractivité de celles-ci :

« On va demander beaucoup plus de choses aux DD sur tous les sujets. »

« Est-ce que cela revient aux directions métiers siège ou aux DD de reprendre le pilotage MAIA ? »

En Occitanie, sur le modèle Midi-Pyrénées, du point de vue des référents, l'approche la plus pragmatique est une implication des DD dans l'animation territoriale des MAIA.

Dans cette période de transition, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté privilégie un dialogue « *avec chaque MAIA avant l'évolution du pilotage en grande région afin de prendre le temps de tout mettre à plat.* » Une réunion régionale est prévue avec les porteurs et les pilotes pour identifier les éléments intéressants à développer de manière commune aux deux ex-régions, sans aller jusqu'à l'harmonisation (Nb : dans cette région, les MAIA franc-comtoises sont organisées régionalement autour d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), alors que l'ARS Bourgogne a axé le déploiement MAIA sur un portage par les conseils départementaux).

Un rôle d'acculturation et de pédagogie mentionné par la moitié des référents

11 référents observent une difficulté à diffuser le principe d'intégration en interne :

« Expliquer et convaincre, c'est un travail de pédagogie permanent car rien n'est acquis. » « Un combat quotidien. »

« MAIA reste une thématique qui n'est pas appropriée car les gens ne baignent pas dedans avec des confusions au sein de l'agence. »

Plus rarement, est cité un rôle de facilitation et d'appui dans les articulations entre le secteur médico-social et le soin.

1.2.3 Les outils pour le déploiement de la méthode

Un rapport d'étape peu utilisé, à faire évoluer.

Pour la majorité des référents, la trame du rapport d'étape est considérée comme inadaptée.

Le rapport d'étape rend compte des processus mais ne reflète 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 :

« On commence par des outils pas par le besoin des personnes. »

« Les mécanismes sont présentés de manière déconnectée les uns des autres. »

Le diagnostic, une nécessité de passer d'une description quantitative de l'offre à une analyse et une connaissance plus fine des besoins

Les constats sont majoritairement peu favorables à l'égard de l'apport des diagnostics réalisés par les pilotes. Les référents indiquent que les diagnostics présentent des éléments d'information quantitative, mais ne sont pas suffisamment fins dans la connaissance et la compréhension des problématiques et des dysfonctionnements et notent :

- Le manque d'apports concrets :

*« Manque de réalisme, trop théorique. » « Trop de données, pas d'orientation ni d'idées fortes. »
« Un diagnostic purement quantitatif ne sert à rien. » « Le diagnostic est trop large et peu pertinent. »
« Le diagnostic n'a pas débouché sur des problèmes concrets, il n'est pas devenu un objet de travail : l'objectif c'est le guichet intégré, mais ça ne veut rien dire. »*

- Le manque de prise en compte du système d'acteurs local :

« Le diagnostic ne traite pas des relations interpersonnelles, difficile de mesurer l'ambiance du territoire. »

- L'absence d'indicateurs de résultats :

« Le diagnostic ne fait pas suffisamment le lien entre les moyens et les résultats. »

- Une possible instrumentalisation :

« Les diagnostics ont pu être instrumentalisés pour faire remonter des manques d'offre. »

- Ou encore un manque d'appropriation :

« Les diagnostics sont bien faits et peu utilisés par d'autres. L'appropriation n'est pas suffisante. »

« Les diagnostics "réels" sont informels et dans la tête des pilotes, ceux qui sont dans les rapports d'étape ne sont pas représentatifs de la connaissance du territoire par les pilotes. »

Majoritairement, les référents indiquent le besoin de passer d'un état descriptif à une analyse des besoins. Pour une référente, la méthodologie diagnostique proposée dans le cadre des filières de soins et PAERPA semble plus opérante.

« 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. »

L'idée d'un diagnostic dynamique, au fil du temps émerge dans plusieurs ARS.

« Le diagnostic ne peut se faire qu'à partir d'une analyse des situations entre les acteurs, un diagnostic préalable ne sert donc à rien, il est à construire au fil du temps. »

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

« La gestion de cas est l'observatoire du territoire et permet d'identifier les ruptures de parcours. »

3 - MAIA 25 est une liste d'indicateurs d'implantation de l'intégration portant sur les 3 mécanismes MAIA produits par la CNSA et qui permettent de « scorer » ce niveau en 25 points.

Pour les référents, la valeur ajoutée du pilote porte justement sur l'apport de cette connaissance, tout comme son apport méthodologique.

En PACA, l'ARS a mis en place une formation de deux jours en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé sur l'approche quantitative et qualitative et l'analyse diagnostic. Les pilotes ont travaillé à définir un socle commun d'indicateurs pour disposer des éléments comparatifs (13-83).

En Midi-Pyrénées, l'ensemble des MAIA a été validé avec réserve du fait d'une insuffisance de diagnostic afin de créer un « électrochoc » :

« Maintenant on travaille sur le diagnostic, le guichet intégré, la base de données. »

À cet effet, le référent MAIA a accompagné les pilotes dans la compréhension des processus décisionnels propres à chaque institution afin de mieux appréhender le système local d'acteurs. L'ARS encourage à objectiver la file active des personnes incluses en gestion de cas et les besoins de la population plutôt que l'offre.

L'ARS Franche-Comté a demandé à la pilote régionale de travailler à la définition d'indicateurs d'impact sur les usagers et les professionnels avec une échéance à 2017.

En Pays-de-la-Loire, une formation est organisée sous l'égide de l'EHESP auprès des pilotes. L'objectif est d'expliquer l'objet du diagnostic et de mieux repérer les ruptures organisationnelles.

Lettre de mission et feuille de route, des outils de cadrage peu utilisés.

La lettre de mission au pilote, si elle est en place dans certaines MAIA, n'est pas généralisée. Un référent relate qu'il s'agit *« d'une demande récurrente des pilotes, mais restant sans réponse de sa part estimant que le CASF et le Cahier des charges constituaient le cadre »*.

La feuille de route est plus largement mise en place, mais elle reste à développer pour 8 référents.

Les indicateurs de suivi MAIA 25³.

Les indicateurs MAIA 25 sont estimés être une base utile lors du déploiement de la méthode mais qui dénotent une formalisation très administrative. Pour les référents MAIA, les indicateurs ainsi que ceux présents dans le rapport d'étape, restent insuffisants pour apprécier, d'une part l'impact de la MAIA sur les réponses aux besoins de la population âgée en perte d'autonomie, et en particulier celle de la gestion de cas et d'autre part sur la progressivité du déploiement.

Des projets se mettent en place à ce sujet sur les régions Nouvelle Aquitaine, Grand Est, Guadeloupe, Occitanie, PACA notamment.

1.2.4 Les modalités d'animation et de pilotage de la CNSA du point de vue des référents MAIA

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

- l'appropriation du concept d'intégration et la mise en œuvre (outils, méthode, indicateurs) ;
« rôle de tuteur et de référence, peut renforcer la légitimité du concept d'intégration » ;
- l'accompagnement technique : procédures des appels à candidatures ;
- l'accessibilité des interlocuteurs et l'aspect constructif des échanges sur la méthode ;
- l'animation nationale (réunion, séminaires nationaux).

Les ARS ultra-marines pensent que les outils de vidéo-conférence leur permettraient de participer davantage aux réunions organisées par la CNSA.

4 - La CNSA avec la DGGCS a produit une 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.

En revanche, les modalités de pilotage sont repérées comme défavorables sur quatre points :

La lenteur repérée dans les réponses apportées (techniques, outils) par rapport aux attentes du terrain est considérée comme facteur de démobilité :

« Un outil d'évaluation multidimensionnelle qui arrive trop tardivement, revirement non assumé s'agissant du SI partagé dont le déploiement a été finalement confié implicitement aux ARS après que la CNSA se soit initialement investie de façon exclusive de cette question et sans résultat. »

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). 3 référents soulèvent que les dates de publication des circulaires sont incohérentes avec leurs instructions.

Un manque de clarification du circuit d'information entre l'ARS et la CNSA en direction des pilotes dans le sens ou l'action directe de la CNSA auprès des pilotes via le collectif est perçue comme vecteur d'asymétrie d'informations par les référents MAIA.

« Les pilotes ont des infos avant nous. »

« On n'a pas les informations sur les groupes de travail. »

« L'impression que la CNSA est plus à l'écoute du collectif que de l'ARS. »

« Les MAIA ont tendance à aller directement vers la CNSA. Cela induit un problème de légitimité de l'ARS vis à vis des pilotes. »

Une insuffisance de lien entre les actions pilotées par la CNSA : L'action de préfiguration de la conférence des financeurs conduite par la CNSA n'explique pas clairement les relations à trouver avec l'instance de concertation stratégique MAIA⁴.

1.3 Le positionnement perçu des différentes actions de politique publique nationale en faveur du parcours des personnes âgées

1.3.1 Une perception fragmentée des actions par les référents MAIA

Un manque de cohérence et de lisibilité des actions de politique publique considéré comme un frein au déploiement de MAIA par tous les référents.

Selon les référents, l'insuffisance de cohérence entre les différentes actions de politique publique en interne comme à l'externe freine l'implantation de l'intégration. 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 difficiles.

« 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. »

« L'affichage et la communication nationale sont difficiles à concilier avec ce qui est vécu sur le terrain, malgré les efforts de pédagogie. »

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

1.3.2 Une transversalité de la politique « personnes âgées » organisée de manière hétérogène au sein des ARS

La prise en considération de la transversalité dans le pilotage MAIA est citée comme un facteur nécessaire au déploiement.

La mise en œuvre de la transversalité en interne reste complexe et se heurte, selon les référents, à des problématiques organisationnelles (fonctionnement en silo des directions métiers) ou structurelles (différentes actions en faveur des personnes âgées et personnes en situation complexe).

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

« 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. »

Direction d'appartenance des référents MAIA au sein des ARS (mai 2016)

Région	DOMS	DOS	DOSA	DOSMS	Stratégie	Autonomie	Efficacité de l'offre
Nouvelle-Aquitaine							
Auvergne-Rhône-Alpes							
Bourgogne-Franche-Comté							
Bretagne							
Centre Val-de-Loire							
Corse							
Grand Est							
Guadeloupe							
Guyane							
Hauts-de France							
Ile-de-France							
Martinique							
Normandie							
Occitanie							
Océan indien*							
PACA							
Pays de la Loire							

*Pôle

À l'image des directions centrales, les actions peuvent être portées par différentes directions au sein des ARS, ce qui minore l'approche globale, populationnelle ou de parcours.

« La DOMS porte MAIA, la DOS porte filière de soins, la Direction transversale porte PTA. »

« Les MAIA sont sous le pilotage de la CNSA donc au sein de l'ARS dépendent de la direction autonomie ; PAERPA sous l'autorité du ministère attaché au parcours de santé, la coordination ambulatoire attachée à une autre direction. »

Cette segmentation peut entraîner des logiques de concurrence :

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

« On voit à travers les PTA une concurrence entre réseaux et MAIA même en interne des ARS. » « Sur les territoires, les CLIC ont pu voir l'arrivée des MAIA comme une concurrence, des pilotes MAIA voient PAERPA comme une concurrence. »

Les 17 référents observent que **les différentes actions pourtant soutenues par des objectifs convergents sont sources d'un manque de lisibilité et de re-fragmentation du système.**

« L'efficience est nulle, et pour les acteurs on n'est plus crédible. »

« Les acteurs de terrain (médecin) ne perçoivent pas de lisibilité et nous renvoient l'image du millefeuille. »

« Chaque dispositif a sa place mais il serait préférable de faire évoluer les missions des dispositifs existants. »

Certaines ARS, à l'instar de l'Ile-de-France, PACA, La Réunion, ex-Haute-Normandie, Martinique organisent la transversalité soit en nommant une personne en charge des parcours PA, soit en organisant des instances transversales (comité parcours personnes âgées).

En Languedoc-Roussillon, des liens étaient opérés auprès de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), de la Commission des coordinations et avec l'hospitalisation, mais peu avec la prévention.

En Midi-Pyrénées, suite à la nouvelle organisation de l'agence en 2013, la mission MAIA est passée d'une direction stratégique à une direction métier qui a vocation à travailler avec les autres directions.

Une approche populationnelle qui se heurte à des problématiques organisationnelles et structurelles.

Dans la plupart des ARS, le positionnement de la politique régionale en faveur d'une approche populationnelle ou d'une approche par pathologie est rarement déterminé, il s'agit davantage d'une réflexion portée à ce jour par les « techniciens. »

Malgré les volontés de transversalité, pour les référents interrogés, **l'approche globale et populationnelle promue par MAIA se heurte à la segmentation structurelle des dispositifs** (pilotage national et fléchages financiers différents, périmètres d'intervention pouvant être perçus comme concurrents).

« Depuis de nombreuses années, la direction a développé une approche parcours, populationnelle très favorable au déploiement de la méthode, à condition d'être capable de travailler en transversalité. »

« Problématique de l'approche populationnelle dans l'agence qui ne facilite pas l'approche transversale : organisation qui ne travaille pas en mode projet. »

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.

