

**Evaluation
de dispositif de santé**

**EVALUATION DES DISPOSITIFS
MAIA
DES PAYS DE LA LOIRE**

Rapport final

Claude PICHON

Catherine OGE

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

- OCT 2014 -

Table des matières

I.	LE CONTEXTE DE L’EVALUATION	2
1.	LES ENJEUX DE CETTE EVALUATION	2
2.	LES FINALITES DE CETTE EVALUATION	3
II.	LA METHODOLOGIE D’EVALUATION.....	4
1.	LE PILOTAGE DE L’EVALUATION	4
2.	LES INVESTIGATIONS	4
3.	LE CHAMP DE L’EVALUATION	5
III.	LES RESULTATS DE L’EVALUATION : CONSTATS ET JUGEMENTS EN REPONSE AUX QUESTIONS EVALUATIVES	7
1.	QUELLES SONT LES FORCES ET LES FAIBLESSES DANS LA CREATION, L’ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES MAIA MISES EN PLACE EN PDL? ..	7
1.1	Influence de la durée de mise en œuvre	7
1.2	Influence des caractéristiques du territoire de la MAIA	8
1.3	Influence du pilote MAIA	10
1.4	Influence du porteur de la MAIA	14
1.5	Influence du mode de pilotage institutionnel du dispositif.....	16
2.	DANS QUELLE MESURE LES MAIA FAVORISENT-ELLES L’INTEGRATION DES ACTEURS EN PAYS DE LA LOIRE ?	18
2.1	La concertation stratégique	18
2.2	La concertation tactique.....	20
2.3	La connaissance des ressources et la maîtrise des besoins du territoire	24
2.4	La coordination des acteurs	25
3.	LES MAIA CONSTRUISENT- ELLES LES OUTILS PARTAGES ADEQUATS POUR AMELIORER LES PARCOURS DES PERSONNES AGEES ?	27
4.	DANS QUELLES CONDITIONS LES MAIA APPORTENT-ELLES UNE PLUS- VALUE DANS LA GESTION DES CAS COMPLEXES?	29
4.1	La mise en œuvre de la gestion de cas.....	29
4.2	Des attentes fortes de positionnement sur l’évolution de l’activité de gestion de cas	32
5.	DANS QUELLE MESURE LE POSITIONNEMENT ET LA POSTURE DES MAIA DES PDL LEUR PERMETTENT-ELLES D’ATTEINDRE LEURS OBJECTIFS?	35
5.1	L’inscription des dispositifs MAIA dans la stratégie de l’ARS des PDL.....	35
5.2	La place du dispositif MAIA dans la politique en faveur des personnes âgées en PDL	37
6.	CONCLUSION	40
IV.	LES RECOMMANDATIONS	42
	ANNEXES	49

I. LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

1. LES ENJEUX DE CETTE ÉVALUATION

En France, le système de soins et d'accompagnement des personnes âgées se caractérise par des fragmentations multiples, d'une part, entre les secteurs sanitaire, médico-social et social et, d'autre part, entre le secteur hospitalier et celui des soins de ville. La multiplicité des acteurs et l'insuffisante articulation des différentes interventions auprès des personnes affectent la fluidité de leur parcours et la qualité de leur prise en charge.

Or la qualité des parcours de santé des personnes âgées sur les territoires où elles vivent est aujourd'hui une question majeure en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de personnes vivant avec une maladie chronique et de l'accroissement du nombre de personnes en risque de perte d'autonomie qui en résulte, notamment atteintes de la maladie d'Alzheimer.

C'est dans ce contexte que la mesure 4 du plan Alzheimer 2008/2012, a prévu le développement des MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) qui visent à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en favorisant leur maintien à domicile.

Cette méthode de travail vise à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne et de ses aidants. Sa mise en œuvre, à travers un processus d'intégration, repose sur la co-responsabilité de l'ensemble des professionnels, décideurs et financeurs sur un territoire donné, quels que soient leurs champs d'intervention (sanitaire, médico-social et social). Ces différents partenaires se coordonnent, définissent ensemble leurs règles de fonctionnement et des outils communs.

Par ailleurs, les MAIA proposent un accompagnement rapproché et individualisé par un gestionnaire de cas pour les personnes âgées en situation complexe.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont mandatées (article L. 1431-2 du Code de la santé publique) pour développer les MAIA sur leur territoire, déploiement assuré avec le soutien méthodologique de la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Un cahier des charges national publié par décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 définit les mécanismes de cette méthode d'organisation. Chaque dispositif s'appuie sur un pilote et deux à trois gestionnaires de cas.

Après une première phase d'expérimentation portée en 2010 en Pays de la Loire (PDL) par la MAIA 72, dix autres MAIA ont vu le jour en Pays de la Loire, par appels à projets successifs, entre 2011 et 2013. Ce sont ces 11 dispositifs qui sont l'objet de cette évaluation. Au moment des investigations, deux territoires des Pays de la Loire ne sont pas encore couverts par une MAIA, l'un en Sarthe et l'autre en Vendée. Au moment de la rédaction de ce rapport, deux autres MAIA sont en cours de déploiement sur ces territoires précédemment non pourvus.

Le Projet Régional de Santé (PRS) des Pays de la Loire arrêté en mars 2012 a mis en exergue l'insuffisante coordination des professionnels entre eux, et avec les services et établissements, qui engendre des ruptures dans les parcours de santé.

L'amélioration de la fluidité des parcours des Personnes Agées est donc au cœur des préoccupations du PRS des Pays de la Loire, qui fait de « la coordination des acteurs pour des parcours efficaces », un axe stratégique majeur. L'objectif 11 du Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale propose ainsi de mieux articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire et l'objectif 12 d'identifier un responsable de la coordination, ce besoin de coordination étant particulièrement prégnant en proximité. Il s'agit de mieux fédérer les différentes interventions dans un continuum de prise en charge, en articulant mieux les différents professionnels entre eux au bénéfice d'un parcours plus cohérent et plus fluide pour la personne âgée. L'ARS déploie ainsi, à travers la mise en œuvre du PRS dans les territoires de santé de la région, les différents éléments constitutifs d'une organisation territoriale et coordonnée des parcours de santé en proximité. Les MAIA constituant l'une de ces briques, il est donc apparu essentiel de s'interroger sur leur fonctionnement et leur action.

2. LES FINALITES DE CETTE EVALUATION

Compte tenu du caractère relativement récent de ces dispositifs, il serait prématuré, à ce stade, de juger des effets de la mise en œuvre des MAIA, de même que de leurs impacts en termes d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées.

Comme pour l'ensemble des évaluations de dispositifs à caractère innovant menées par le Département d'Evaluation des Politiques et des dispositifs de l'ARS, l'objectif de cette évaluation est de disposer des éléments d'information et de réflexion utiles, en cours de mise en œuvre, pour nourrir une analyse sur les conditions et les modalités de déploiement de ces dispositifs, et leur place dans l'organisation du système de santé. Il s'agit de pouvoir proposer les ajustements nécessaires soit pour l'évolution des dispositifs existants, soit pour le développement de nouveaux dispositifs. Plus globalement, la finalité est d'apporter un éclairage pour le pilotage de la politique régionale de santé, en l'espèce, en faveur des personnes âgées.

Il s'agit donc, à travers cette évaluation, d'aller, dans un premier temps, apprécier le degré de mise en œuvre de ces dispositifs sur le terrain et les facteurs influençant ce processus. Puis, dans un second temps, il s'agit d'apprécier la plus-value de ces dispositifs en faveur des parcours des personnes âgées dans le cadre de la politique portée par l'ARS des Pays de la Loire et de rechercher quels sont les leviers pour améliorer cette contribution.

L'évaluation n'est donc pas une évaluation de chaque dispositif pris individuellement mais reste à un niveau global, même si des analyses territoriales ont été menées.

Par ailleurs, si les MAIA sont des dispositifs mis en œuvre à partir d'un cadre de référence national, avec un cahier des charges et une méthodologie particuliers produits par la CNSA, ce sont également des dispositifs qui sont mis en œuvre dans un contexte local avec une impulsion de l'ARS. La manière dont cette dernière pilote leur mise en œuvre va avoir une influence sur leur mode de développement. Les constats qui sont posés dans le cadre de cette évaluation sont donc liés à cette double « identité » et conduisent à formuler des jugements qui portent à la fois sur le dispositif MAIA en tant que tel et sur les particularités de leur développement en Pays de la Loire. Les recommandations qui sont produites sont, quant à elles, à destination de l'ARS des Pays de la Loire, commanditaire de l'évaluation, et ont vocation à alimenter l'action de l'ARS.

Pour répondre à l'ensemble de ces objectifs, un questionnaire en cinq étapes a été posé, auquel cette évaluation a vocation à apporter des éléments de réponse :

1 -Quelles sont les forces et les faiblesses dans la création, le fonctionnement et l'action des MAIA mises en place en Pays de la Loire ?