Cette labellisation, qui s'effectuera en deux temps (pré-labellisation sur dossier et labellisation confirmée à l'issue du déploiement du plan d'actions), poursuit quatre objectifs spécifiques :

- reconnaître et encourager les dynamiques partenariales locales ;
- mettre en valeur auprès des usagers et des professionnels la qualité des prises en charge et des accompagnements proposés sur le territoire ;
- identifier et légitimer les bonnes pratiques, en vue de les promouvoir et d'en favoriser la reproductibilité sur d'autres territoires ;
- jeter les bases des « services territoriaux de santé au public », prévus par la future loi de santé.

Le cahier des charges élaboré par l'ARS n'impose pas de modèle d'organisation unique, mais fixe les objectifs stratégiques et opérationnels du parcours qu'il convient de poursuivre, en termes d'**accessibilité**, de **continuité**, de **qualité** et de **pertinence des interventions**. » (source : ARS Aquitaine).

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

« *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.* »

« *On avance sans jamais se poser – dispositifs qui existent : Qu'est ce qui va ? Qu'est-ce qu'on supprime ? Chacun veut garder sa place.* »

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

7 référents, dont un qui a vécu sur le terrain les effets négatifs de la fragmentation lors de la canicule de 2003, perçoivent pourtant en MAIA la réponse à cette fragmentation dès lors que MAIA est positionnée comme une méthode « supra » en capacité **de jouer un rôle d'assembler des différentes actions**.

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

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

Dès lors qu'une stratégie globale est posée par la direction de l'ARS et l'intégration comprise, les complémentarités entre dispositifs sont possibles :

« *En Alsace, l'installation des MAIA est articulée avec les politiques territoriales de santé (contrats locaux de santé), l'implantation MAIA a induit une évolution d'un réseau régional gériatrique Réseau Alsace Gérontologie qui préfigure aujourd'hui une PTA.* »

« *Il existe une instance commune à MAIA et PAERPA dans la Nièvre, le diagnostic PAERPA est repris par MAIA.* »

Au niveau territorial, les contrats locaux de santé sont estimés comme leviers de l'intégration.

L'articulation à l'échelle infra-territoriale n'est pas systématique ; le cas échéant les contrats locaux de santé (CLS) sont les outils de choix cités par 6 référents :

« *Les MAIA sont toutes impliquées dans les CLS, sauf quand les départements n'ont pas souhaité faire de labellisation de parcours conjointe.* »

« *Les MAIA sont inscrites dans les politiques territoriales de santé (Contrats locaux de santé), les directions territoriales font le lien avec les contrats locaux de santé.* »

« *Le caractère opérant des MAIA passe par une meilleure intégration des outils territoriaux, le contrat local de santé devrait systématiquement impliquer les pilotes pour la partie concernant les personnes âgées et à terme utiliser la méthode d'intégration.* »

1.3.3 MAIA – Parcours des aînés (PAERPA) – Plateforme territoriale d'appui (PTA) : des dispositifs complémentaires ?

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

6 référents interrogés déplorent que PAERPA n'ait pas été conçu plus en lien avec MAIA d'autant que les deux actions de politiques publiques s'appuient sur les principes d'intégration et visent les mêmes objectifs.

« *Ce qui est déjà rédigé dans le cahier des charges PAERPA était déjà prévu dans MAIA, on ajoute CTA pour les médecins.* »

« *Le cahier des charges PAERPA rappelle celui des MAIA. La différence est principalement sur le lien de proximité avec les professionnels libéraux.* »

« *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 ?* »

La promotion de PAERPA a pu également amoindrir le positionnement MAIA :

« L'ARS communique sur MAIA très légèrement car elle fait la promotion des PAERPA. » « Sur le territoire, le directeur général ARS n'a pas soutenu les MAIA, et particulièrement celles sur lequel un parcours PAERPA était prévu. »

« Là, le DGARS se déplace alors qu'il n'est jamais venu à une table stratégique. »

« Les pilotes MAIA se sentent menacés par PAERPA, PTA, avec des campagnes de communication différentes entre les différents dispositifs. »

« 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. »

MAIA / PTA : approche populationnelle vs approche polypathologique ?

L'approche populationnelle MAIA croise l'approche « parcours complexes des personnes sans distinction d'âge ni de pathologie » des plateformes territoriales d'appui.

La question du positionnement des PTA par rapport à MAIA est une réflexion des ARS et pointe la nécessité d'intégration.

« PTA est envisagée comme une réponse aux professionnels de premier recours avec un "alignement des opérateurs" autour de la clinique, mais sans mener une réflexion sur ce qui génère des dysfonctionnements dans le parcours. »

« Le fait de séparer MAIA de PTA est compliqué, faire de la coordination des cas complexes sans intégration est problématique. »

Certains expriment la difficulté à percevoir les articulations ou de mettre en place les différentes actions sur le terrain.

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

« Quel intérêt d'avoir deux outils : coordination territoriales d'appui et PTA ? »

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

« Quel que soit l'avenir de la coordination des situations complexes, il y a besoin d'ajustement des acteurs institutionnels pour réduire les accrocs de parcours. »

« Coordination des cas complexes / gestion de cas : s'il y a une différence, il faut réfléchir sur les spécificités – 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 ? »

Une attente forte de cohérence entre actions de politique publique par le niveau national.

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

« 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. »

10 référents indiquent l'intérêt et la nécessité d'une gouvernance commune des actions de politique publique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie à l'appui d'une réglementation plus affirmée dans le cadre d'une politique globale.

« Il y a nécessité d'agréger toutes les instances en organisant un comité supra sur le parcours des personnes âgées. »

L'intégration : un besoin repéré et une inscription de MAIA dans les politiques départementales gérontologiques

MAIA répond à un besoin repéré par les conseils départementaux, l'articulation avec les dispositifs existants ou les dispositifs à venir reste à construire et pose certaines questions.

Pour tous les conseils départementaux interrogés, MAIA répond à un besoin, soit celui de la gestion de cas complexes, soit celui de l'amélioration de la coordination.

« Les cas complexes trouvaient difficilement des réponses ou alors, cela obligeait les professionnels à sortir de leur champ de compétence. »

« La MAIA répondait au manque de méthodologie de projet avec l'existence de groupes de travail « coordination gérontologique » qui se réunissent pour évoquer les difficultés mais qui manquent d'ingénierie de projet pour les résoudre. » « La compétence du département est centrée sur « évaluer et instruire une prestation » et il y manque un côté opérationnel, les chefs de service étant débordés par la mise en œuvre des prestations sociales et médico-sociales. »

« La MAIA est un système d'organisation intégrée, une sorte de « label de qualité » de l'action coordonnée des intervenants. Elle permet de rassembler dans son réseau les différents acteurs pour optimiser la cohérence et l'efficacité de leur collaboration. » (Schéma autonomie des Alpes-Maritimes)

Cependant, **la moitié des conseils départementaux perçoit des difficultés dues à une absence anticipée d'articulation des nouvelles actions de politique publique** avec l'existant par le niveau national, une insuffisance de temps pour s'imprégner des nouveaux textes, pénalisant ainsi la possibilité de mise en œuvre d'une pédagogie de l'intégration en interne et sur le terrain.

« Les directives nationales viennent percuter les politiques de terrain qui se sont parfois, en avance, déjà organisées sur des champs inscrits nouvellement dans les lois. »

Certains départements organisent la complémentarité pour éviter la segmentation :

« En Corrèze, MAIA n'a pas été articulée avec les autres outils ou dispositifs. Cette articulation a été réfléchiée avec l'arrivée des PAERPA, dont l'expérimentation est confiée à l'un des 2 porteurs MAIA [...]. Nous avons réussi à organiser la complémentarité sanitaire et sociale, grâce à l'articulation PAERPA / MAIA. La CTA est portée par le Conseil départemental et est implantée au CH de Brive. CTA et MAIA sont au même endroit et ont un même numéro de téléphone. »

Pour les départements non concernés par PAERPA, le besoin de cohérence avec MAIA n'est, à ce stade, pas perçue.

La majorité exprime leur intention de simplification portée par les nouvelles politiques départementales.

Globalement, les conseils départementaux interrogés visent un objectif de simplification et de cohérence dans la mise en œuvre de l'action gérontologique.

« Le principe est de fixer une barre moyenne [des attentes, des exigences] qui correspond à tous les acteurs et de s'appuyer sur ce qui existe. Par exemple, le ROR sera l'annuaire commun pour tous les acteurs (sera l'annuaire des MAIA). »

Et indique le besoin d'un pilotage unifié sur les territoires.

« 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. »

Dans le Finistère par exemple, le schéma prévoit en citant MAIA une « nouvelle gouvernance de la coordination gérontologique » avec pour ambition de fusionner des instances de réflexion et de décisions.

1.4 Éléments de synthèse : Les différents niveaux de pilotage et leurs articulations entre eux dans le déploiement MAIA - facteurs favorables et défavorables

Le pilotage national par la CNSA

Facteurs favorables

- Appropriation de la notion d'intégration, procédure technique
- Disponibilité de l'équipe nationale, tutorat
- Des outils de pilotage existants mais à faire évoluer : rapport d'étape, MAIA25 dans une logique de projet

Facteurs défavorables

- Lenteur dans la mise en place des outils nationaux (exemple du SI, outil d'évaluation, en décalage avec les attentes du terrain)
- Asymétrie d'informations entre les pilotes et l'ARS : besoin de clarification du circuit
- Au niveau national plus généralement, insuffisance de cohérence et d'articulation avec les autres actions de politiques publiques portées par les directions centrales

Le positionnement de MAIA au sein de l'ARS

Facteurs favorables

- Un portage stratégique fort de l'ARS : positionnement de MAIA comme un outil de gouvernance de la politique PA ; liens entre les différentes actions de politique publique ; mobilisation politique par le directeur général de l'ARS
- La promotion de l'approche populationnelle et la transversalité au sein de l'ARS
- Appartenance du référent MAIA à une direction transversale ou l'organisation d'instance transversale (parcours personnes âgées)
- L'approche territoriale
- Le copilotage ARS-conseil départemental
- L'appui sur les délégations départementales de l'ARS et les instances locales (contrats locaux de santé)
- L'animation régionale par le référent MAIA de l'ARS
- Relations délégation départementale de l'ARS, pilotes, porteurs
- Liens avec le développement des systèmes d'information

Facteurs défavorables

- La confidentialité de MAIA en interne :
- Insuffisance d'appropriation de la notion d'intégration en interne
- Cloisonnement voire concurrence entre directions ; asymétrie de communication sur les actions de politique publique
- Dans les nouvelles régions, instabilité des organisations et crainte d'une augmentation de l'activité des délégations départementales

Les conditions d'exercice de la fonction de référent MAIA

Facteurs favorables

- Positionnement dans une direction transversale
- Disponibilité ; cohérence des missions à la charge du référent MAIA
- Suivi de la formation EHESP (référent MAIA régional a minima)

Facteurs défavorables

- Le manque de temps pour assurer l'animation et le pilotage
- L'absence de formation

2 Les conditions de déploiement MAIA et les facteurs d'influence perçus

2.1 Les caractéristiques et le positionnement du porteur

2.1.1 Le processus de sélection du porteur MAIA

L'intérêt du processus de sélection des porteurs.

Pour 16 référents, le processus de sélection des porteurs est conforme au cahier des charges national MAIA. Seule la Franche-Comté, du fait d'une organisation régionalisée, a adapté celui-ci. Les référents n'ont pas noté de difficulté à mettre en œuvre le processus de sélection.

La compréhension du concept de l'intégration par les porteurs a été un point d'attention important de la sélection, explicitement pour la moitié des référents.

La question de la légitimité est le second et revêt deux aspects :

- la légitimité institutionnelle et politique du portage par le conseil départemental comme chef de file de l'action sociale en faveur des personnes âgées⁵ ;
- la légitimité « de compétences » acquise par l'ancrage territorial et la connaissance des situations complexes.

Des stratégies différenciées apparaissent entre ARS.

En Bourgogne et en Rhône-Alpes, le fil conducteur de l'ARS a été d'œuvrer pour que les conseils départementaux portent les MAIA du fait de leur légitimité acquise en tant que chefs de file des politiques d'aide et d'action sociale et afin d'éviter la concurrence entre acteurs.

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

En Franche-Comté, le choix de l'ARS a été d'impliquer les conseils départementaux au départ dans la mise en place MAIA (instance de concertation ; liens avec les porteurs et pilotes) autour d'un projet régional MAIA porté par un groupement de coopération sanitaire (unique modèle), avec une adaptation du cahier des charges et un choix amont des porteurs.

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 liens effectives sur le portage : exemple, Conseil départemental et réseau de santé 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.

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

2.1.2 Les caractéristiques du porteur comme élément favorable ou défavorable du déploiement MAIA

La nature juridique comme facteur favorable ou défavorable au déploiement MAIA n'est pas généralisable.

En conformité avec l'enquête pilotes, 15 référents confirment que la nature juridique du porteur comme facteur favorable ou défavorable au déploiement de MAIA n'est pas généralisable et note l'importance du positionnement du porteur et sa « juste » implication.