2 -Dans quelle mesure les MAIA favorisent- elles l'intégration des acteurs en Pays de la Loire?

3 -Les MAIA construisent- elles les outils partagés adéquats pour améliorer les parcours des personnes âgées?

4 -Quelles conditions favorisent le bon exercice par les MAIA de leur mission de gestion des cas complexes?

5 –Dans quelle mesure le positionnement et la posture des MAIA des Pays de la Loire leur permettent- elles d'atteindre leurs objectifs?

II. LA METHODOLOGIE D'EVALUATION

1. LE PILOTAGE DE L'EVALUATION

La réalisation de cette évaluation a été confiée par le directeur de la Direction de l'Efficienc e de l'Offre (DEO), F. GRIMONPREZ, au Département d'Evaluation des Politiques de Santé et de s dispositifs. Une équipe interne a été constituée, composée de C. PICHON, pilote de l'évaluation, et C. OGE, qui s'est appuyée sur une instance d'évaluation interne pour les phases de cadrage et de formulation des conclusions et recommandations.

Celle- ci était composée de :

- Docteur M. BITOUN, re sponsable du groupe-projet transversal ARS « qualité de vie des personnes âgées de plus de 75 ans »;
- E. PERIBOIS, responsable du Département de l'Offre Médico-Sociale (DOMS) de la DEO en charge du dossier MAIA;
- I. SUIRE puis V. MICHELET, respons able du Département « Coopérations et Parcours de Santé » de la DEO en charge du suivi du dossier parcours de santé des aînés ;
- et M. LE MARECHAL représentant la Délégation Territoriale (DT) 44 (qui a quitté le copil en cours de travaux compte tenu de son changement de poste).

Les travaux se sont déroulés de novembre 2013, phase de cadrage, à septembre 2014 pour la production du rapport d'évaluation.

2. LES INVESTIGATIONS

A partir des critères posés dans le référentiel de l'évaluation (Cf ANNEXE 2), ont été déclinées différentes modalités d'investigations afin de réaliser la collecte des données et informations utiles à la production des constats :

-L'**analyse documentaire** qui a été m enée tout a u long de l'év aluation, à la fois sur la base de recherches bibliographiques (cf bibli ographie en ANNEXE 3) m ais également l'étude de différents documents produits par l'ARS et les MAIA elles- mêmes ;

-Différentes **enquêtes web- administrées** ont été réali sées au cou rs des mois d e novembre et décembre 2013 afin de recueillir des données quantitatives mais également qualitatives, en fonction des profils d'acteurs des Pays de la Loire :

- Un questionnaire à destination des pilotes MAIA (taux de réponse à 100%)
- Un questionnaire à destination des porteurs de MAIA (taux de réponse à 77.3%)
- Un questionnaire à destination des gestionnaires de cas des MAIA (taux de réponse à 88.5%)
- et un questionnaire à destination des membres des tables tactiques MAIA (taux d e réponse à 13.3% mais représentant tout de même 73 répondants).

-La mission d'évaluation a utilisé la modalité de l'**observation** en assistant en janvier 2014 à une table stratégique et une table tactique et en avril 2014 à un groupe de travail.

-Des investigations de terrain plus q ualitatives ont été menées en janvier et février 20 14 par le biais d'**entretiens**, en interne à l'ARS et auprès d'acteurs de terrains sur chacun des 11 territoires MAIA des Pays de la Loire. 36 entretiens individuels ou collectifs ont été menés permettant de recueillir le point de vue de 50 personnes, représentant chacun des départements de la région. (cf liste d es personnes rencontrées en ANNEXE 4).

-Une **table ronde** (focus groupe) a également été organisée sur la thématique de la gestion de cas associant douze gestionnaires de cas de toutes les MAIA de la région.

-Une **étude comparée** du fonctionnement de MAIA hors ré gion Pays de la Loire a été réali sée en rencontrant des représentants hors région :

- de la CNSA,

- de l'ARS Bretagne;
- et de la MAIA de Mulhouse, repérée au niveau national comme étant un des modèles particulièrement aboutis (rencontre de l'ARS, du conseil général/ porteur, du pilote, de l'équipe et de certains acteurs de la table tactique).

Il est à préciser que le choix des personnes interrogées et/ ou rencontrées a été réalisé en partie d'une manière aléatoire à partir des listes des membres des MAIA fournies par les pilotes des MAIA et à partir des informations recueillies au fil des investigations.

L'analyse des données collectées a abouti, sur la base de l'ensemble des constats posés, à la formulation de 33 conclusions argumentées répondant aux différentes questions évaluatives. Elles ont été discutées au sein de l'instance d'évaluation et ont permis de formuler 12 recommandations opérationnelles..

3. LE CHAMP DE L'EVALUATION

L'évaluation porte sur les 11 MAIA existantes en PDL en octobre 2013, réparties comme suit :

ETAT DES LIEUX DES MAIA DES PAYS DE LA LOIRE			
Département	MAIA	Année de mise en place	Profil de porteurs
44	MAIA Estuaire atlantique	2012	Conseil Général (CG)
	MAIA Nantes agglomération	2011	CHU/CG/Ville
	MAIA Nord Loire- Atlantique	2013	CG
49	MAIA Territoire Angers- Segré	2012	CG/ Réseau gérontologique
	MAIA sud 49	2011	CG/ CLIC
	MAIA Territoire du Saumurois	2012	CG/ Réseau gérontologique
53	MAIA de la Mayenne	2012	CG
72	MAIA Vallées du Loir et de la Sarthe	2008	CG
	MAIA Pays du Mans	2013	CG
85	MAIA ouest Vendée	2012	CLIC
	MAIA centre Vendée	2013	CLIC

Voir en ANNEXE 5 la carte présentant la couverture géographique des MAIA en octobre 2013.

PRECAUTIONS DE LECTURE

- **Compte tenu du décalage de temporalité entre le moment où ont été menées les investigations et la rédaction du rapport lui-même, des évolutions ont certainement eu lieu. Il faut donc garder en tête à la lecture du document la date à laquelle les constats ont été posés c'est-à-dire entre novembre 2013 et avril 2014.**

- Un certain nombre de précautions d'usage sont à prendre concernant le vocabulaire utilisé.

Tout d'abord, seul le sigle MAIA sera utilisé compte tenu du caractère inapproprié de sa déclinaison.

Ensuite, il s'avère que l'ARS Pays de la Loire s'est réappropriée au fil du temps une partie du vocabulaire utilisé dans le cadre des dispositifs MAIA en choisissant d'autres termes estimés plus « parlants » pour décrire notamment les instances. Toutefois, lors de la construction du référentiel de cette évaluation, l'équipe d'évaluation ne s'était pas encore approprié cette nouvelle terminologie et a construit les questions évaluatives au regard des références nationales portant les MAIA. C'est pourquoi lors de la rédaction du rapport, en référence au référentiel de l'évaluation, l'équipe d'évaluation a privilégié dans la majorité du rapport les dénominations « table stratégique » et « table tactique » pour décrire les instances de concertation alors qu'en PDL, elles sont respectivement dénommées « comité stratégique » et « Comité d'Intégration des Acteurs et des Projets » (CIAP). De même a été utilisée la terminologie « gestion de cas » alors qu'en PDL, tend à être utilisée celle de « gestion de situation complexe ». Toutefois, en fin de rapport, lorsque précisément ces évolutions sont décrites, les nouveaux termes sont utilisés, ainsi que dans les recommandations.

Il en est de même de la logique « Parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) reformulée en région sous l'intitulé « Parcours des aînés ».

Dans tous les cas, il ne faut pas s'arrêter à des problématiques de terminologie, qui ont déjà suffisamment pénalisé la bonne compréhension de ces dispositifs.

Pour une bonne appropriation des termes et une bonne compréhension du rapport,

il faut garder en tête qu'en Pays de la Loire:

« Table stratégique » = « Comité stratégique »

« Table tactique » = « CIAP »

« Gestion de cas » = « Gestion de situation complexe »

« Parcours PAERPA » = « Parcours des aînés »

III. LES RESULTATS DE L'EVALUATION : CONSTATS ET JUGEMENTS EN REPONSE AUX QUESTIONS EVALUATIVES

1. QUELLES SONT LES FORCES ET LES FAIBLESSES DANS LA CREATION, L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES MAIA MISES EN PLACE EN PDL?

Du fait même de la marge d'autonomie laissée par le cahier des charges national pour leur création et de la diversité des contextes dans lesquels elles voient le jour, les MAIA ont des développements assez diversifiés. Un certain nombre de facteurs ont ainsi une influence dans leur mise en œuvre et leur capacité de développement, dont certains ont été retenus comme critères de référence dans le cadre de cette évaluation. Sera ainsi étudiée l'influence de la durée de mise en œuvre, des caractéristiques du territoire, du pilote, du porteur et du mode de pilotage institutionnel du dispositif. Il s'agit d'identifier les conditions dans lesquelles les MAIA vont être en capacité de mettre en œuvre de manière optimale leurs objectifs, mais également les difficultés à anticiper.

1.1 Influence de la durée de mise en œuvre

-Une disparité du niveau d'avancement des MAIA des Pays de Loire

Les MAIA ont vu le jour par appels à projet annuels successifs de 2011 à aujourd'hui, avec même la particularité de la MAIA 72 qui a été l'objet d'une expérimentation dès 2008. Elles n'ont donc pas toutes la même ancienneté, ce qui engendre donc une hétérogénéité des états de développement et de mise en œuvre des objectifs et actions. Il convient par conséquent de le prendre en considération dans les différentes réflexions qui sont menées dans le cadre de cette évaluation. En effet, il n'est pas possible d'exiger le même niveau de mise en œuvre et donc, de juger de la même façon une MAIA qui a vu le jour très récemment de celles en place depuis déjà quelques années.

Il a d'ailleurs été fait remarqué à ce sujet que cette différence de rythme d'avancée entre les MAIA (et départements) rend compliqué de progresser collectivement sur ce dossier.

-Une absence de corrélation systématique entre l'ancienneté du dispositif et son degré de maturité

Le niveau de développement est naturellement en partie corrélé au temps de mise en œuvre depuis l'installation de la MAIA, mais sans pour autant que le degré de maturité du dispositif en soit strictement dépendant. En effet, il apparaît que les plus anciennes ne sont pas forcément les plus abouties en termes de mise en œuvre opérationnelle, compte tenu d'un certain nombre de facteurs qui sont développés tout au long du rapport et qui influent sur la capacité à se développer de la MAIA.

-Une appréciation difficile du niveau d'avancement

Aucune des MAIA en place n'a mis en œuvre dans leur intégralité les différents axes de son développement, même la plus ancienne qui avait fait l'objet de l'expérimentation.

Globalement, en dehors de la mise en place de la gouvernance dont l'ARS PDL a fait sa priorité et de la mise en œuvre de la gestion de cas, les autres objectifs attendus des MAIA (création d'outils et de systèmes d'information partagés, mise en place des guichets intégrés...) sont actuellement peu développés en PDL.

Par ailleurs, au-delà des mises en œuvre opérationnelles, les MAIA ne sont pas toutes non plus au même niveau de maturité en termes d'appropriation des enjeux et de création de la dynamique d'acteurs.

Dans tous les cas, il est difficile pour l'équipe d'évaluation de mesurer le niveau d'avancement de chaque MAIA compte tenu de l'absence de repères par rapport à un modèle abouti (au regard de tel ou tel stade d'avancement) et de la disparité des productions et de leur mode de rendu-compte.

Cette différence de temporalité tend à induire par ailleurs que ceux qui produisent les premiers influencent les autres, ce qui a pu être constaté notamment lors de la création de certains outils. Or cela peut pénaliser la capacité de création des dernières nées.

-Un changement de logique qui prendra du temps

Tous les acteurs rencontrés sont d'accord sur le fait que la MAIA est un projet tellement ambitieux, que dans tous les cas, il faut lui laisser le temps de la mise en œuvre. La MAIA représente un potentiel « énorme », mais qui remet en question un ensemble de conceptions et de pratiques. L'ensemble des partenaires prendront du temps à cheminer vers cette logique de décroisement. C'est un véritable changement culturel.

1) Aucun dispositif n'est complètement abouti en Pays de la Loire.

2) Il est difficile de mesurer le degré de maturité de chaque dispositif en l'absence de critères.

1.2 Influence des caractéristiques du territoire de la MAIA

-Une grande hétérogénéité des caractéristiques des territoires des MAIA

Les caractéristiques physiques et la taille du territoire sont très différentes d'un territoire MAIA à un autre : allant notamment de territoires extrêmement urbains comme celui de la MAIA Nantes agglomération Vignoble ou majoritairement ruraux, tel que celui de la MAIA Est 49 ou recouvrant des superficies de quatorze communes comme la MAIA sud 49 (ou une dizaine de cantons) jusqu'à cent dix communes comme la MAIA Angers Segré (ou une quarantaine de cantons).

Le volume de population couverte est également très hétérogène, variant de 21 893 personnes âgées de plus de 75 ans couvertes pour la MAIA sud 49 à 50 160 pour la MAIA Nantes agglomération (sans tenir compte du territoire sarthois dont la scission venait d'être actée) et davantage encore si l'on prend en considération la population des plus de 60 ans, allant de 34 123 personnes en Vendée à 255 798 personnes pour la MAIA de Nantes.

A ces diversités géographiques s'ajoute également celle de l'offre en structures et professionnels disponibles sur le territoire. Il y a également une variabilité des contextes locaux, notamment avec les personnalités actives sur le territoire, qui influencent le fonctionnement des MAIA, ce qui crée parfois des dysfonctionnements.

Cette hétérogénéité des territoires est forcément une variable à prendre en considération dans l'évaluation de la mise en œuvre des MAIA puisque les territoires constituent le terreau, fertile ou non, de leur genèse.

-La taille du territoire : facteur d'influence à géométrie variable

La majorité des acteurs rencontrés a spontanément cité le territoire, à travers la diversité de ses caractéristiques, comme ayant une influence sur le fonctionnement de la MAIA, surtout au moment de sa mise en place. Mais cette influence est à géométrie variable en fonction de points de vue individuels contrastés sur l'importance de telle ou telle caractéristique, points de vue qui peuvent être différents même concernant le même territoire.

Beaucoup ont notamment exprimé leur opinion sur la taille du territoire de « leur » MAIA mais les opinions sur la taille optimale du territoire d'une MAIA divergent. Aucun acteur interrogé n'a été en capacité de définir quelle serait la « bonne » taille avec des critères objectifs.

Globalement, le ressenti des acteurs est qu'actuellement les territoires sont trop grands. Le périmètre départemental de la MAIA 53 en est l'exemple le plus flagrant. La dimension départementale était d'ailleurs déconseillée par les consignes nationales. En PDL, les territoires sont d'ailleurs globalement plus grands qu'au niveau national. Ainsi certains MAIA ont ressenti le besoin de fonctionner en divisant leur territoire par l'intermédiaire de plusieurs tables tactiques, ce qui n'est pas a priori la logique de la MAIA et peut donc questionner sur la taille des territoires retenus.

La difficulté est également que les textes nationaux prévoient un ratio de gestionnaires de cas par MAIA et que, par conséquent, la grande taille d'un territoire est pénalisante avec un tel raisonnement. Si les moyens étaient ajustés au volume de population âgée couverte (notamment en termes de gestion de cas), la problématique ne se poserait pas sous cet angle.

La majorité des acteurs expriment le souhait de travailler plus en local. Il ressort en effet que la proximité est nécessaire pour travailler l'intégration avec les partenaires. Toutefois il ne faut pas non plus que ce territoire soit trop petit pour ne pas limiter son champ d'action. Dans tous les cas, il apparaît pour tous qu'il doit être plus grand que celui du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC).

Trois caractéristiques ont pu être identifiées comme les plus déterminantes :

- le volume de population de personnes âgées de plus de 75 ans comprises dans le périmètre de la MAIA (notamment en ce qui concerne la gestion de cas- cf partie 4-),
- les habitudes de déplacement des populations et des transports,
- et les pratiques des acteurs.

-Un impact contrasté des dynamiques pré- existantes sur le territoire

La situation dans l'environnement relationnel des autres acteurs de terrain est également essentielle. Quand les MAIA se sont implantées, les territoires n'étaient pas « vierges » de toute expérience : ils avaient une histoire et un environnement. Or certains acteurs regrettent que les problématiques et expériences existantes aient été quelquefois méconnues. Il faut pouvoir prendre en compte par exemple les difficultés historiques entre les acteurs, dont le pilote MAIA n'a pas forcément connaissance. Actuellement les acteurs considèrent toutefois que, dans les nouveaux projets, l'intégration de ce qui émerge des territoires est mieux prise en compte.

Des opinions très contrastées sont exprimées quant à la plus value de ces dynamiques pré-existantes à la MAIA lorsqu'elles existaient. En effet, si dans certains territoires, elles ont été un terreau favorable à l'installation de la MAIA lorsqu'elle est venue s'y inscrire, dans d'autres territoires où les acteurs étaient déjà bien coordonnés, il a parfois été compliqué pour la MAIA de trouver sa place car les acteurs ne percevaient pas sa plus-value. Il y a des tensions sur les projets existants, lorsque le positionnement n'est pas le même que celui du dispositif MAIA, comme ça a pu être le cas par exemple sur le territoire de CRAON/RENAZE (53) où les acteurs étaient déjà organisés avant l'arrivée de la MAIA.