« Il n'apparaît pas d'éléments récurrents du fait d'un type de porteur : c'est du cas par cas, on ne peut pas généraliser. » « L'influence du porteur n'est pas en lien avec sa nature juridique. »

« Difficile de modéliser car le rôle du pilote est essentiel. »

Les facteurs favorables au déploiement du fait du porteur cités sont :

- une bonne appropriation de la dimension de l'intégration et de ses enjeux ;
- la neutralité mais en notant le besoin d'implication du porteur dans le déploiement MAIA ;
- la coopération formalisée par le porteur au préalable de la candidature.

Les départements qui disposent de différents porteurs indiquent que cela permet le développement d'un projet qui s'inscrit complètement et respecte l'identité des territoires. Néanmoins, la multiplication des porteurs est considérée comme un frein à la cohérence départementale.

« L'hétérogénéité de portage a l'inconvénient de créer "un portage émietté et disparate" ainsi la cohérence de la politique départementale est plus difficile à mettre en place. Elle nécessite pour le Conseil départemental de travailler autrement et oblige à fédérer et réguler davantage. »

Le principal facteur cité comme préjudiciable au déploiement MAIA est la confusion des missions du porteur avec celles de la MAIA ou la réduction de la MAIA à la gestion de cas.

La neutralité du porteur et l'autonomie laissée au pilote sont les éléments repérés comme favorables.

Le portage par un pays, par exemple, est cité comme intéressant par un conseil départemental dans sa capacité à garder un positionnement neutre « au-dessus de tout » et à mobiliser les élus locaux.

Les portages cités comme les plus opérants par les ARS et les conseils départementaux non porteurs sont les portages impliquant un acteur sanitaire.

Les centres hospitaliers sont cités comme ayant une position déterminante dans le déploiement MAIA « cœur de la préoccupation ville-hôpital », à la condition, lorsqu'ils sont porteurs, d'axer MAIA non comme un service de gestion de cas relatif à la sortie d'hospitalisation mais bien un mécanisme au service du territoire et vecteur d'intégration :

- centre hospitalier ayant développé le projet d'une plateforme gérontologique soins médico-social avec une cohérence initiale du territoire et la fédération préexistante des partenaires soutenue par une démarche d'amélioration continue ;
- groupement de coopération médico-social impliquant un CHU ;

« Ce qui fonctionne le mieux ; en majorité, les MAIA adossées à des hôpitaux, même si la tentation est grande de favoriser les sorties d'hôpital (danger de l'annexe). »

« Un porteur d'une plateforme qui a comme objectif général d'assurer un service d'appui aux professionnels de santé de premier recours, en vue de fluidifier le parcours de santé des personnes en situation de perte d'autonomie et/ou de complexité médicale et/ou médico-sociale dans une perspective de réduction des inégalités d'accès aux soins » et disposant d'un panier de services gradué (liaison, coordination, gestion de cas) »

« 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. »

- association constituée ad hoc impliquant plusieurs acteurs dont un centre hospitalier ;
- conseil départemental / réseau de santé ;
- réseau de santé.

Enfin, la complémentarité des activités du porteur apparaît comme favorable (association qui porte CLIC et MAIA, ou réseau gérontologique et MAIA) toujours sur le principe d'une distinction MAIA et dispositif.

Seul, le portage par les conseils départementaux conduit à des perceptions divergentes de la part des référents MAIA. (À noter que les conseils départementaux en 2014 représentent la part la plus importante de porteurs établie à 27% - source : enquête pilotes).

5 des 17 référents évoquent la légitimité acquise des conseils départementaux et l'évitement des logiques concurrentielles :

« Les CD comme porteurs sont accueillis très positivement et beaucoup d'échanges ont eu lieu entre ARS et CD. »

« Le fil conducteur de l'ARS a été d'œuvrer pour que les CD portent les MAIA du fait de leur légitimité acquise en tant que chef de file de l'action sociale et médico-social et afin d'éviter la concurrence entre acteurs. »

12 référents évoquent des problématiques spécifiques aux conseils départementaux :

L'aspect politique vs l'aspect territoire

« Pas de portage CD afin d'éviter toute politisation du fonctionnement des MAIA. »

Un positionnement acteur vs décideur

« Le portage CD est une erreur du cahier des charges, ce ne sont pas nos meilleurs porteurs – ce n'est pas concluant : les institutions doivent être décideurs et financeurs et non acteurs directs. »

Un porteur qui donne « une teinte au déploiement MAIA ».

Le principe de neutralité intrinsèque à la méthode est davantage perçu comme le fait de positionner MAIA au service du territoire. 3 référents mentionnent que **l'image du porteur** sur le territoire, peut, malgré lui, nuire au déploiement MAIA. Le porteur, de fait, a un ancrage territorial socio-historiquement construit ; en ce sens, les référents notent que le porteur « donne une teinte au déploiement MAIA » ; son secteur d'appartenance définit **sa zone d'influence** :

- Les MAIA portées par des centres hospitaliers ont des facilités dans les relations avec les institutions sanitaires et les professionnels libéraux.
- Les MAIA portées par des conseils départementaux ont des facilités dans les relations avec les services du département, les établissements médico-sociaux, à mobiliser les élus locaux.
- Les porteurs gérant des réseaux ou des CLIC vont s'appuyer sur la coordination préexistante.

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.**

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 portage régional et départemental de l'ARS. De même, l'influence du triumvirat ARS-porteur-pilote est relevée.

2.1.3 Organisation fonctionnelle/hierarchique repérée comme favorable à la mission du pilote

Un équilibre à trouver entre autonomie laissée au pilote et soutien de la mission par le porteur.

En cohérence avec les observations supra sur les caractéristiques des porteurs, les référents n'ont pas repéré d'organisation particulièrement favorable, en dehors d'une présence réelle et à bon escient du porteur mais ils pointent deux éléments essentiels :

- la compréhension par le porteur du rôle de la MAIA et des principes de l'intégration ;
- 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 doit bien comprendre le travail du pilote et les liens qu'il doit avoir avec lui. Des problèmes de posture et de positionnement entre les deux peuvent se révéler néfastes au déploiement. »

« Le pilote salarié du conseil départemental joue la politique départementale, au contraire le conseil départemental dit que le pilote est trop libre. »

5 - Article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles « Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public. »

Un positionnement du porteur à clarifier

8 référents indiquent une insuffisance de précisions dans le cahier des charges sur le rôle du porteur.

« 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. »

« On a remis en scène le porteur. On a travaillé très étroitement avec les pilotes qui sont des interlocuteurs privilégiés en permanence, mais on s'est aperçu que les porteurs ont aussi besoin d'informations ». Il est mentionné le « rôle ingrat du porteur : financement, employeur, mais ne maîtrise pas le dispositif. »

Le positionnement du porteur questionne la nature de la relation du référent MAIA avec le pilote et sa place dans MAIA :

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

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

« Les porteurs ne participent pas à la table stratégique : in-entendable pour les porteurs. »

Sur ce point, **l'organisation de temps d'échanges régionaux ARS ; pilotes ; porteurs apparait comme facteur favorable à l'exercice du pilote :**

« Un temps d'échange régional est organisé avec l'ensemble des pilotes et des porteurs sur un point d'avancée général et la définition d'axes de travail 2016 - Cela permet d'entretenir entre les pilotes, les porteurs et les ARS une même compréhension des enjeux. »

2.2 Les caractéristiques et les conditions d'exercice du pilote MAIA

2.2.1 Le profil du pilote comme facteur de déploiement

Le profil des pilotes est estimé comme déterminant sur le déploiement de la méthode.

Les référents MAIA estiment que **le profil décrit dans le cahier des charges correspond au profil requis pour la fonction du pilote**, avec des critères estimés prioritaires :

Compétences

- Méthodologie de projet (territoire, SI)
- Analyse et compréhension du système local d'acteurs, « compréhension de la dimension politique » « connaissance fine des partenaires et du territoire » « discernement des jeux d'acteurs », « différenciation des niveaux techniques et politiques »

Capacités

- Compréhension de l'intégration
- Capacités relationnelles « très bon en négociation » ; « dynamique et compétence relationnelle » ; « Ne pas être cloisonné, être capable de travailler sur tous les champs »
- Leadership « charismatique »
- Rigueur administrative

Expérience

- Connaissance du public, connaissance en gérontologie
- Expérience dans le champ médico-social

Statut : cadre de santé/médico-social, manager.

Les critères suivants sont estimés comme moins importants :

- Expérience en gérontologie
- Management d'équipe
- Niveau master tourné vers l'organisation et la gestion du système sanitaire et médico-social.

La séniorité du pilote est également un facteur repéré comme favorable, avec **le besoin d'encadrer la rémunération des pilotes et d'élaborer un référentiel de compétences.**

Le recrutement du pilote

Si 14 des 17 référents ARS (ou par délégation aux délégations départementales) valident le choix du pilote, cette validation relève davantage d'une formalité administrative ou d'une intervention en « short-list » alors que le recrutement du pilote est cité comme déterminant sur le déploiement de la méthode. L'ARS La Réunion, dans le cadre de la redéfinition du projet MAIA, a incité à une professionnalisation du recrutement du pilote. En Franche-Comté, l'ARS signale que le recrutement du pilote peut prendre du temps du fait de l'exigence du profil requis par la fonction.

Le recrutement par mobilité interne est repéré comme moins favorable.

Les référents observent que les recrutements par mobilité interne au sein de certains centres hospitaliers ou conseils départementaux s'affranchissent du respect du profil du pilote prévu dans le cahier des charges.

« Profil moins opérant : personne interne qui n'a pas forcément de compétence en ingénierie de projet avec un positionnement pas simple. »

Pour cette raison, *« une procédure de recrutement devrait s'appliquer même en cas de mobilité interne ».*

Des conditions d'exercice du pilote conforme au cahier des charges dans la majorité des cas.

Dans la majorité des cas, les conditions d'exercice et de la mise en place de la fonction de pilote(s) correspondent aux attendus du cahier des charges. **La pertinence du modèle « un seul et même pilote à temps plein par MAIA » est signalée par la majorité des référents.**

5 types d'organisation sont cités à la marge sans qu'elles ne puissent être déterminées comme opérantes du fait de leur faible représentativité :

Une organisation « hiérarchisée » « coordonnée » entre pilotes MAIA

- En région Centre-Val de Loire, sur les territoires disposant de plusieurs MAIA portées par le même porteur, une forme de hiérarchie s'est instaurée entre pilotes.
- En Franche-Comté, du fait de l'organisation régionale, la MAIA dispose d'un pilote régional et 3 copilotes territoriaux à mi-temps. Pour le référent ARS, l'intérêt réside dans la mutualisation des moyens *« ce qui permet à enveloppe constante d'avoir plus de gestionnaires de cas »*; cependant, la réflexion est en cours pour faire évoluer les postes de pilotes à temps plein.
- L'organisation de remplacement entre pilotes pour assurer la continuité des actions (Calvados, Franche-Comté).
- Des groupes de travail animés par des pilotes référents thématiques (Pays de la Loire).

Une organisation distinguant pilote stratégique et pilote tactique

- À la Réunion, la précédente organisation s'appuyait sur un pilote stratégique et trois pilotes tactiques. *« Historiquement, mauvaise interprétation du fonctionnement de la MAIA : un pilote stratégique et 3 pilotes tactiques, ça ne peut pas marcher comme cela : déconnexions opérationnelles et stratégiques. »*
- La constitution d'un binôme pilote « stratégique » et pilote orienté « clinique » en responsabilité des gestionnaires de cas est repérée opérante dans les Hautes-Pyrénées et dans l'Allier.

Une mutualisation d'un pilote pour plusieurs dispositifs

- En Corse, un poste de pilote est mutualisé entre deux MAIA portées par le même porteur.
- Des lieux d'exercice différents entre pilotes et gestionnaires de cas (territorialisation, présence dans les structures sanitaires ou médico-sociale, co-portage) (Hautes-Pyrénées, Calvados, Franche-Comté, Calvados, Marseille)

2.3 Les caractéristiques du territoire facteur favorable ou défavorable du déploiement MAIA

Pour toutes les ARS, les caractéristiques du territoire influencent le déploiement MAIA. Les ARS ont privilégié une approche pragmatique.

12 ARS ont impliqué les conseils départementaux à la définition des territoires MAIA.

Le caractère rural, urbain des territoires n'est pas perçu comme étant un facteur généralisable ayant une influence sur le déploiement de la méthode.

Les caractéristiques sont à prendre en considération notamment lors de l'installation de la concertation, qui semble facilitée par la connaissance et la proximité des acteurs dans les territoires ruraux. En zone dense et urbaine, elle semble plus complexe à organiser du fait d'un nombre d'acteurs importants, de logiques concurrentielles plus fortes, mais cela ne présage pas de l'acceptabilité et de l'adhésion à MAIA dans le temps.