Le critère de réussite semble être l'association le plus en amont possible des acteurs à la construction même du dispositif car on se situe dans une dynamique de changement et d'association de multiples acteurs de profils différents. Le fait d'avoir travaillé ensemble à sa création est facilitateur de son appropriation et des échanges. Par ailleurs, des outils existants et déjà utilisés peuvent être capitalisés. De même, l'adhésion et l'appui des coordinateurs de CLIC et du réseau CLIC dans son ensemble apparaît comme un facteur-clé du succès de la MAIA, pour la facilitation des échanges entre acteurs.

-Des interrogations par rapport à la cohérence des territoires existants

25% des pilotes MAIA interrogés ont exprimé un manque de pertinence du territoire d'action de leur MAIA.

(Source : enquête auprès des pilotes MAIA)

Certaines personnes rencontrées ont exprimé une impression à l'origine d'un découpage territorial « à l'emporte-pièce » à certains endroits, avec l'impression « qu'un modèle étatique plaqué du haut avec un découpage administratif » était arrivé sur les territoires sans tenir compte de la réalité (existante et en projet), et notamment des bassins de vie. Cela a pu engendrer des tensions au niveau local. Les professionnels notent toutefois une évolution dans le temps et formulent le constat qu'aujourd'hui le découpage est plus travaillé en concertation avec les acteurs de terrain, mais également avec les conseils généraux qui sont parties-prenantes par exemple dans les propositions de découpage des nouvelles MAIA. Désormais la délimitation se fait davantage au regard de celle des territoires

existants telles que les circonscriptions d'action sociale des conseils généraux, les territoires des CLIC, le périmètre des SSIAD...

Par ailleurs, certains périmètres MAIA regroupent des territoires avec des fonctionnements très différents, comme par exemple Ancenis et Châteaubriant dans la MAIA Nord-Loire Atlantique ou Angers et Segré. Ces découpages peuvent représenter un frein à la dynamique MAIA.

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

Certains acteurs rencontrés expriment clairement leur souhait que les découpages soient revus au regard du fonctionnement, et notamment des difficultés de fonctionnement déjà repérées dans certains territoires ; par exemple celui de la MAIA Estuaire-Atlantique dont certaines parties du territoire sont clairement tournées vers d'autres pôles d'attractivité notamment vers Nantes ou la Vendée. Certaines redistributions géographiques sont d'ailleurs déjà en cours de réflexion ou de mises en place. Ainsi des modifications ont déjà été réalisées sur les zones limitrophes de certains territoires MAIA, comme par exemple le territoire de Gennes qui est passé en MAIA sud 49. En outre, la partition de territoires MAIA existants est également un sujet de questionnement.

Est exprimée la plus-value que peuvent avoir la délégation territoriale de l'ARS sur cette thématique compte tenu de sa connaissance du terrain, et le conseil général. C'est également une réflexion qui peut être menée en table tactique car il est nécessaire de mettre en cohérence le périmètre des territoires avec les modes de fonctionnement des acteurs mais également des usagers.

Mais là encore il ne s'agit pas de modéliser, car il convient de laisser les territoires exprimer leurs spécificités.

Le questionnement sur la pertinence du territoire vaut surtout d'ailleurs en ce qui concerne le périmètre de la table tactique, puisque c'est le noyau représentatif de la genèse de l'intégration des acteurs.

3) Une absence de territoire MAIA « optimal » qui pourrait être modélisé.

4) Certaines caractéristiques du territoire influencent le mode de pilotage de la MAIA et doivent être prises en considération pour définir ou réviser les territoires des MAIA et/ ou des tables tactiques.

1.3 Influence du pilote MAIA

« Le pilote est le chef d'orchestre de la MAIA ».

« Le pilote est le VRP de la MAIA ».

« Le pilote est un outil, c'est le couteau suisse de la MAIA ».

« Tout partant de lui, il faut qu'il impulse la dynamique ».

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

-Un rôle central du pilote de la MAIA

Le pilote de la MAIA est toujours cité par les différents acteurs, quels que soient leurs profils et leurs points de vue sur le dispositif, comme étant le facteur-clé d'influence sur la mise en œuvre de la MAIA. La reconnaissance de ce rôle de pivot du dispositif a pour corollaire des attentes fortes des acteurs à son égard.

Il est décrit comme le moteur de la MAIA. Son propre dynamisme est d'ailleurs déterminant, notamment sur le fonctionnement des tables. Il a une grande influence dans la manière dont elles se déroulent, mais également sur l'implication des acteurs, à travers sa capacité à faire du lien et à faire preuve de pédagogie. L'influence du relationnel est essentielle sur le fonctionnement de la MAIA, car il faut faire adhérer au projet les différents partenaires. Le rôle du pilote est de fédérer les différents acteurs autour de ce projet commun. Il doit animer, impulser sans faire à la place des autres.

La vraie particularité de la fonction de pilote est qu'il doit opérer le lien entre la stratégie (dans le cadre de l'intégration) et la clinique (dans le cadre de la gestion de cas).

-Un positionnement complexe du pilote MAIA

Le pilote se retrouve de fait au centre de multiples donneurs d'ordre ou personnes auxquels rendre compte :

- son porteur juridique qui l'a recruté et qui est son employeur,
- les éventuels autres co- porteurs du dispositif,
- l'ARS qui autorise et finance les dispositifs et porte la stratégie régionale,
- le conseil général (quand il n'est pas porteur), chef de file sur le champ des personnes âgées,
- la table stratégique,
- et la table tactique.

Sans compter qu'à l'intérieur de ces structures, il a de nombreux interlocuteurs en fonction des champs concernés.

Le positionnement semble particulièrement délicat quand le porteur est le conseil général. Le pilote se retrouve alors entre deux donneurs d'ordre, ARS et CG, qui ont un pouvoir décisionnel.

Pour illustration, aux questions posées dans l'enquête écrite sur ceux « à qui les pilotes rendent compte de leur activité et qui valide leurs décisions », les réponses ont été très diverses. Chacun a cité une partie des interlocuteurs recensés ci-dessus, rarement tous, en les hiérarchisant ou non. L'hétérogénéité des réponses démontre que cette démultiplication des comptes à rendre engendre parfois des doutes pour le pilote sur à qui rendre compte de quoi. Il est difficile pour eux de s'y retrouver, d'autant qu'il arrive qu'il y ait de surcroît des difficultés d'articulation des multiples interlocuteurs entre eux, voire des discours contradictoires qui sont tenus entre structures, mais également au sein même de chacune d'entre elles. Cette difficulté est particulièrement décrite en ce qui concerne leurs rapports avec l'ARS où les référents sont multiples : les référents du département coordination et parcours de la DEO, du département médico-social de la DEO, du département médico-social de la DASS (Direction de l'Accompagnement et des Soins), du département des systèmes d'informations de la DEO, le directeur de la DEO lui-même, les référents de la délégation territoriale et en Mayenne le référent PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie)...

Dans tous les cas, cette articulation prend du temps et implique plus de « logistique » pour le pilote. Le fait de devoir en référer à tous est parfois ressenti par certains pilotes comme une perte d'efficacité. Les risques identifiés par les pilotes sont notamment une dilution des responsabilités ou une instrumentalisation du pilote par le décideur ou le financeur.

Son positionnement extérieur à l'ARS, est vu comme un atout au bénéfice d'une certaine neutralité de positionnement et de regard, par exemple sur le fonctionnement des différentes structures. Dans tous les cas des questionnements perdurent : « La MAIA c'est l'ARS ou pas ? », « Le pilote est-il le porteur de parole de l'ARS ? ». Or, de la clarté de son positionnement dépend sa légitimité auprès des acteurs.

Et pourtant, malgré tous ces interlocuteurs, de nombreux pilotes expriment leur solitude face aux différentes situations à gérer.

-Une grande hétérogénéité des profils des pilotes

De formations aussi diverses que l'ingénierie en intervention sociale et de santé, la psychologie, le management et la gestion des organisations, la gestion des établissements sanitaires et sociaux, le droit, les études d'infirmière..., de niveaux d'étude différents, avec ou sans expérience professionnelle antérieure, les profils des pilotes recrutés en région sont très divers. Leur point commun est toutefois une orientation à un moment donné, avant leur engagement dans la MAIA, vers le secteur sanitaire et social.

Il n'est ressorti des investigations aucun profil idéal pour un pilote, avec une appartenance antérieure à tel ou tel environnement professionnel ou la détention de telle ou telle formation. Ce qui a été mis en exergue c'est la nécessité de mobilisation de beaucoup de compétences pour pouvoir assumer la mission « d'envergure » qui lui est confiée. Ainsi le recrutement de profils « expérimentés » a pu être considéré comme indispensable pour certains porteurs mais n'a pas pour autant constitué la majorité des recrutements réalisés. Le choix des porteurs s'est par contre souvent porté sur des personnes qui avaient une certaine connaissance préalable du département ou du territoire de la MAIA sur laquelle elle postulait, qui correspond au profil de 75% des pilotes ayant été interrogés dans le cadre de l'enquête. Il s'est avéré que cette connaissance du territoire, et notamment de ses difficultés, a souvent été pour eux un gain de temps, notamment pour apprécier les besoins, mais aussi dans l'acquisition de leur légitimité professionnelle. Toutefois, pour certains, le fait de venir d'ailleurs est aussi un atout en raison du positionnement neutre et de l'absence d'a priori, chaque partenaire étant nouveau pour lui.

De nombreux acteurs font état par ailleurs de la « jeunesse des pilotes qui coûterait à leur légitimité », alors que, pour d'autres, c'est plutôt un atout de par leur regard neuf, le questionnement de la diversité des modes de fonctionnement et la dynamique engendrée.

-Un poste qui nécessite des compétences et des qualités relationnelles particulières

Si les connaissances du champ d'action (notamment sur les politiques et l'environnement sanitaires et médico- sociaux) sont vues comme un atout, elles ne sont pas décrites comme indispensables par les porteurs qui ont procédé à des recrutements de pilote, qui mettent plutôt en avant la nécessité de posséder certaines compétences et surtout certaines qualités. Toutefois certains porteurs commencent à se questionner sur l'intérêt que pourrait avoir une plus grande maîtrise du champ sanitaire dans la mesure où ce sont actuellement les partenaires les plus difficiles à appréhender et ceux auprès desquels la légitimité des pilotes est la moins forte. L'idéal a ainsi pu être décrit par certains comme un pilote provenant du champ sanitaire avec des notions sur le médico- social.

Ce qui revient le plus souvent est la nécessité de maîtrise de la conduite de projet et du développement de partenariats. Ainsi les profils d'ex- coordinatrice de CLIC sont relativement plébiscités de par leur capacité à faire du lien entre les acteurs. Les qualités relationnelles et l'aptitude à la communication sont vues comme le facteur- clé pour la réussite de la mission. Ainsi la seule « erreur de casting » décrite par un porteur dans le recrutement d'un pilote dont il a dû se séparer a été dû à ses difficultés relationnelles qui ont eu pour conséquence de retarder la mise en place de la MAIA.

En tant qu'animateur d'un collectif d'acteurs, le pilote doit avoir une bonne capacité d'animation de réunion, en sachant poser les limites des débats.

Parmi les qualités décrites comme primordiales dans ce recrutement sont également mises en avant : l'humilité, la neutralité et la diplomatie car le pilote est très exposé. Son esprit d'initiative et son autonomie sont également essentiels car tout est à construire.

Par ailleurs, le pilote MAIA est également responsable de l'équipe de gestionnaires de cas, dont il organise le travail et encadre l'activité. Cette partie de son travail est relativement chronophage car la gestion de cas est une activité en construction qui pose encore beaucoup de questions et qu'il faut réguler. Il faut donc qu'il soit en capacité de manager une équipe, qui est à constituer, et de bien gérer son temps.

-Un fonctionnement souvent « parasité » par des considérations matérielles et organisationnelles

« Nous sommes les grandes secrétaires de la MAIA ».

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

La gestion administrative et logistique de la MAIA est particulièrement chronophage pour la majorité des pilotes. Certains pilotes passent presque autant de temps à gérer des problèmes logistiques qu'à

travailler sur le fond à la mise en œuvre de l'intégration. Ainsi avoir des bureaux, des véhicules, des téléphones pour leur équipe est en core un défi qu'otidien pour certains pilotes. L'organisation des différentes réunions et rendez- vous, la rédaction des compte- rendus sont une perte de temps pour les pilotes au détriment de la réalisation d'autres missions pour lesquelles leur plus- valeur serait plus importante, et pourrait être aisément compensé par du temps de secrétariat, que nombre d'entre eux sollicitent. Il s'avère effectivement que dans les MAIA disposant d'un temps de secrétariat (notamment hors région), le pilote est plus concentré sur des missions pour lesquelles sa plus- valeur est la plus forte. Le caractère chronophage de leurs différentes activités, notamment compte tenu de leur diversité, est vu comme une contrainte forte par la majorité des pilotes.

Lorsqu'il est fait état d es financements, le manque de souplesse dans leur utilisation est principalement souligné, même qu and le budg et annuel n' est pas co nsommé. Certains pilotes n'assurent pas la gestion en p ropre du bu dget de la MAI A et d'autre s ne sont même pas décisionnaires des dépenses à engager. L'un des pilotes a même avoué n'avoir aucune visibilité sur l'utilisation des financements...

-Une formation jugée insuffisamment opérationnelle

Tous les pilotes en poste ont bénéficié de la formation spécifique de la CNSA à destination des pilotes MAIA. Si 87.5% des pilotes ayant répondu à l'enquête en ont été satisfaits à travers l'appropriation du dispositif et des enjeux qu'elle permettait, ils ne l'estiment pas suffisante.

Jugée comme « trop conceptuelle » et pas assez opérationnelle, à défaut d'être revue, elle mériterait au moins d'être complétée par la suite par des temps de mise en pratique ou de partage de pratiques. L'idéal pour certains pilotes serait que ces formations soient portées localement au niveau de l'ARS par exemple.

Par ailleurs, la formation ne prépare pas suffisamment à la gestion relationnelle, notamment à la gestion de conflit, ni à la communication, sur lesquels presque tous les pilotes ont identifié des besoins complémentaires.

Enfin, en fonction de leur formation et/ ou parcours professionnel, certaines compétences et/ ou connaissances font défaut à certains pilotes et font qu'ils peuvent rencontrer certaines difficultés dans leur pratique.

-L'accompagnement de l'ARS plébiscité par les pilotes même s'il ne répond pas complètement à leurs besoins

« L'ARS (des PDL) est une ARS qui comprend ce qu'est la MAIA et ses enjeux, ce qui n'est pas le cas partout ».

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

L'accompagnement de l'ARS PDL au long cours dans la mise en œuvre des dispositifs est souligné comme un aspect très positif, notamment à travers le suivi régulier des pilotes et la richesse du groupe technique régional piloté par l'ARS, qui permet à la fois de répondre aux questionnements des pilotes et de les associer aux projets plus globaux portés par l'ARS. La poursuite de cette démarche est largement plébiscitée par les pilotes eux- mêmes, qui soulignent notamment la qualité des relations (écoute, disponibilité...) de leurs interlocuteurs de la DEO, en particulier des 2 référentes du DOMS de la DEO, mais également par les porteurs. La proximité ARS/ pilotes est facilitante. Cependant, une dimension encore plus opérationnelle est souhaitée avec des temps de partage de pratiques et le développement de groupes de travail sur des thématiques plus techniques comme par exemples : le dossier partagé, les modalités d'intégration des professionnels libéraux...

La transmission de l'information de l'ARS, avec ses multiples interlocuteurs, n'est pas toujours perçue comme suffisamment compréhensible et certaines informations ne viennent pas directement jusqu'aux pilotes. C'est le cas par exemple pour le lancement des appels à projets. Cette situation ne facilite pas la mise en œuvre de leur mission, ni leur crédibilité auprès des acteurs.

Les pilotes rencontrent des difficultés entre le terrain et les institutions et sont parfois dépassés par certains enjeux, voire en désaccord. Or il n'y a pas d'espace réellement prévu pour qu'ils puissent s'exprimer. Le rôle des 2 référentes du DOMS de la DEO auprès des pilotes est donc perçu comme essentiel : elles sont l'interface d'explication entre les choix de l'ARS et les pilotes, elles leur viennent en appui afin que les difficultés rencontrées ne soient pas bloquantes. Mais cela implique également qu'elles disposent elles- même de l'information.

Au- delà des questionnements sur des dossiers en particulier, un cadre de référence plus global définissant le champ d'actions et les méthodes à utiliser par les pilotes fait défaut.

-Un fort potentiel du collectif des pilotes

Les pilotes rencontrés ont tous un point commun : ce sont des professionnels très impliqués et ils ont compris les enjeux de l'intégration des acteurs. Toutefois il demeure une marge de progression importante pour optimiser le rôle de pivot du pilote compte tenu du décalage encore important entre ce qu'il fait et ce qu'on attend de lui en termes de résultats à produire.

Par ailleurs, il y a en Pays de la Loire une identité forte du collectif des pilotes MAIA et une volonté de progresser collectivement. En grande partie impulsée par l'accompagnement de l'ARS qui les réunit ensemble régulièrement, cette dynamique collective est entretenue par les pilotes eux- mêmes. Ainsi ces derniers se réunissent également en dehors de ces temps institutionnels pour travailler certains dossiers. Ils entretiennent des relations régulières par échanges de questionnement afin de capitaliser l'expérience des plus avancés et de progresser en région d'une manière harmonisée. C'est un potentiel important sur lequel l'ARS peut s'appuyer.