Le territoire initial de MAIA n'est pas nécessairement celui du porteur mais bien celui correspondant à la meilleure stratégie d'implantation et celui offrant l'ensemble du panel de l'offre qui compose le parcours de santé en priorité sur le territoire des acteurs de la filière personnes âgées, filière de soins : centre hospitalier et service de soins et d'aide à domicile (SSIAD et SAD) ; puis filière sociale (CCAS, équipe APA).

L'approche populationnelle n'est pas systématique, dans 3 régions, la définition du territoire prend en compte le nombre de personnes âgées présentes.

En PACA, des scénarios ont été construits avec les conseils départementaux avec des marges de négociation parfois réduites. La ligne directrice a été de partir de territoires de proximité infra départementaux pour construire le processus par extension ; les territoires sont revus dans le cadre de la concertation et ne sont pas figés pour aboutir, à terme, au maillage de l'ensemble de la région.

En Bourgogne, les territoires ont été définis avec les conseils départementaux et adaptés selon les départements : en Saône-et-Loire, l'approche privilégiée d'un découpage est-ouest a évolué vers nord-sud en cohérence avec une réflexion sur les Territoires de santé numérique ; dans la Nièvre, le choix s'est porté sur les Pays.

En Ile-de-France, le territoire MAIA est le territoire d'intervention Personne âgée.

« On essaie de faire converger les dispositifs : Clic/Filières gériatriques/Réseaux de santé sur un territoire unique quitte à ce que le territoire MAIA évolue. »

En Midi-Pyrénées, le choix a été de s'appuyer sur les bassins de santé.

La référence territoriale à la filière de soins gériatrique⁶ 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.

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

« Les territoires sont construits autour des filières de soins gériatriques complètes, qui correspondent exactement aux territoires MAIA, sauf dans le cas de territoires étendus ou en termes de population, une division du territoire est alors intervenue. »

« 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. »

6 - 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.

En Bretagne, « le découpage des MAIA en référence aux territoires de proximité présente l'intérêt de tenir compte des flux de population et des dynamiques territoriales (ils prennent en compte notamment les territoires d'action sociale et les dispositifs de coordination des acteurs sanitaires...) Le territoire est conçu comme un intermédiaire entre le territoire de santé et le territoire de premier recours permet également d'identifier un niveau de proximité nécessaire pour travailler l'intégration avec les partenaires ».⁷

Les conseils départementaux indiquent la nécessité de prise en compte des spécificités infra départementales et des systèmes d'acteurs locaux :

- la présence d'une polarité urbaine/zone rurale pour organiser de manière différenciée le déploiement MAIA sur 2 zones ;
- l'existence d'un contrat local de santé porté par un pôle de santé, organisé en groupement de coopération sanitaire (CH local et professionnels libéraux) pour répondre à des problématiques de santé spécifique sur un territoire qui présente une surmortalité prématurée, un fort taux de suicide PA, une population vieillissante, une faible densité médicale et donc une réelle problématique d'accès aux soins. Le déploiement de MAIA comme action du CLS est pertinent ;
- l'appui sur le territoire d'une plateforme gérontologique.

Les facteurs territoriaux cités comme favorables au déploiement MAIA sont :

- une prédéfinition du territoire avec les conseils départementaux ;
- la présence et la prise en compte du territoire de l'hôpital ;
- l'appui sur le territoire de la filière de soins gériatriques, de la filière gérontologique (qui peut conduire à des implantations interdépartementales) ;
- la logique de bassins de vie⁸ (ce qui peut conduire à des implantations interdépartementales) ;
- la présence d'un réseau de santé gérontologique ;
- la présence de CLIC de niveau 3.

Parmi les facteurs défavorables au déploiement de la MAIA sont cités les critères suivants :

- le déficit en professionnels libéraux de santé « qui rend difficile voire impossible la mobilisation des médecins libéraux » ;
- le déficit en acteurs sociaux ;
- une configuration des territoires MAIA incohérentes avec l'organisation territoriale du département (qui s'oppose parfois au territoire des filières ou à la logique des bassins de vie).

2.3.1 Influence et évolution de la dynamique partenariale sur le déploiement MAIA

Une perception positive de MAIA sur la dynamique partenariale.

Même s'il est, pour les référents, difficile d'évaluer objectivement les effets de MAIA sur le partenariat, globalement, ceux-ci sont estimés comme positifs, 9 estiment que la dynamique partenariale a été améliorée par la méthode.

Dans le cas de dynamique préexistante, le déploiement a pu être facilité, mais ce facteur n'est pas généralisable.

Dans le cas où les dynamiques étaient absentes, MAIA « a contraint le partenariat » dès la procédure d'appel à candidature.

« Si concurrence, l'ARS a renvoyé tout le monde dans ses buts pour s'entendre. »

Néanmoins, l'adhésion est repérée là aussi comme très variable.

« Exemple de territoires sans dynamique particulière, pour diverses raisons, l'intérêt des acteurs pour la MAIA peut être très variable selon les personnes et les dispositifs perçus comme chasses gardées. »

7 - ARS Bretagne, Bilan du développement des MAIA en région Bretagne, Mars 2016, p.5

8 - Le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants (Insee).

La moitié des départements interrogés (porteurs et non porteurs) estime que la dynamique partenariale a été améliorée avec le déploiement MAIA. **Les apports perçus de la méthode sont la clarification des interventions et le soutien à la coopération entre acteurs :**

« MAIA a permis de clarifier l'intervention des différents intervenants vis-à-vis des usagers avec la notion de coordination d'acteurs multiples en zone rurale soutenu par le portage politique départementale. »

« Ce qui paraît intéressant ce n'est pas le fonctionnement des structures dans leur cœur de métier, mais plus dans la manière dont les structures qui n'avaient pas l'habitude de discuter se mettent finalement en coopération. »

Les départementaux constatent que les MAIA donnent **une valeur-ajoutée sur les 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**, respectent la légitimité des différents acteurs, soutiennent une logique de projet territorial (la qualité de la formation est relevée).

« Les deux porteurs avaient déjà un réseau constitué, mais cela n'en a pas été plus facile. Il a fallu que la pilote réussisse à faire sa place ; dès lors que les acteurs ont constaté l'utilité de la MAIA, ils l'ont intégré à leur logique de travail. »

Une intervention du pilote trop axée sur les « processus » et les « outils » MAIA est considérée comme un frein à la dynamique partenariale.

Dans tous les cas, les dynamiques partenariales ne peuvent expliquer à elles seules le déploiement de MAIA.

Des facteurs multiples vont plus ou moins infléchir les dynamiques en place et l'acceptabilité de la méthode par les acteurs : ancrage du porteur ; légitimité du pilote ; portage institutionnel ; logique concurrentielle :

« Exemple d'un réseau de santé qui perçoit MAIA comme concurrent. »

« Les partenaires attendaient une dynamique mais les caractéristiques du porteur et du pilote ont plutôt créé une concurrence entre acteurs. »

« Beaucoup de dispositifs, CLIC, territoire de santé numérique, Maison de santé pluridisciplinaire et peu d'adhésion, chacun garde sa place. »

« Le déploiement difficile quand un partenaire n'a pas été retenu pour être porteur MAIA. Le pilote dans ce cas doit être soutenu par l'ARS, dans un rôle de diplomatie et d'arbitrage, et par le porteur. »

2.4 Éléments de synthèse : Les conditions de déploiement MAIA et les facteurs d'influence perçus- Facteurs favorables et défavorables

Le porteur MAIA

Facteurs favorables

- Une appropriation de la dimension d'intégration
- La neutralité
- La coopération formalisée en amont
- Une implication de plusieurs acteurs (association ad hoc, convention, groupement), dont un acteur sanitaire
- Un porteur engagé dans son rôle de gouvernance et soutien à la mission du pilote
- Une reconnaissance, légitimité par les acteurs locaux

Facteurs défavorables

- Le positionnement du porteur insuffisamment précisé dans le cahier des charges national : participation à la concertation stratégique (équilibre entre la position RH, relations conventionnelles avec l'ARS et acteurs du territoire)
- La perception de MAIA comme dispositif
- La confusion portage MAIA vs service du porteur
- L'absence de transparence dans le fléchage des financements

Le pilote MAIA

Facteurs favorables

- Un pilote à temps plein par dispositif
- Une compétence en méthodologie de projet
- Une compréhension et une adaptation au système d'action local
- L'autonomie laissée au pilote (gestion de projet)
- Une organisation mutualisée/collective entre pilotes
- Un rôle d'animation et de soutien des pilotes par le référent MAIA de l'ARS
- Une légitimité d'action : lettre de mission, feuille de route

Facteurs défavorables

- Un recrutement par mobilité interne
- Le statut non cadre
- Un pilote stratégique / tactique (divergence de vue)
- Une intervention du pilote trop axée sur les processus et les outils MAIA moins que sur la dynamique de projet territorial

Le territoire MAIA

Facteurs favorables

- Une prédéfinition du territoire avec les conseils départementaux
- La présence et la prise en compte du territoire de l'hôpital
- L'appui sur le territoire de la filière de soins gériatriques, de la filière gérontologique
- La logique de bassins de vie (ce qui peut conduire à des implantations interdépartementales)

Facteurs défavorables

- Le déficit en professionnels libéraux de santé
- Une configuration des territoires MAIA incohérente avec l'organisation territoriale du département

3 Les mécanismes MAIA

3.1 La concertation : fonctionnement et effets perçus

Extrait du cahier des charges national des dispositifs d'intégration 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". La table stratégique assure le suivi de l'avancement du processus d'intégration : montée en charge globale du dispositif, changement des pratiques professionnelles. »

3.1.1 Le fonctionnement de l'instance de concertation stratégique

Un mouvement de départementalisation des instances de concertation stratégique estimé comme favorable.

Les référents MAIA et les représentants des conseils départementaux estiment majoritairement comme favorable la mise en place d'une concertation stratégique départementale alimentée par le ou les pilotes et par un travail d'ordre du jour en amont entre ARS et conseils départementaux.

L'augmentation du nombre de MAIA conduit à une démultiplication des instances avec l'exigence de présence des mêmes acteurs, ce qui, de fait, participe à leur démobilisation avec un risque d'un niveau de représentation et de décision affaibli, les délégations se faisant auprès de professionnels qui n'avaient pas de pouvoir de décision.

« Au fur et à mesure le niveau de compétences et de décision diminuait car le directeur ne va pas se mobiliser x fois donc on aboutissait à une mobilisation plus faible et un niveau de décision plus faible. »

La départementalisation de la concertation stratégique relève d'un choix pragmatique dans l'objectif de cohérence et d'harmonisation des pratiques et des programmes d'action.

« Le parcours des PA ressort dans la plupart des programmes territoriaux de santé des départements. Donc, on avait besoin à travers la table stratégique de faire un travail d'harmonisation des pratiques au niveau départemental. »

Dans certains cas, en particulier quand des MAIA sont portées par des CCAS, le pilote organise en parallèle de la concertation départementale, une concertation locale afin d'impliquer les élus locaux.

Certains référents MAIA notent toutefois des limites à la départementalisation :

- de manière pratique, un ordre du jour trop chargé par rapport au rythme et aux durées des réunions ;
- les enjeux MAIA et les enjeux de la politique générale du département sur la même réunion sont difficilement compatibles.

Seule, la Franche-Comté fonctionne avec une instance de concertation stratégique régionale, avec une réflexion en cours sur l'efficacité du modèle et une orientation vers une départementalisation.

Le rapprochement de la concertation stratégique MAIA avec la conférence des financeurs recueille des points de vue divergents.

L'objectif de rapprochement d'autres instances de gouvernance s'impose aux ARS comme aux départements ; toutefois les approches peuvent être différentes d'un territoire à un autre.

La question de la gouvernance MAIA et son articulation avec la conférence des financeurs présidée par le conseil départemental est envisagée de manière divergente par les référents qui se prononcent sur la question :

- Pour 3 référents, la conférence des financeurs pour des raisons d'efficacité et de pragmatisme doit intégrer l'instance de concertation stratégique MAIA à la condition qu'une circulaire précise cette « fusion ».
- Pour d'autres référents, cette configuration, en raison d'une présidence par les conseils départementaux, ferait perdre le pilotage de MAIA par l'ARS.

« Les enjeux MAIA et les enjeux de la politique générale du département sur la même réunion sont difficilement compatibles. »

« MAIA petite main de la conférence des financeurs. ».

Les départements perçoivent l'intérêt d'un lien entre la conférence des financeurs et l'instance de concertation stratégique MAIA :

- en termes d'efficacité et de mobilisation des acteurs ;
- en termes d'apports diagnostics MAIA, expertise du pilote sur la connaissance du territoire.

Sur les modalités opérationnelles, les conseils départementaux prennent deux positionnements :

1/ Opérer un lien et bénéficier de l'apport de MAIA en termes de diagnostic en distinguant les deux instances, en raison de leurs objectifs respectifs prévention et intégration.

« Le CD est dans une logique d'intégration mais tient à garder les spécificités des différentes instances, la conférence des financeurs reste attachée à la prévention et implique les caisses de retraite. »

« L'ICS a lieu le même jour que la conférence des financeurs mais elle reste distincte. Sur la question de l'ingénierie et le diagnostic, la MAIA a toute sa place. »

« Dans le cadre de la conférence des financeurs, s'appuyer sur les éléments donnés par les MAIA. »

« La loi ASV donne une nouvelle compétence sur le champ de la prévention, la conférence des financeurs sera mise en place dans ce sens. En revanche, pour répondre aux besoins de la conférence des financeurs : les outils de diagnostic MAIA et PAERPA vont être utilisés et complétés par les diagnostics des caisses de retraite. »

« La mise en place de la conférence des financeurs va permettre l'identification et articulation des financeurs sur la prévention ; ce travail pourra être élargi à d'autres thèmes. Dans la conférence des financeurs les pilotes seront associés en tant qu'expert. »

Certains évoquent la possibilité d'une mutualisation dans un second temps :

« La conférence des financeurs est dissociée de la table stratégique MAIA, avec la fin de la préfiguration, les choses peuvent évoluer. »

2/ Fusionner les instances (avis minoritaires à ce stade)

« Le CD pense à un lien très étroit : une fusion de la table stratégique et de la conférence des financeurs. »

« Dans le cadre de la conférence des financeurs, il faut réfléchir à une gouvernance partagée PTA / MAIA / filière. »

3.1.2 Les effets de la concertation stratégique sur les attendus de MAIA - coresponsabilité des acteurs sur l'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées

Une concertation stratégique majoritairement perçue comme peu aboutie et qui n'est pas l'espace au sein duquel se prennent les décisions relatives à l'offre.

L'instance de concertation stratégique est qualifiée majoritairement comme un espace de suivi des travaux du territoire, de réflexion. Les décisions concernent le plus souvent les processus MAIA et les thématiques à traiter.

« Les décisions ne se prennent pas en concertation mais entre ARS et CD. »

« 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 relais). »

La Bretagne constate à travers son Bilan du développement des MAIA l'absence de décisions stratégiques :

« 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). »⁹

9 - ARS Bretagne, Bilan du développement des MAIA en région Bretagne, op. Cité, p.12.

Les conseils départementaux partagent les constats des référents MAIA : la concertation stratégique, telle qu'elle fonctionne, ne permet pas, à ce stade, de définir une ligne politique à moyen terme sur les territoires.

Les conseils départementaux constatent que la concertation stratégique ne permet pas d'agir sur l'organisation de l'offre. Elle est considérée comme un espace d'information et de pilotage du déploiement (pédagogie sur l'intégration, outils, orientation du travail du pilote).

« À ce jour, la concertation stratégique MAIA est orientée sur les pratiques professionnelles, production d'outils communs et ne résout pas la tension de l'offre. »

« Table d'information plus que de décision : ça n'a pas permis de développer une offre sur le territoire. »

« C'est plus une instance de pilotage de la MAIA, on oriente et on regarde si le pilote a bien identifié les ruptures. »

Une difficulté à concilier représentativité des acteurs, légitimité et prises de décision.

Des compositions trop larges et des ordres du jour inadaptés sont considérés comme des freins au mandat de la concertation stratégique.

« Que peut-on décider à 42 ? »

« Les ICS sont embolisées par ce qui est rapporté par les gestionnaires de cas et traite davantage de la gestion de cas plutôt que de l'organisation et du collectif, elle n'assure pas de suivi du niveau d'intégration.. »

Pour les conseils départementaux, la problématique de la disponibilité des interlocuteurs et de manière subséquente, une difficulté liée à la présence de représentants décisionnaires.

« La DD ARS ne se positionne pas assez facilement, une inertie importante liée à la structure hiérarchique de l'ARS qui freine le travail ; d'autres acteurs (ex. les caisses) n'ont pas de consignes de la part de leur hiérarchie. »

« On a beaucoup de difficultés à faire venir les ordres, la CARSAT, la CPAM. »

« Quelle légitimité d'un travailleur social pour prendre des décisions ? »

« Pour la composition des ICT, l'ARS a souhaité qu'il y ait une représentation optimale, point positif pour la transversalité mais ne permet pas l'efficacité des tables vu le nombre de participants (78 personnes). »

Il existe peu de leviers repérés par les ARS sur l'assurance de l'engagement des membres et l'application des décisions prises.

Cette absence de levier pour les référents est un frein à l'intégration alors même qu'un facteur de réussite de l'intégration cité est l'implication des institutions et la concrétisation de leur participation dans les ajustements internes à opérer.

« L'ARS n'a pas d'arguments juridiques à opposer aux acteurs concernant la participation aux concertations. »

« MAIA n'a pas suffisamment de levier avec des dispositifs sur lesquels on n'a pas forcément la main : la concertation stratégique décide mais il n'y a pas d'impact concret. »

« Les acteurs ne donnent pas d'instruction à leur service – l'intention est là mais la réalisation ne se fait pas. »

« Difficile de changer et d'agir sur les dysfonctionnements : on reste à l'état de groupe de travail mais qui ne sont pas suivies de fait par les conseils départementaux. »

Les référents MAIA comme les conseils départementaux notent une insuffisance de prise en compte des cadres de chaque institution dans leur processus décisionnel respectif et leur temporalité.

La fonction d'ajustement de l'offre assignée au mécanisme de concertation va dépendre de processus politiques et décisionnels propres à chacun des acteurs représentés. La concertation permet de soulever des réflexions et de réaliser des constats sur les besoins mais les décisions sont prises ailleurs.

« 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 double plus les évaluations GIR peut être mis sur la table et argumenté par le pilote, mais la décision revient au conseil départemental. »

« 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 objectif de places en SSIAD. »

« La simple concertation stratégique ne suffit pas pour changer l'offre, la prise de décision ne se fait pas (exemple : changement de pratiques APA ou fonctionnement des CLIC dépend du conseil départemental). »

En ce sens, la connaissance des processus décisionnels de chaque institution est pointée comme un élément essentiel de l'intégration.

« L'enjeu pour l'ARS est de relier ce qui se passe en table à son processus de décision interne, notamment en matière d'allocation et de planification de ressources afin que la plupart des problématiques remontées en table puissent donner lieu à une prise de décision effective. »

Les conseils départementaux pointent également la nécessaire prise en compte de leurs propres processus de décisions.

« L'instance de décision est l'assemblée départementale, il n'est donc pas pensable de pouvoir décider un changement d'organisation de l'offre en dehors de cette instance. »

Certains départements pointent l'importance de la définition d'un projet partagé pour faciliter les prises de position des différents acteurs. Pour qu'il y ait une solidarité dans les décisions, que chacun les assume et qu'elles soient suivies d'effet, il faudrait définir, en instance de concertation stratégique, une ligne stratégique à 3 ans et organiser un suivi et une évaluation chaque année :

« Stratégique – Tactique – Clinique : c'est très puissant ! Le stratégique, il faut l'alimenter. (...) une ligne stratégique définie sur 3 ans et une réunion annuelle pour remettre du cadre. »

Du point de vue des référents MAIA, lorsque la concertation est installée et fonctionne sur des éléments de diagnostics précis (cf. 1.2.3), l'ajustement du continuum d'aides et de soins devient possible :

- 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, en lien avec les juges des tutelles pour des mesures de protection plus rapides, construit en partenariat ARS, conseils départementaux, Centre hospitalier ;
- en Normandie, à l'appui de la commission de concertation clinique mise en place, mobilisation du secteur de la psychiatrie de manière appropriée en ciblant mieux les consultations psychiatriques.

Les effets positifs de la concertation à ce stade : interconnaissance des acteurs et un meilleur positionnement des dispositifs

Si le niveau de maturité n'est pas encore atteint, les référents admettent que la concertation permet de cheminer vers le besoin d'une réponse collective et organisée.

« La concertation a permis une prise de conscience collective que la complexité du système est ingérable par les personnes à domicile mais une réponse collective est encore difficile à mettre en place. »

Un effet positif constaté sur les relations ville-hôpital

4 départements estiment que la concertation a un effet positif sur les personnes âgées à domicile, en créant le décloisonnement nécessaire au parcours de la personne en particulier sur les liens ville-hôpital.

« Ce que l'on peut mesurer c'est une prise de conscience de l'hôpital de la nécessité d'une organisation en interne préalable au parcours de la personne, c'est-à-dire la filière gériatrique en intra-hospitalier. »

Les référents MAIA et les représentants des conseils départementaux interrogés identifient des pistes pour aboutir aux objectifs de la concertation stratégique :

- resserrer la composition de la concertation stratégique autour des financeurs pour agir sur l'organisation, les activités ou les leviers financiers, ce qui pose en creux la question du lien avec la conférence des financeurs ;
- différencier la contractualisation autour d'un projet et le financement d'un dispositif ;
- lever les ambiguïtés entre instance de concertation stratégique et instance décisionnelle en organisant le circuit suivant : remontées des difficultés ou ruptures aux instances de concertation stratégique qui en réfèrent aux instances décisionnelles ARS/conseils départementaux ;
- orienter les ordres du jour au regard des orientations politiques (sous-entendu par une plus grande implication de l'ARS et du conseil départemental à la préparation des instances de concertation stratégique) ;
- disposer d'éléments de connaissance précis : état des lieux de la dynamique réelle des territoires ;
- missionner les pilotes sur un ou deux sujets précis sur lesquels apparaît un besoin (exemple : diagnostic sur l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, réflexion sur la problématique des soins infirmiers) afin que chaque institution puisse se déterminer compte tenu de son périmètre d'action ;
- rendre opérationnel l'échelon local et faire davantage le lien entre les instances de concertation et le terrain en positionnant des responsables locaux du conseil départemental et des responsables de direction du siège dans les instances de concertation tactique et instances de concertation stratégique ;
- s'assurer de la présence du champ médical et sanitaire : centres hospitaliers avec un représentant médical de la filière de soins (L'ARS Guadeloupe a organisé par exemple la présence d'un gériatre, détaché du CHU, en tant qu'expert associé à la concertation stratégique), les URPS et le Conseil de l'ordre des médecins ;
- faire le lien avec les associations représentatives des personnes pour faciliter la communication.

3.1.3 Mobilisation des professionnels de santé libéraux

Une mobilisation difficile

12 référents estiment la mobilisation des professionnels de santé libéraux difficiles. Cette observation est renforcée par les problèmes de démographie médicale, de disponibilité et l'absence de rémunération du temps dédié. Elle s'exerce essentiellement par la présence des syndicats professionnels ou des ordres aux instances de concertation.

La réussite de la mobilisation des professionnels de santé libéraux résulte soit de relations antérieures ou soit d'une politique organisée :

« Une implication historique par une mobilisation importante des différentes URPS. »

« La mobilisation des médecins libéraux s'est faite car ils sont proches du porteur. »

« Dans le cadre du Territoire de Santé Numérique, 6 personnes sont allées expliquer aux médecins traitants ce dont il s'agit, avec une approche pédagogique au plus près. »

En Alsace, un travail a été conduit entre ARS et URPS sur la formation d'informateurs de médecins libéraux. Les médecins sont rémunérés pour leur présence en concertation tactique en dehors du budget MAIA.

Le lien avec la médecine de ville est favorisé par la mise à disposition d'un temps de médecin par MAIA. Ce temps médical peut être envisagé en externe en appui sur des réseaux de santé et filière gériatrique avec la question sous-jacente de cette organisation.

« Comment les réseaux de santé ou les filières gériatriques peuvent-ils faire le lien avec la MAIA sachant que ce sont eux qui sont sensés travailler avec les professionnels libéraux ? Quel temps dédié à l'articulation médicale, quel financement ? Quelle disponibilité ? »

La gestion de cas est repérée comme le mécanisme d'implication des professionnels libéraux le plus opérant.

La gestion de cas est citée comme le mécanisme de mobilisation le plus opérant car il représente une plus-value directe pour les patients.

« Honnêtement les médecins libéraux ne voient pas ce que ça peut leur apporter sauf la gestion de cas. »

« L'entrée gestion de cas paraît la plus appropriée. »

Un levier : la coordination territoriale d'appui (PAERPA) ou la Plateforme territoriale d'appui.

Pour tous les référents, **la mobilisation des professionnels libéraux, pour être opérante, doit s'envisager sous l'angle du service rendu** et à la condition qu'ils y trouvent un « retour sur investissement ».

« Les médecins veulent du concret : document très simple, qui appelle. »

« Un numéro unique : analyse de la demande, coordination : les cas complexes demandent de la réactivité. »

« La mise en œuvre des dispositifs de soutien et d'appui aux professionnels libéraux (CTA ; PTA) représente un levier de l'intégration : expertise et information sur les ressources, la CTA est très appréciée pour appuyer un médecin traitant, car il y a besoin de recours de pair à pair et le médecin traitant est repositionné dans le parcours et le repérage des fragilités. »

« PTA représente l'intérêt de résoudre des problèmes pour les médecins. »

3.2 Le guichet intégré : opérationnalisation et effets perçus

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. »

3.2.1 La stratégie de mise en place du guichet intégré et le niveau de conformité perçue

Si les processus relatifs à la mise en place du guichet intégré sont globalement estimés comme conformes au cahier des charges, aucun référent n'indique une effectivité du guichet intégré à ce stade du déploiement des MAIA.