5) Le pilote MAIA est le pivot du dispositif, sur lequel l'ARS doit s'appuyer et « investir ».

6) Un nouveau métier multi- facette et complexe, auquel la formation actuelle de pilote ne prépare pas suffisamment.

7) Le profil du pilote influence la mise en œuvre du dispositif. Certaines compétences et qualités relationnelles doivent donc être prises en compte lors du recrutement.

8) Des objectifs et un cadre d'intervention qui nécessitent d'être clarifiés par l'ARS.

1.4 Influence du porteur de la MAIA

-Une diversité des profils de portage en Pays de la Loire

Au moment de la réalisation des investigations, sur les 11 MAIA existantes sur la région, étaient recensées :

- 5 MAIA portées par un conseil général,
- 2 MAIA par 1 CLIC (ou co- portage par plusieurs CLIC),
- 2 MAIA co- portées par 1 réseau gérontologique et 1 conseil général,
- 1 MAIA co- portée CG/ CLIC
- et 1 MAIA avec 1 triple co- portage CHU/CG/Ville.

Plus de 80% des MAIA de la région sont donc portées ou au moins co- portées par un conseil général, ce qui est très supérieur à la proportion nationale en 2013 qui se situe autour de 35%.

-Des atouts et des difficultés avec chaque profil de portage

Aucun profil de porteur n'est unanimement reconnu ni cité comme idéal. L'idée d'un porteur du champ hospitalier peut paraître toutefois pertinente, car elle présente un atout de décloisonnement vers le champ sanitaire. La problématique de décloisonnement est en effet une difficulté pour certaines MAIA, les liens avec le médico- social paraissant plus aisés à créer. Cela est peut-être dû justement au fait que la plupart des porteurs existants appartiennent au champ médico- social.

La spécificité du co- portage à 3 acteurs- clé (CHU+CG+Ville de Nantes) de la MAIA Nantes agglomération est jugée intéressante dans la dynamique qu'elle peut porter, mais non reproductible partout.

Chaque type de profil de porteur a ses atouts notamment comme porte d'entrée dans le système d'acteurs, ainsi que des limites. Ce sont surtout ceux des CLIC et des conseils généraux qui ont été évoqués par nos différents interlocuteurs:

-Le CLIC : il apporte sa bonne connaissance des acteurs de terrain avec déjà l'habitude de travailler ensemble à la fois sur un territoire et des situations individuelles mais, à l'inverse, il est souvent jugé trop médico- social et d'un niveau trop local. Par ailleurs, quand il y a portage par un ou plusieurs CLIC, certains signalent le risque de désintérêt des autres CLIC (situation qui a pu être vécue au moins dans un premier temps). Il y a également un risque d'annexion de la MAIA par le CLIC comme des moyens supplémentaires au service de la coordination avec un sur- développement de la gestion de cas, avec la MAIA vue comme « un super- CLIC ».

-Le conseil général : il a une légitimité forte sur le territoire qui ouvre de nombreuses portes compte tenu de sa place dans l'accompagnement gérontologique. Ce portage permet de favoriser la reconnaissance des acteurs et facilite la présence sur le territoire, mais il y a un risque, avéré à certains endroits, de lourdeur administrative et hiérarchique. Il y a également le risque d'une vision très « médico- sociale centrée ». En contrepartie, c'est un positionnement facilitateur de par son « aura » auprès de l'ensemble des acteurs et de la légitimité qu'il confère au dispositif.

Le bon investissement au plan local est souvent cité comme un facteur facilitateur pour l'appui du pilote MAIA.

-Une hétérogénéité d'appréhension du rôle de porteur et des modes de fonctionnement porteur/ pilote

Ce qui ressort globalement des investigations est que le rôle attendu du porteur est d'être avant tout facilitateur sur le plan matériel et administratif. Il doit venir en appui au pilote, sans influence, mais le risque identifié est qu'en réalité, il s'immisce dans le travail du pilote, en souhaitant être dans l'élaboration de la stratégie. Ce risque est d'ailleurs plus notable dans le cas où le pilote est intégré à une ligne hiérarchique institutionnelle telle que celle d'une collectivité territoriale. En effet, dans ce cadre, il est plus difficilement indépendant du porteur et sa liberté d'action peut être entravée avec même un risque « d'assujettissement » politique, voire de conflit de loyauté.

-L'importance du « bon » positionnement du porteur dans la marge d'autonomie laissée au pilote

75% des pilotes MAIA interrogés dans le cadre de l'enquête s'estiment autonomes dans l'exercice de leurs fonctions.

(Source : enquête auprès des pilotes MAIA)

Un lien fonctionnel avec un porteur souple et qui fait confiance, permettant l'autonomie du pilote, est souhaitable. En effet, le cahier des charges et la convention donnent une marge de manœuvre et une autonomie au pilote. En réalité, dans tous les cas, c'est difficile pour lui d'être totalement indépendant, dans la mesure où le porteur est son employeur et il a donc toujours des comptes à rendre. Il a un devoir de loyauté envers lui. Ce sont donc des positionnements parfois difficilement conciliables.

C'est l'intégrité du porteur, quel qu'il soit, et son adhésion à « l'essence » du dispositif MAIA qui sont importantes, à travers les causes qui ont suscité sa motivation pour devenir porteur. L'idéal serait un porteur qui se positionne plus comme un contributeur avec un rôle de VRP pour porter le message MAIA dans sa compréhension auprès de l'ensemble des partenaires, mais également un rôle de facilitateur, qui intervient dans les cas où le pilote lui rend compte de situations difficiles avec certains acteurs.

L'équilibre des rapports du porteur avec l'ARS a également une influence sur le bon équilibre entre le pilote et le porteur. Il faut en effet que le porteur accepte que le pilote reçoive des consignes de l'ARS.

9) Aucun profil idéal de porteur ne se dégage. Sa qualité se juge surtout à travers sa neutralité de positionnement par rapport au pilote et son rôle d'appui.

1.5 Influence du mode de pilotage institutionnel du dispositif

-L'importance de l'appui et de l'investissement du conseil général

Les investigations menées montrent que l'ensemble des acteurs, parties prenantes de MAIA portées par un Conseil Général ou non, met en avant l'intérêt du soutien de la dynamique par le Conseil Général. En effet, en tant que chef de file reconnu sur le secteur des personnes âgées, son accompagnement influence positivement la perception du dispositif MAIA. Son soutien est une force d'impulsion pour l'organisation et la mise en œuvre des dispositifs, notamment auprès des CLIC (surtout dans les départements dans lesquels les Conseils Généraux les portent).

La plus-value du Conseil Général est reconnue également à travers le pilotage départemental qu'il peut faire du dispositif, notamment dans les départements où il y a plusieurs MAIA. Il peut ainsi être garant de la cohérence de la stratégie sur son territoire et de l'harmonisation des productions, et donc de l'équité de traitement des usagers, comme c'est le cas par exemple dans le département du Maine et Loire.

Certains représentants de conseils généraux ont indiqué que ce mode de fonctionnement les a conduit à ré-interroger leur propre réponse en termes d'offre à la recherche d'autonomie et leur a véritablement permis de prendre conscience qu'il était nécessaire de décroiser les secteurs et de prendre en compte la logique du parcours.

-Un pilotage rapproché des MAIA par l'ARS largement contributif à la dynamique

La dynamique MAIA telle qu'elle est impulsée par l'ARS Pays de Loire est un facteur porteur du dispositif en région. En effet, ce dispositif a été très investi par l'ARS. Une démarche d'appel d'offre annuel ciblant les territoires à couvrir a permis une montée en charge rapide du dispositif pour parvenir en quatre ans à une couverture quasi-complète du territoire avec onze MAIA au moment de l'évaluation. L'implication en amont, au départ en interne à l'ARS entre la DEO et les délégations territoriales, puis maintenant en associant les conseils généraux, permet de travailler la pertinence du choix des territoires à couvrir et la qualité des projets attendus. Ces travaux amènent d'ailleurs à refuser certains projets qui sont déposés, qui ne sont pas conformes aux attendus de l'ARS et de ses partenaires institutionnels.

L'ARS est garante d'une posture régionale dans le portage du dispositif, notamment par les pilotes. Les réunions régionales des pilotes permettent sa construction collective, au profit d'un développement relativement homogène du dispositif dans la région.

-Des attentes fortes vis-à-vis de l'ARS et l'identification de marges de progrès

« C'est un dossier DEO, pas un dossier DT ».

« A qui s'adresser dans ce cas ?