13 des 17 référents MAIA observent globalement un travail sur la mise en place du guichet intégré par le pilote et à travers l'instance de concertation tactique. 4 indiquent que le guichet intégré n'a pas encore de réalité ou qu'il n'existe pas.

Les référents n'établissent pas de lien direct entre la conformité au cahier des charges et l'efficacité du guichet intégré.

De fait, le guichet intégré reste insuffisamment soutenu par une logique de projet collectif de territoire.

Deux étapes préalables à la mise en place du guichet intégré sont identifiées :

- le diagnostic précis sur le continuum des services et de soin « *qui fait quoi sur les situations complexes en tenant compte de l'ensemble* » ;
- la définition d'objectifs en concertation « *d'abord, se mettre d'accord sur ce que l'on veut faire.* »

L'appui sur les besoins des professionnels et de la population est une stratégie qui est estimée en ce sens comme pertinente.

« *Certains pilotes réalisent un super boulot en partant d'une réflexion par besoin.* »

Une appropriation et une mobilisation des acteurs autour de la notion de guichet intégré qui exigent du temps et qui demeurent un enjeu.

Le guichet intégré reste encore une notion peu appropriée par les acteurs et participe de leur démobilisation ou de leur prudence quant à une modification des pratiques.

« *La constitution du GI constitue le travail le plus complexe, il se met en place avec les acteurs qui participent régulièrement aux tables tactiques, la notion de guichet intégré commence à être comprise.* »

« *Derrière guichet intégré chacun met des choses différentes.* »

« *Chacun peut revendiquer être un guichet unique.* »

« *La majorité des tables tactiques présente un turn-over considérable des structures et des personnes qui la composent qui de fait pénalise la mise en place du GI.* »

« *Tous les intervenants ne sont pas mobilisés ; La collaboration n'est pas complète et on ne peut considérer les GI comme aboutis.* »

Il n'est pas établi de lien évident entre la mise en place du guichet intégré et l'ancienneté de la MAIA.

« *À ancienneté équivalente, le niveau d'avancement des MAIA est hétérogène.* »

À ce titre, l'influence du couple porteur/pilote sur le réseau d'acteurs est un élément pointé comme déterminant pour le déploiement du guichet intégré.

3.2.2 Effets perçus - Niveau d'adhésion des acteurs du territoire au guichet intégré

L'interconnaissance entre acteurs est le principal effet relevé par les référents.

À ce stade de l'implantation, 10 référents ne sont pas en mesure de constater des effets produits par le guichet intégré.

7 relèvent comme principal effet de la méthode sur le territoire, **l'amélioration de la connaissance entre acteurs**, et en conséquence une meilleure lisibilité de l'offre pour chacun.

La construction de la dynamique partenariale est repérée comme étape préalable à l'adhésion au guichet intégré.

« *La MAIA est vraiment un plus pour la dynamique partenariale par l'interconnaissance des acteurs, mais nous ne sommes pas encore à l'étape suivante de l'amélioration des pratiques même s'il y a des prémisses.* »

« *Ce n'est pas formalisé mais dans certaines zones, on travaille mieux ensemble avec de meilleures orientations et une fluidité des parcours.* »

« *Construire un GI - l'intégration demande du temps et plusieurs étapes : coordination, travail en réseau jusqu'à la concertation tactique. Les gens commencent à se parler et changer de pratiques, de fait, les pilotes n'ont pas encore abouti aux finalités du guichet intégré et sont au stade de la connaissance entre acteurs, la définition des outils et, pour certains, la formation des accueillants.* »

En revanche, l'adhésion à des pratiques collectives n'est pas visible par les référents, ou reste émergente.

Les conseils départementaux estiment que la mise en place du guichet intégré, en particulier à travers les tables tactiques permet d'améliorer la lisibilité de l'offre pour les acteurs.

Dans le cas d'une mise en place plus aboutie, le principal effet constaté est **une amélioration des relations ville-hôpital, sans pour autant pouvoir l'objectiver**.

Un certain décloisonnement commence à s'observer entre les soins de ville et l'hôpital même si la participation des libéraux est encore perçue comme difficile. La tarification à l'activité est de nature à « forcer » les hôpitaux à travailler davantage avec les structures intervenant en aval.

Pour un département, le guichet intégré offre au niveau institutionnel un nouvel espace de discussion pour une vision partagée entre les collaborateurs de terrain et la direction.

Les systèmes d'information sont au cœur du sujet.

La problématique des systèmes d'information est relevée être au cœur du sujet et la temporalité du SI est repérée comme un frein dans le déploiement du guichet intégré.

Selon les référents, la mise en œuvre du guichet intégré s'appuie sur deux logiques :

- le parcours des personnes âgées ;
- le continuum de service d'aide et de soins.

Aussi, 2 fonctions et leur niveau d'interdépendance sont à considérer :

- l'analyse de la situation de la personne âgée avec comme support le formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation (FAMO) ;
- l'information et l'orientation à l'appui du référentiel des missions et de l'annuaire des ressources.

La formation est citée comme un facteur de réussite de l'utilisation du formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation (FAMO) avec cependant des points de réserve sur une utilisation systématisée et élargie, avec une proposition d'introduire le FAMO auprès des professionnels en premier lieu concernés par la mission d'information et d'orientation et en la réservant aux personnes âgées en situation de fragilité.

Les référents notent tous un besoin de cohérence et d'efficience :

- normes ASIP (Agence des systèmes d'information partagés de santé) pour définir les répertoires des ressources (ROR, Via trajectoire) ;
- interopérabilité des SI ;
- implémentation des travaux de MAIA dans des systèmes d'information plus larges (intégrer d'emblée MAIA dans les projets territoires de santé numérique, en lien avec les SI existants ou programme parcours au sein de l'ARS).

Les référents MAIA se saisissent de cette question. Certains impulsent des projets. D'autres les mettent en lien.

En Aquitaine, impulsé par l'ARS, le SI s'est appuyé sur la Plateforme Aquitaine d'Aide à la communication santé (PAACO).

En Bourgogne-Franche-Comté, une réflexion est en cours sur l'utilisation d'un logiciel e-santé.

En Midi-Pyrénées, l'ARS provisionne chaque MAIA depuis 2011 pour construire le système d'information en lien avec le Groupement de coopération sanitaire Télésanté Midi-Pyrénées avec l'objectif de développer un socle technologique à la fois métier et parcours commun aux réseaux de santé, PAERPA, MAIA avec à terme le projet d'intégration dans la plateforme de télémédecine.

L'ARS La Réunion mène une réflexion dans le cadre des territoires de santé numérique.

En Ile-de-France, le projet territoire de santé numérique Terris@nté (métropole parisienne), projet médical, « au service de l'ensemble de la population propose des solutions spécifiques pour les populations prioritaires identifiées dont les personnes âgées en perte d'autonomie » est basé sur la logique d'intégration.

Le GCS SIMPA (Système d'information médical partagé en Auvergne), portail e-santé d'Auvergne va se rapprocher de celui de Lyon, le GCS SISRA (Système d'Information (SI) régional de santé).

Guichet unique - Guichet intégré : deux entrées perçues comme complémentaires par les ARS et les conseils départementaux, insuffisantes séparément.

En cela, guichet intégré et guichet unique ne s'opposent pas mais sont complémentaires et aucun n'apparaît suffisant séparément.

« Les professionnels libéraux privilégient le numéro unique sur le territoire. »

« Le guichet unique, c'est bien – le guichet intégré est un plus car il remet en cause les pratiques professionnelles sur un territoire : l'intégration est un travail de fond – le guichet unique amenuiserait le travail d'intégration. »

« On a besoin aussi d'avoir un système de numéro unique pour les personnes ; le guichet intégré ne suffit pas. »

« L'idée de guichet unique est plus attrayante mais illusoire sauf si on décide que c'est le CD. »

Le département de l'Yonne a basé 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 renvoient vers MAIA, elles sont présentes en concertation tactique comme vecteur de relais de la politique départementale autonomie.

Le département a mis en place un numéro unique pour que les personnes âgées aient accès à une information cohérente et harmonisée. Le guichet unique est géré en étroite relation avec la MAIA portée par le Conseil départemental : c'est une information de 1^{er} niveau avec un renvoi vers des partenaires. Il permet d'identifier les problèmes à l'appui d'une base de données qui sécurise la réponse, avec l'objectif de travailler sur la qualité de la réponse. En 2015, 4800 appels ont été enregistrés : 3274 : usagers / 1500 partenaires.

Le Conseil départemental conduit avec l'ARS un travail sur Via trajectoire en cours de déploiement, en lien avec l'Union régionale des professions de santé.

Dans les Alpes-Maritimes, un guichet unique s'adresse aux seniors, aux personnes âgées, aux familles et aux professionnels impliqués dans les questions relatives au vieillissement.

Allo Senior est un guichet unique très large, qui permet de faciliter et simplifier les démarches des personnes et de leurs familles concernant les sujets relatifs à la dépendance et l'autonomie.

Le guichet intégré est complémentaire. Les médecins à la tête des centres de prévention médicale, structures relais à l'interface des Maisons des solidarités départementales, le CCAS, le sanitaire et le secteur libéral sont impliqués dans le guichet intégré.

L'enjeu est de pouvoir assez simplement aller vers le bon interlocuteur en fonction des différents membres en partageant des outils.

En Ariège, les résultats produits via l'objectif du guichet intégré sont des outils (annuaire). Un travail en lien avec l'ARS porte sur un SI partagé autour du dossier médico-social, la brique de base est apportée par l'ARS (logiciel MAIA MP) avec l'idée d'une extension aux équipes APA, services et hôpitaux du territoire en liens avec le DMP. (Le réseau de santé Echo Santé porteur de la MAIA du Couserans est pionnier sur ces questions). En parallèle, le département mène une réflexion sur la mise en place d'un numéro et un espace web unique au bénéfice des usagers.

À travers les entretiens, l'efficacité du guichet intégré pourrait s'appuyer sur :

- un guichet unique destiné aux professionnels (coordination territoriale d'appui et plateforme territoriale d'appui : l'idée serait de penser à un numéro unique dédié à l'expertise et l'information sur les ressources) ;
- un guichet unique destiné à un premier niveau d'information auprès du public et des partenaires (mission des CLIC) ;
- l'implication des acteurs dans le guichet intégré via des pratiques et des supports partagés (analyse des besoins – orientation) à condition d'une mise en œuvre soutenue de la concertation stratégique et les systèmes d'information ;
- un référentiel des acteurs de la coordination produits par le niveau national ;
- la mutualisation des moyens entre MAIA et PAERPA (annuaire et ROR) ;
- l'interopérabilité des systèmes d'information (DMP, répertoire des ressources commun ARS-conseils départementaux).

3.3 La mise en œuvre de la gestion de cas

Extrait du cahier des charges national des dispositifs MAIA

« Le gestionnaire de cas est positionné sur le suivi du parcours de vie et de soins de la personne, il s'implique dans le soutien et l'accompagnement des personnes et de leurs aidants et développe un partenariat avec les professionnels des champs sanitaire, médicosocial et social concernés. Ce suivi intensif ne permet pas que la file active du gestionnaire de cas puisse dépasser une quarantaine de situations complexes.

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.

Elle est légitimée par les concertations tactique et stratégique comme appui au processus d'intégration. Les gestionnaires de cas mobilisent les ressources pour une prise en charge globale des personnes mais ne se substituent pas aux professionnels en charge de la situation. »

3.3.1 Le déploiement du mécanisme de gestion de cas

Une mise en place progressive de la gestion de cas, l'installation préalable de la concertation est repérée comme favorable à la mise en place de la gestion de cas.

La majorité des référents considèrent que la gestion de cas ne peut se mettre en place indépendamment des autres mécanismes.

Si le cahier des charges national MAIA précise qu' « il est nécessaire d'avoir construit le partenariat, mis en place la concertation à ces deux niveaux et lancé les bases du guichet intégré pour amorcer la gestion de cas, l'intégration ne se résumant pas à la seule gestion de cas », deux visions sont proposées sur la temporalité du déploiement de la gestion de cas.

Pour 13 des 17 référents, l'installation de la gestion des cas intervient en aval de la concertation et du diagnostic.

Ce processus évite les positionnements concurrentiels et facilite l'acceptation des gestionnaires de cas sur le territoire et le risque d'associer MAIA à la seule gestion de cas.

« Il est nécessaire d'avoir construit le partenariat, mis en place la concertation à ces deux niveaux et lancé les bases du guichet intégré pour amorcer la gestion de cas, l'intégration ne se résumant pas à la seule gestion de cas. »

« Il est préjudiciable que la gestion de cas commence précocement sans soutien du niveau stratégique. »

« Ça a plus de mal à prendre au niveau territorial : mais ça aurait dû partir du terrain via le niveau stratégique. »

« Ça arrange tout le monde MAIA = Gestion de cas. »

Le travail de diagnostic en termes de lisibilité « *qui prend en charge les situations complexes* » est pointé comme nécessaire. 5 référents citent le besoin d'un meilleur apport du pilote sur ce point précis, **la gestion de cas pouvant être positionnée favorablement comme « support aux services déjà concernés par les situations complexes ».**

Conformément au cahier des charges, **la définition d'une procédure d'orientation en gestion de cas au préalable soutenue par des échanges sur des situations** pour lesquelles les acteurs connaissent des difficultés est citée comme élément favorable à la reconnaissance de la gestion de cas et des gestionnaires de cas.