Le service médico- social (DEO), celui des parcours (DEO), ou peut- être celui des systèmes d'information (DEO) ou alors la DT ?

Le mieux c'est souvent d'aller à la source directement avec le directeur (de la DEO).

Le problème c'est qu'on ne sait pas, et qu'en fonction de la personne à qui on s'adresse, on ne va pas obtenir forcément la même réponse, et elle- même ne sait pas toujours non plus d'ailleurs... »

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

Ce qui est le plus souvent souligné est tout d'abord un problème d'articulation entre les directions- métier et les Délégations Territoriales, avec notamment un temps d'articulation qui ne favorise pas le déploiement du dispositif et ralentit sa réactivité. Parfois les attendus ne sont pas exactement les mêmes, voire contradictoires, ce qui est difficile à gérer notamment pour les pilotes MAIA. Il ressort globalement un manque de lisibilité sur les bons interlocuteurs en interne à l'ARS et un manque de circulation de l'information.

A l'heure actuelle, en Pays de la Loire, c'est essentiellement la DEO qui pilote le dossier des MAIA. La place des DT sur ce dossier n'apparaît pas clairement. Certaines DT ont toutefois commencé à investir plus avant ce dossier comme dans la Sarthe par exemple. Certaines expriment d'ailleurs le souhait d'être plus associées aux travaux qui sont menés (notamment au groupe régional des pilotes) ou au moins d'en être informées, ce qui n'est pas toujours le cas. Il ressort des investigations une nécessité de clarifier la place de la Délégation Territoriale et de la valoriser dans son rôle, en proximité des acteurs, d'animateur de territoire, compte tenu de ce qui est attendu des MAIA.

10) L'investissement de l'ARS et le soutien du Conseil Général sont des facteurs- clé de réussite du dispositif.

11) Il est nécessaire de clarifier le mode de pilotage du dossier MAIA par l'ARS, et notamment la place de la DT.

2. DANS QUELLE MESURE LES MAIA FAVORISENT-ELLES L'INTEGRATION DES ACTEURS EN PAYS DE LA LOIRE ?

L'intégration vue par différents acteurs rencontrés :

*« Chaque acteur du territoire est un maillon du système.
Chacun a un rôle à jouer dans l'information.
Chaque acteur a à s'identifier dans le parcours de la personne. »*

« L'objectif de l'intégration est que tout concourt à une meilleure coordination pour une prise en charge harmonisée en mettant « dans une bulle » tout ce qui existe, en mettant tout le monde en présence, en veillant à ce que les gens se connaissent et en les faisant travailler ensemble. »

« La MAIA doit devenir un lieu virtuel connu par tous où on sait qu'on va trouver les réponses. »

« Tout le monde reste à sa place et intervient à bon escient ».

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

-Des difficultés de compréhension des concepts et du langage

Toutes les personnes rencontrées mettent en avant la complexité des concepts utilisés qui n'est pas facilitatrice d'une appropriation par l'ensemble des acteurs. Ainsi ne serait-ce que celui de MAIA lui-même qui n'est en fait ni une maison, ni uniquement destinée aux malades Alzheimer et qui est bien difficile à expliquer. « La présentation théorique » qui en est faite n'est pas non plus pédagogique.

« On utilise du langage très perché pour les acteurs de terrain. »

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

Au-delà du langage utilisé qui nécessiterait d'être adapté, les notions qu'il recouvre ne sont pas non plus aisées à faire comprendre et notamment celle d'intégration et il y a de fait une très grande hétérogénéité de compréhension du concept par les différents acteurs. Certains ont parfois eu du mal à nous l'expliquer, alors que comme ils le disent eux-mêmes, ils sont parmi les plus « avertis » et posent le constat que beaucoup de leurs partenaires ne comprennent pas ce qu'est l'intégration.

De ce fait, beaucoup de temps a été passé par les pilotes MAIA et dans les différentes tables pour expliquer le dispositif lui-même et cela embolise encore parfois le débat.

12) Le langage et les concepts ne sont pas assez accessibles et ont pénalisé l'appropriation du dispositif par l'ensemble des acteurs.

2.1 La concertation stratégique

-L'affichage d'une co-présidence partagée ARS/ CG vu comme un signal politique fort

La co-présidence ARS/ CG de la table stratégique a permis d'afficher et de formaliser le portage conjoint de la politique en faveur des personnes âgées par l'ARS et les conseils généraux. La mise en avant de cette co-responsabilité à travers cette instance revêt une plus-value aux yeux des autres acteurs. En cela, les MAIA ont permis, aux yeux de certains professionnels, d'améliorer la

gouvernance sur ce champ d'actions, et par là même, les rapports entre l'ARS et les CG. Pour d'autres, en revanche, l'instance reste très politique, avec un poids de certains élus présents qui pèsent sur le fonctionnement.

-La reconnaissance de l'intérêt de mettre autour de la table tous les acteurs décisionnaires et financeurs

L'initiative innovante de réunir et faire échanger l'ensemble des décideurs et financeurs sur le sujet des personnes âgées est perçue comme une plus value, à condition que cette idée prenne corps concrètement dans des décisions stratégiques et opérationnelles. Les représentants des collectivités territoriales mettent notamment en avant l'intérêt du contact direct que cela leur procure avec les organismes de sécurité sociale, dont ils ne connaissaient parfois pas les représentants auparavant.

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

Par ailleurs, l'élargissement à des collèges consultatifs des élus et des représentants des dispositifs favorisant l'intégration est vu comme un signal positif de la prise en compte par l'ARS de la place de ces partenaires. Les points de vue sur l'absence des représentants des professionnels libéraux à la table stratégique sont, quant à eux, assez différents en fonction des acteurs. Il semble toutefois que cela ne soit pas un facteur facilitant leur association à la dynamique.

-Une instance encore insuffisamment investie

Même si cette instance a pris corps aujourd'hui dans tous les départements, tous les acteurs ne sont pas encore mobilisés. A ce jour, les organismes de protection sociale, et notamment la caisse primaire d'assurance- maladie et la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail, ne sont pas toujours présents en réunion. De même, que certains partenaires présents sont encore en retrait, sur la réserve, et ne s'impliquent pas dans la discussion.

A l'heure actuelle, ce sont plus les conseils généraux et l'ARS qui présentent des éléments et qui tranchent. Il y a encore peu d'échange. Certains acteurs soulignent d'ailleurs une place trop grande prise notamment par l'ARS. Un équilibre est à trouver dans l'expression des différents représentants.

La table stratégique est souvent perçue comme une « chambre d'enregistrement » qui valide des procédures et où peu de décisions sont prises. Pour l'instant, il s'agit davantage d'un lieu d'apport d'informations que de questionnements ; ce qui semble d'ailleurs normal pour certains car « les changements sont profonds et demandent à tous un temps d'appropriation, pourvu qu'il ne soit pas trop long... ».

-Une absence de clarté des objectifs et des attentes vis à vis du contenu de cette concertation

Il y a un manque de visibilité sur ce qui doit être « produit » par cette instance et sur la définition du contenu attendu de cette concertation, évoqué même par certains pilotes ou professionnels de l'ARS en charge de la préparation des réunions. Ainsi des interrogations subsistent notamment sur ce qui doit être validé en table stratégique.

Par ailleurs la lourdeur des travaux de la table stratégique est soulignée notamment quand elle implique plusieurs MAIA, par exemple le passage fastidieux des trois rapports d'étape des trois MAIA d'un même département en séance. A l'inverse, il y a un problème d'alimentation des travaux des tables stratégiques lorsque les tables tactiques ne sont pas matures et ne produisent pas ; or ce sont leurs productions qui devraient nourrir les débats.

Il est notamment attendu par les acteurs des tables tactiques que les tables stratégiques définissent les résultats attendus des MAIA sur le département et les indicateurs pour les mesurer. Des sujets stratégiques ont pu également être mis en avant : une réflexion sur les besoins des territoires et les enjeux en termes de formation des acteurs.

-Une hétérogénéité de contenu des travaux et de conduite des tables stratégiques

Des écarts apparaissent sur la conduite des travaux des tables stratégiques, mais également sur les sujets qui y sont abordés. Des attentes sont exprimées en faveur d'un travail d'harmonisation des sujets à porter ou non en table stratégique et des décisions qui doivent y être prises. La mise en commun des questionnements qui émergent pourraient notamment permettre d'anticiper certaines difficultés à venir.

13) Une concertation stratégique qui n'est pas encore pleinement effective.

14) Un besoin de clarification du contenu de la concertation stratégique et de pilotage régional de la conduite des travaux.