« *Les réunions réseaux de santé / MAIA ont permis de travailler une procédure d'orientation et de savoir comment s'articuler entre eux.* »

Ce travail sur les parcours est souvent mentionné comme objet de groupe de travail en table tactique. La région Aquitaine en a fait un projet à part entière nommé Labellisation des parcours de santé des personnes âgées qui s'inscrit dans une dynamique d'intégration.

La montée en charge progressive en gestion de cas est ainsi repérée comme un facteur favorable à sa reconnaissance à la condition d'avoir deux gestionnaires de cas d'emblée « *car les situations sont très compliquées et les gestionnaires de cas bien seuls* ».

L'exercice des gestionnaires de cas dans des établissements du territoire est repéré par 3 référents comme facteur de légitimité « *en raison notamment du fait qu'ils sont présents fonctionnellement dans différents organismes (ex : maison de l'autonomie) tout en restant employé par leur porteur (maillage territorial)* ».

Des actions de rapprochement conduites par les ARS : formations thématiques ouvertes aux professionnels des réseaux de santé, des équipes médico-sociales APA (ex. Midi-Pyrénées), travail commun sur les critères d'inclusion (ex. Franche-Comté) sont signalées comme favorables avec comme effet une meilleure compréhension du rôle et des interventions de chacun.

À l'inverse, 4 référents observent que la gestion de cas pourrait être le premier mécanisme à mettre en place, une fois que le pilote a informé les acteurs de l'installation de la MAIA ; la gestion de cas constituant le moyen d'action directement opérationnel permettant « **d'appâter** » les acteurs de terrain et faciliter leur implication sur les autres mécanismes, ceci est très fréquemment cité pour les médecins traitants.

Un seul référent évoque la gestion de cas comme un service à part entière qui « *devrait s'organiser au sein des équipes médico-sociales.* »

3.3.2 L'utilisation des outils et processus en gestion de cas et effets perçus

La compréhension des critères d'inclusion en gestion de cas restent un enjeu malgré une définition nationale.

Les référents MAIA et les représentants des conseils départementaux considèrent que la compréhension des critères d'inclusion définissant les situations complexes figurant dans le PMND¹⁰ par les partenaires est un enjeu fort qui **freine la bonne utilisation de ce service**. Ils évoquent un impact sur la file active et une période de montée en charge liée à cette condition.

« *La 1^{re} MAIA a eu du mal à atteindre les 40 personnes.* »

« *Au départ, les files actives des GC étaient très faibles, les critères d'inclusion étaient mal appréhendés par les établissements. Les acteurs commencent aujourd'hui à bien comprendre ce que fait la MAIA ; la file active est donc plus importante.* »

« *Après le temps de la mise en route, et quelques chevauchements, petit à petit chaque professionnel a pris ses marques, et les partenaires sont bien au clair sur les critères d'inclusion dans tel ou tel service.* »

10 - Circulaire du 7 septembre 2015 – Annexe 7 relative à la mise en œuvre du plan maladies neurodégénératives 2014-2019.

« Les pilotes font remonter que les GC ne doivent pas avoir que les situations de limite de maintien à domicile, ce qui met en évidence que la gestion de cas est appelée trop tard. »

À l'inverse, certains constatent une augmentation du nombre de personnes suivies.

« Dans les anciennes MAIA, les gestionnaires de cas sont en situation de saturation. »

La baisse du nombre des réorientations, comme indiqué en Ile-de-France, peut témoigner d'une bonne compréhension du mécanisme et du respect des critères d'inclusion.

9 référents estiment, dans une vision inclusive, que **des possibilités de souplesse dans les critères d'inclusion peuvent être laissées, notamment au regard de l'âge.**

« Beaucoup de services prennent en charge des situations complexes mais certaines ne sont prises en charge nulle part : on suit les critères, mais à partir du moment où il y a une situation qui n'entre nulle part, il y a une autorisation à la prendre en gestion de cas, au-delà des critères. »

« Les acteurs sont les plus à même de reconnaître le besoin de gestion de cas sur la base de critères qui sont cadrants mais auxquels on peut déroger. »

« L'analyse des situations entrantes avant réorientation nécessitent de fait de considérer tous les cas, quel que soit l'âge et la pathologie. »

Dans certains cas, des possibilités de dérogation en termes d'âge sont généralisées (par exemple Normandie, Gers, Franche-Comté : choix d'extension aux adultes relevant du PMND, MAIA expérimentale PA/PH en Bretagne).

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.

« 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. »

4 référents soulèvent des difficultés pour définir les critères de sortie de gestion de cas.

« L'entrée en EHPAD justifie-t-elle une sortie du service ? »

« Que dire des situations longues qui ne sortent jamais de la gestion de cas ? Peut-on analyser la file active de manière pertinente dans ce cas ? »

La gestion de cas : un vecteur de connaissance qualitative des besoins et des dysfonctionnements du continuum de services d'aide et de soins sous-utilisé.

L'apport de la gestion de cas au diagnostic et à la connaissance des problématiques est très variable. Si les référents notent son importance, elle est rarement citée comme structurée. La remontée des données est réalisée de manière partielle.

Des indicateurs existent dans le rapport d'étape, mais ils sont perçus comme peu exploitables.

« 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 ou les CLIC faisaient défaut et d'observer que les médecins traitants devenaient les premiers prescripteurs « mais souvent les mêmes. »

La Guadeloupe a produit des indicateurs supplémentaires.

Le référent Aquitaine souhaite mettre en place un système d'indicateurs pour objectiver les effets de la gestion de cas : fréquentation des services d'urgence (discussion sur PMSI des ARS), et analyse des motifs. Une étude d'impact est en préparation avec l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement à Bordeaux.

La mise à disposition **d'un logiciel métier gestion de cas est repérée comme un facteur favorable** au suivi des situations et la mesure des effets.

Dès lors que les données sont exploitées et exploitables, l'apport de la gestion de cas aux instances de concertation tactique et stratégique est **considéré comme une valeur ajoutée**, les informations remontées portant sur des problèmes concrets.

« La gestion de cas est l'observatoire du territoire, elle permet d'identifier les ruptures de parcours et alimente le diagnostic de façon importante. »

La reconnaissance de la validité des évaluations réalisées par les gestionnaires de cas pour l'obtention de l'APA est perçue comme un facteur favorable par les référents MAIA et les conseils départementaux qui l'ont entérinée.

« Le processus d'évaluation est un moyen de rapprocher les professionnels : ça simplifiera le travail de l'équipe APA. »

« Elle 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. »

Dans le département de l'Yonne, les gestionnaires de cas sont territorialisés, ils réalisent les évaluations APA.

« Le fait d'avoir une MAIA intégrée au CD a permis cela, cela ne s'est pas fait tout de suite, il a fallu reconnaître la complémentarité des missions par les évaluateurs APA. Aujourd'hui, les gestionnaires de cas sont reconnus professionnellement. »

Cette reconnaissance est facilitée quand le conseil départemental est porteur, ou par l'établissement de protocoles entre le porteur et le conseil départemental.

Dans le Val-de-Marne (Conseil départemental non porteur), des protocoles d'intervention sont établis avec les porteurs MAIA pour la réalisation des évaluations APA.

En Isère, le département conduit une expérimentation avec deux hôpitaux, l'un rural l'autre urbain. L'évaluation sur la base de la grille AGGIR et la définition de plans d'aide courts (maximum 3 mois) est réalisée par les assistantes sociales des hôpitaux.

« L'intérêt de cette expérimentation est pédagogique. Cela donne de la "cohérence" d'intervention. »

La majorité des conseils départementaux non porteurs admet et encourage une complémentarité avec le dispositif APA mais estime une délégation de l'évaluation APA aux gestionnaires de cas non pertinente.

2 raisons sont évoquées :

- la 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 complexe 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 gérontologique multidimensionnelle. »

En ce sens, l'objectif d'évitement des doublons de l'évaluation n'est, pour une majorité de référents, que très partiellement atteint.

« Chaque professionnel fait l'évaluation APA ; CLIC ; Réseau de santé. »

En cela, il faut considérer l'évolution du rôle des équipes médico-sociales APA et différencier les objectifs de l'évaluation (accès aux droits ou détermination des besoins).

Si la formation des gestionnaires de cas est indispensable, ainsi qu'une bonne régulation métier par le pilote, l'apport clinique aux gestionnaires de cas est repéré comme un facteur favorable.

Bien que non prévues par le cahier des charges, les réunions cliniques et l'apport d'une compétence médicale sont perçus favorablement par 7 référents dans l'objectif d'affiner les orientations et soutenir les pratiques professionnelles des gestionnaires de cas.

« La réunion clinique permet de décider qui est plus à même de prendre en charge. »

« Le pilote peut soutenir d'une manière organisationnelle, mais non sur l'aspect clinique : la compétence médicale est importante. »

« Il est bien que MAIA dispose d'un temps médical pour des réunions cliniques. »

« L'accompagnement des gestionnaires de cas est très important sur des problèmes très concrets. »

« Un temps de gériatre au sein de la MAIA, qui vient en appui des missions du pilote, et permet une articulation médicale avec les professionnels de santé et dans le cas de la gestion de cas. »

L'ex-région Haute-Normandie a mis en place à ce titre une table de concertation clinique.

L'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) standardisé : un effet structurant.

La MAIA de Marseille, MAIA expérimentale, a organisé un processus d'orientation et a, d'emblée, utilisé le RAI Filtrage orientation (Résident Assessment Instrument). L'utilisation du RAI est perçue par le référent MAIA comme un élément structurant de la méthode. (La pilote initiale est un médecin gériatre de santé publique avec des compétences en gestion de projet : son profil a permis de légitimer l'outil).

3.3.3 Les bénéfices observés de la gestion de cas pour les personnes

Une perception globalement positive de la gestion de cas, au profit des personnes âgées à domicile, de leurs familles et des relations interprofessionnelles.

La gestion de cas est globalement perçue par les référents MAIA et les représentants des conseils départementaux comme un mécanisme qui fonctionne, même s'il est difficile d'objectiver les impacts de la gestion de cas, en l'absence d'indicateurs relatifs à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes suivies, et plus globalement sur le processus d'intégration clinique.

« Un outil de facilitation de la coordination des acteurs autour des cas complexes en complémentarité des services existants. »

« Les premiers retours sur les dispositifs montrent le bon accompagnement des patients. »

« Vue très positive comme vecteur d'évolution des prises en charges et pour rapporter l'information du terrain. »

« Les gestionnaires de cas apportent une plus-value aux personnes : la situation se dégradait petit à petit – soulagement pour les professionnels qui n'avaient pas le temps d'accompagner dans la durée et de manière intensive. »

« Le projet de rester à domicile est rendu possible grâce à la gestion de cas. »

Les principaux effets évoqués portent sur l'amélioration des relations ville-hôpital ou les relations entre les acteurs de terrain, exemple de consultations mémoires/ESA, les relations juridiques avec la mobilisation des services de tutelles et curatelles.

« L'inclusion en pluridisciplinaire a permis à des professionnels hospitaliers de sortir de l'hospitalo-centrisme. »

La prégnance des problématiques psychiatriques, si elle n'est pas systématiquement relevée, est pointée comme un facteur complexifiant la gestion de cas.

L'Alsace développe un projet « psycho-dom » pour répondre à ces besoins.

En Occitanie, il est prévu de mettre en place des guides méthodologiques à destination des gestionnaires de cas et des actions de formation départementales sur la connaissance des pathologies et des ressources territoriales. En parallèle, un diagnostic plus affiné sur la question de la santé mentale des personnes âgées en perte d'autonomie sera demandé aux pilotes.

En Bourgogne-Franche-Comté, les problématiques remontées par les gestionnaires de cas font l'objet d'un travail de réflexion sur les situations avec intrications psychiatriques.

Le modèle axé sur 3 gestionnaires de cas est perçu comme en contradiction avec l'approche populationnelle et le principe d'équité d'accès pour les personnes.

Le financement de 3 gestionnaires de cas prévu dans l'enveloppe budgétaire MAIA est soulevé comme problématique en particulier parce qu'il ne tient pas compte du nombre et de la densité de personnes âgées, ni de l'étendue des territoires ou de leurs caractéristiques (par exemple, rural / montagne).

Enfin, il est à noter que l'intégration organisationnelle doit en parallèle permettre d'anticiper ou minorer la complexité des situations et que cet objectif n'est pas encore atteint.

Les référents observent pour certaines MAIA une saturation de la file active ce qui donne une image d'un service peu réactif.

À la Réunion, les gestionnaires de cas ont une liste d'attente de 20 à 30 personnes, attribuée au fait que culturellement les personnes âgées restent à domicile.

La modification des pratiques cliniques n'est relevée par aucun interlocuteur.

3.4 Éléments de synthèse : Les mécanismes MAIA - facteurs favorables et défavorables

La concertation

Facteurs favorables

- La départementalisation des instances de concertation stratégique
- Le portage ARS (siège et délégations départementales) et conseils départementaux
- Un ordre du jour en amont entre ARS et conseil départemental
- Un niveau de représentation décisionnelle et un suivi des décisions au sein de chaque institution (cf. au sein des structures : CPOM, lancement AAP qui précise l'adhésion à MAIA)
- Les liens avec les travaux et actions du territoire (CLS, Schéma, Prado, PAERPA, filières, etc.)

Facteurs défavorables

- La mauvaise compréhension des processus de décision incombant à chaque institution (donc des attentes inconsidérées ...)
- Le pilote comme seul animateur (rôle à préciser)
- L'absence de données fines et précises sur les besoins de la population et les dysfonctionnements (diagnostic trop large, trop quantitatif)
- L'absence d'implication du conseil départemental ou de la délégation départementale de l'ARS

Divergence

- La fusion avec la conférence des financeurs
- Favorable : pragmatisme/efficacité
- Défavorable : perte de la spécificité des instances, rôle du pilotage de l'ARS amoindri

Le guichet intégré

Facteurs favorables

- Une logique fondée sur les problématiques des territoires, les adressages et les missions de chacun
- La concertation comme support de sa mise en œuvre en ciblant des objectifs opérationnels
- Une stratégie globale : guichet intégré/guichet unique en réponse aux besoins de la population et des professionnels
- Une stratégie intégrée des systèmes d'information (parcours des personnes ; annuaire des ressources)
- L'étape de l'interconnaissance en faveur d'un meilleur positionnement de chacun dans le collectif (temporalité)

Facteurs défavorables

- Une notion difficile à comprendre qui rend difficile l'adhésion
- Une mise en œuvre par les outils qui minorent les objectifs du guichet intégré et l'adaptation au système local
- La difficulté de mobilisation des professionnels de santé libéraux
- L'opposition guichet intégré/guichet unique (concurrence MAIA/PTA)
- L'absence de système d'information
- Le manque de soutien stratégique de l'ARS et du conseil départemental
- L'absence de relations entre les décisions prises en concertations stratégique et tactique et leur application dans les services
- La logique de concurrence entre acteurs

La gestion de cas

Facteurs favorables

- Une mise en place progressive de la gestion de cas qui intervient après l'installation de la concertation (en conformité avec le CDC)
- L'exploitation de l'observation et des indicateurs gestion de cas comme révélateur des fonctionnements sur un territoire
- L'utilisation d'un OEMD standardisé : un effet structurant
- La mise à disposition d'un logiciel métiers gestion de cas
- Un apport clinique/médical (mise à disposition de compétences médicales internes/externes)
- La présence des gestionnaires de cas dans des structures du territoire
- Formation commune gestionnaires de cas, équipes APA, réseau (intégration clinique)
- Utilisation de l'évaluation réalisée par le gestionnaire de cas pour l'obtention de l'APA

Facteurs défavorables

- Une réduction de MAIA à la gestion de cas (démarrage précoce, sans lien avec les autres mécanismes) : positionnement concurrentiel
- La gestion de cas comme service du porteur vs au service du territoire
- Un manque d'indicateurs de suivi fiabilisés et relevant d'un langage commun entre MAIA (pas de consolidation possible)
- Le modèle 3 gestionnaires de cas sans tenir compte du nombre de personnes âgées ou des caractéristiques du territoire (densité)
- Liste d'attente
- Des critères d'inclusion trop stricts (nécessité de prendre en compte l'environnement en termes de ressources comme facteur de complexité voire l'extension du public)
- L'insuffisance d'exploitation des données gestion de cas en concertation stratégique

4 En synthèse : Points forts et limites de la méthode, du principe de l'intégration

L'intégration est une solution qui est admise comme nécessaire et pertinente pour améliorer le parcours des personnes âgées et l'organisation des services. MAIA, comme méthode, permet d'avancer sur cet objectif.

Selon les trois niveaux définis : liaison, intégration complète et coordination, l'intégration via MAIA est au niveau de la liaison (Leutz, 1999).

« Au niveau de la liaison, les organisations développent des ententes et des protocoles pour faciliter les références ou encore des collaborations pour répondre de façon concertée aux besoins des patients. Cependant, les organisations continuent de fonctionner de façon autonome en conservant leurs propres règles et procédures quant à l'admission, l'évaluation ou la gestion. »¹¹

Enfin, le niveau d'intégration dit de coordination exige la mise en place de structures et mécanismes transcendant les différentes organisations et services d'un territoire. Ces derniers gardent leur propre structure mais ils acceptent d'adhérer au réseau intégré et d'adapter leurs ressources et leurs opérations conformément aux procédures établies par la structure de coordination.

Dans un tel contexte, le système intégré est véritablement imbriqué à l'intérieur même du réseau de soins et services d'un territoire.

L'atteinte de ce niveau est conditionnée à un portage national fort associé à des changements structurels et une meilleure articulation des actions de politique publique.

4.1 Limites perçues par les référents MAIA et les représentants des conseils départementaux

Une méthode qui repose trop sur la bonne volonté des professionnels.

En synthèse, l'intégration des services d'aide et de soins est estimée comme nécessaire par l'ensemble des référents MAIA et des conseils départementaux interrogés en raison des réponses à trouver au bénéfice des personnes en situation complexe - chronicité des états de santé ou poly-pathologies - et le besoin d'organisation du continuum de services d'aide et de soins, en particulier les liaisons ville-hôpital.

Le concept et la méthode sont précurseurs dans le champ des politiques de santé en France, mais se heurte à une insuffisance de stratégie et de portage (transversalité, segmentation).

« *L'intégration c'est difficile, mais je suis convaincue que c'est un facteur de changement.* »

« *C'est une belle idée mais est-on en mesure de le faire en France ?* »

MAIA est estimée comme trop fortement dépendante de la « bonne volonté » des professionnels et des institutions présentes sur les territoires.

Ainsi, le modèle va être plus ou moins opérant selon les acteurs « pilote expérimenté » ; « implication d'une délégation départementale » ; « directeur de l'autonomie qui y croit » ; « gériatre leader. »

L'intégration des services d'aide et de soins, sans portage politique fort accompagné de transformations réglementaires, structurelles, d'une cohérence des administrations centrales et des institutions sur le territoire restera partielle au mieux.

« *La structuration du système de santé ne permet pas l'intégration.* »

« *Avec l'intégration, on tient quelque chose qui permet de chapoter un tout pris en compte par tous : légitimité départementale et des décideurs et financeurs mais on reste sur du volontariat avec un manque de cadre qui transcende les financeurs et les décideurs.* »

« L'insuffisance de positionnement des MAIA dans les politiques en direction des personnes âgées au niveau national est une limite. »

« Sans garantie législative, cela ne reste qu'une ambition. »

Ce sont par ailleurs des processus longs à mettre en œuvre et qui mettent longtemps à se stabiliser.

Une appropriation du concept rendue difficile par une terminologie strictement MAIA.

« Ça ne prend pas pour plusieurs raisons : tout ce qui est vocabulaire, terminologie concept n'est pas clair et trop technocratique, les gens ne se retrouvent pas dans ce qui est décrit. »

« Le concept est difficile à comprendre. »

Une méthode qui ne s'appuie pas suffisamment sur la logique de projet en particulier en lien avec un diagnostic plus qualitatif sur les systèmes d'action et d'acteurs.

« La méthode n'est pas suffisamment axée sur la logique de projet. »

« Elle ne tient pas suffisamment compte des processus décisionnels propres à chacun. »

Une insuffisance d'interopérabilité dans les outils en particulier système d'information, outils d'évaluation multidimensionnelle, à ce stade, qui cependant, se développe à travers les projets numériques en santé portés par les ARS.

Une méthode qui ne dispose pas d'outils suffisamment qualitatifs qui permettent au pilote de s'autoévaluer, aux acteurs de s'engager, de suivre et d'ajuster un projet MAIA.

Sans y voir une limite, certains référents mettent en évidence les difficultés inhérentes au système d'acteurs en place :

- des médecins hospitaliers centrés sur l'institution et ne connaissant pas la réalité du domicile ;
- des médecins libéraux insuffisamment mobilisés ou des régions sous médicalisées ;
- des conseils départementaux qui peuvent se sentir dessaisis de leur mission (Le positionnement vis-à-vis des CLIC niveaux 3).

4.2 Leviers perçus par les référents MAIA et les représentants des conseils départementaux

Le portage stratégique d'une politique d'intégration conditionne la réussite du projet :

- portage fort du directeur général ARS et des Présidents des conseils départementaux
- positionnement stratégique de MAIA (direction transversale) comme une conduite d'action de politique de santé publique globale et inscrite dans les documents stratégiques (PRS, Schéma).

Directement associé à ce premier point, l'objectif de coresponsabilité nécessite l'implication de toutes les institutions et la concrétisation des ajustements internes ou de l'offre dans les faits. La contractualisation avec les établissements et service, comme la mention dans les appels à projets de s'impliquer dans le projet d'intégration, est perçue comme favorable.

Enfin, l'implication de l'hôpital dans le portage est soulignée comme un levier.

4.3 Les propositions des référents MAIA et des responsables des conseils départementaux

Selon la littérature théorique sur l'intégration (Contandriopoulos, 2008), pour qu'il y ait intégration, il faut que trois entrées : verticale, horizontale, et de territoire soient réunies.

Trois niveaux de coordination sont évoqués (coll. R. Hebert, Y. Couturier, M. A. Bloch) :

- 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.**
- 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) - **questions d'organisation du travail.**
- **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.

Au niveau macro

- **Renforcer la gouvernance nationale** entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les directions attachées au Ministère des affaires sociales et de la santé (Direction de la sécurité sociale (DSS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- **Définir règlementairement le positionnement relatif et proposer une démarche harmonisée des actions de politiques publiques** entre MAIA, PAERPA (si déploiement), PTA : positionner la CTA/PTA comme brique de l'intégration (mode plus intégré des différents dispositifs)

- **Renforcer la gouvernance conseil départemental / ARS / Caisse d'assurance maladie / URPS**

Identifier les articulations de l'instance de concertation stratégique MAIA avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Impliquer règlementairement les conseils départementaux dans la gouvernance.

Niveau méso/macro

- **Définir un portage harmonisé de la MAIA**

Soit par les conseils départementaux (limites pointées : mobilisation du champ sanitaire, aspect politique)

Soit par la constitution d'une entité juridique ad hoc : association, groupement impliquant les partenaires comme membres du conseil d'administration. Ce second modèle est indiqué comme plus adapté aux principes de l'intégration : il permet de positionner MAIA au service d'un territoire

- **Permettre une souplesse dans les financements** : en fonction des besoins de la population ou des besoins de déploiement de la méthode : admettre un temps de secrétariat, permettre la rémunération des médecins libéraux ou faire évoluer le nombre de gestionnaire de cas

- **Inscrire SPASAD dans la dynamique d'intégration** (dès les appels à projets)

Niveau micro

- **Soutenir le partage des évaluations** réalisées par les gestionnaires de cas pour l'obtention de l'APA (levier de l'intégration)

- **Différencier les objectifs des différentes évaluations** (accès au droit, évaluation des besoins, diagnostics médical, social)

Plus minoritairement

- **Étendre les critères d'inclusion** en gestion de cas à la population en situation complexe (PMND)

- **Définir des critères de sortie** de gestion de cas

Enfin, 6 référents estiment un besoin de redéfinition de la méthode sur la base de la logique de projet ; un conseil départemental propose de s'inspirer de démarches qui fonctionnent dans d'autres champs (démarche AGILLE¹¹ - Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion, par exemple).

11 - AGILLE s'inscrit dans l'accord cadre état départements du 6 novembre 2014 « dans une volonté de décloisonner l'action publique et d'améliorer l'articulation des différents niveaux d'intervention. » www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Convention_Agille.pdf

Sigles et abréviations

AGILLE : Améliorer la gouvernance et développer l'initiative locale pour mieux lutter contre l'exclusion
APA : Allocation personnalisée autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
CD : Conseil départemental
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CTA : Coordination territoriale d'appui
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
DOS : Direction de l'organisation des soins ou direction de l'offre de soins
DOSA : Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
DSS : Direction de la sécurité sociale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESA : Équipe spécialisée Alzheimer
GC : Gestion de cas, gestionnaire de cas
GI : Guichet intégré
ICS : Instance de concertation stratégique
ICT : Instance de concertation tactique
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
PA : Personnes âgées
PAERPA : Parcours des aînés
PH : Personnes handicapées
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMND : Plan maladies neurodégénératives
PRS : Projet Régional de Santé
PTA : Plateforme territoriale d'appui
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
SI : Système d'information
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico- Social
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