2.2 La concertation tactique

« La MAIA est un incubateur d'idées. »

« La plus value de la MAIA, ce sont les idées, les échanges. »

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

-Le caractère innovant de cette instance

La MAIA à travers sa table tactique est un dispositif unique, en capacité de rassembler tous les acteurs sur un territoire donné pour contribuer à faciliter leur rencontre et leur travail en commun, tant les acteurs du domicile, que ceux des établissements, les professionnels du sanitaire que du médico-social. La MAIA formalise un cadre de travail sur le territoire. Cet espace n'existait pas auparavant d'une manière aussi globale, avec la particularité d'être maintenant reconnue dans des textes règlementaires. Certains territoires avaient déjà mis en place des comités d'acteurs sur certains territoires (par exemple dans le 49) qui avaient cette vocation, mais qui étaient des initiatives locales et qui n'en globalisaient pas un périmètre aussi large. Il y avait également les réseaux de santé notamment gérontologiques mais qui avaient des orientations spécifiques et se retrouvaient autour des situations des patients. Les acteurs rencontrés reconnaissent globalement la richesse de cette instance à travers son « potentiel ».

La mobilisation des acteurs est d'ailleurs relativement importante notamment en volume si on additionne l'ensemble des acteurs ayant participé à une réunion de table tactique depuis la naissance des dispositifs (à titre indicatif en instantané : 529 destinataires ciblés dans le cadre de l'enquête à destination des membres des tables tactiques).

-Une concertation tactique réelle mais avec un champ encore limité

*« La concertation est réelle, mais à combien d'acteurs ?
Le noyau dur, c'est ceux qui sont là en réunion, mais quel est réellement
l'impact sur le territoire ? »*

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

La concertation est globalement décrite comme réelle au sein de ces tables. Après, parfois, une première étape avec plus de « méfiance » voire certaines expressions de mécontentement, dorénavant, les acteurs présents se connaissent, s'écoutent et se parlent. Les acteurs rencontrés en reconnaissent l'intérêt notamment dans le fait d'avoir mis autour de la table et fait se connaître et se parler des acteurs de secteurs différents qui ne communiquaient pas forcément entre eux avant. La

plupart des acteurs rencontrés estiment que le périmètre de leurs échanges partenariaux s'est élargi par rapport à avant la MA IA. La plus- value est dans le croisement des regards et dans le partage d'objectifs communs.

Toutefois, tous les acteurs ne se permettent pas d'intervenir de la même façon lors des réunions. D'une part, car, pour certains, ce n'est pas toujours aisé de prendre la parole en séance de trente personnes avec des positionnements différents lorsqu'on n'en a pas l'habitude. D'autre part, pour d'autres, car il faut être relativement clair sur les missions des différents acteurs pour se permettre de parler et avoir une vision plus globale et, qu'aujourd'hui, ce n'est pas forcément encore le cas. C'est alors le rôle du pilote dans l'animation des travaux de permettre à chacun d'exprimer son point de vue et de s'assurer que certains acteurs ne prennent pas trop de place. Son animation a donc une influence très importante dans la manière de mener les travaux de la table tactique.

Dans tous les cas, tout n'a pas vocation à se passer en table. Il faut ensuite toucher le terrain. Un travail de pédagogie et de communication est à mener. Il est indispensable d'expliquer et de ré- expliquer, ce qui relève de la responsabilité de chacune des parties prenantes du dispositif, au- delà du pilote lui- même. Or, les travaux et les inform ations ont plus de mal à ci rculer en dehors des acteurs présents en table et tous le s acteurs du territoire n'y sont pas présents. Ainsi la MAIA n'est pas très connue des personnes qui ne sont pas parties prenantes des travaux de la MAIA. D'où des intérêts différents des différentes approches choisies par les pilotes avec des tables tactiques plus ou moins élargies. On trouve ainsi de s tables tactiques souhaitées plus restreintes avec la mise e n œuvre de représentations qui permettent des échanges plus opérationnels, mais au détriment d'une appropriation plus large du dispositif. A contrario, on trouve des tables avec des compositions plus élargies où les échanges sont plus difficiles à réguler mais où l'implication est facilitée. Pour l'instant la composition de la table t actique est extensible pour faciliter l'intégration, mais le management d'un grand nombre est difficile et semble être un obstacle au passage à plus d'opérationnalité des travaux. C'est d'ailleurs ce qui a engendré la naissance de groupes de travail thématiques dans la plupart des MAIA. La question est do nc posée de savoir s'il faudrait à terme un nombre défini de personnes présentes.

-Une hétérogénéité des compositions et des présences en table tactique

75% des pilotes MAIA interrogés reconnaissent avoir rencontré des difficultés de mobilisation de certains acteurs.

(Source : enquête auprès des pilotes MAIA)

Tout d'abord, le volume d'acteurs disponibles et à mobiliser varie suivant le contexte local en fonction de l'offre des territoires, dans lesquels il n'y a pas non plus les mêmes acteurs (diversité de profils et de statuts). Ensuite, la mobilisation est également à géométrie variable et ce ne sont pas les mêmes éléments moteurs partout. Par exemple, dans certains territoires, les établissements de santé sont plutôt porteurs de la dyna mique alors que dans d'autres, ils sont peu présents en table ta ctique ; le constat est le même pou r les Etablissements d' Hébergement pour Perso nnes Agées Dépendantes (EHPAD). Des difficultés de mobilisation perdurent. En outre, ceux qui viennent sont ceux qui ont déjà l'habitude de travailler en réseau. Les plus réticents restent donc à convaincre.

Les modalités de choix des membres des tables tactiques ne sont pas toujours très lisibles. Ainsi a pu être noté le fait que la forme de représentativité à la table n'était pas forcément affichée, ni connue par les participants, même pou r eux- mêmes. Par conséquent, dans le cas où ils étaient censés être représentatifs, par exemple pour tel profil d'acteurs et donc responsables de faire le lien avec eux sur les travaux menés, ils n'en ont pas forcément conscience. Les acteurs des tables ont l'information, mais il n'y a pas forcément par la suite d'information dispensée à chaque acteur individuellement, comme il n'y a pas de conventionnement individuel avec chaque acteur. Il y a en outre de s questionnements autour de la légitimité de la représentation de certains acteurs en table tactique. Par ailleurs, les présents n'ont pas toujours le bon niveau de représentation pour prendre des engagements. A cela, s'ajoute le fait que ce ne sont pas toujours les mêmes acteurs qui viennent en réunion, ce qui pénalise la continuité des travaux.

Pour l'instant, compte tenu de la représentation en table tactique, les MAIA ont globalement plus une coloration médico-sociale, or à term e le champ sanitaire devra être autant inve sti pour que l'objectif

soit atteint. En effet, la plus-value de la MAIA par rapport aux CLIC est précisément le lien avec le secteur sanitaire.

Il y a également un manque d'association des élus locaux, dont il apparaît pourtant essentiel de favoriser la présence. Cela se note même dans les MAIA portées par des collectivités locales. Un travail de pédagogie est nécessaire.

-Des difficultés réelles de mobilisation des acteurs libéraux

Le problème prégnant en termes de mobilisation est celui des professionnels de santé libéraux. Ils ont peu de temps à dégager sur des travaux de cet ordre et souvent ne souhaitent pas participer à de « grandes réunions », c'est le cas notamment des médecins. Ils ne sont pas forcément réticents à participer, mais leur argument principal est celui du temps disponible et de l'absence de rémunération alors que cela leur ajoute du travail. C'est pour cela que, le plus souvent, ceux qui viennent le font dans le cadre de l'URPS et sont indirectement rémunérés dans le cadre de leur mandat. Or, la logique MAIA, c'est l'intégration qui ne passe pas par la rémunération supplémentaire d'une activité de coordination. Mais en réalité, très peu de structures permettent de symboliser leur représentativité, à part les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et les Ordres professionnels, dont ce n'est pas forcément la mission.

Tous les acteurs s'accordent toutefois pour dire qu'il faut trouver un moyen d'assurer la présence des acteurs libéraux et notamment des médecins généralistes qui ont une place centrale dans le parcours des personnes âgées. Il faut qu'ils soient associés. Toutefois il ne faut pas s'arrêter avec ceux qui bloquent et continuer à avancer. D'ores et déjà à certains professionnels du premier recours, et notamment les médecins dans le cadre de la gestion de cas, commencent à percevoir l'intérêt de ce fonctionnement et à se conseiller entre eux. Aujourd'hui la démonstration d'une plus-value de la concertation qui, par exemple leur faciliterait la tâche, ne leur a pas été apportée. Leur adhésion est subordonnée à l'intérêt qu'ils peuvent y trouver et à leur bonne compréhension des enjeux.

-Mais des pistes sont explorées

Les leviers qui ont pu être identifiés par les personnes interrogées lors des investigations pour intégrer les partenaires libéraux peuvent être :

- de les inviter via les URPS qui peuvent indemniser les libéraux ;
- d'organiser des tables tactiques en soirée pour compenser le manque à gagner des médecins en journée (ce qui a été testé dans certaines MAIA sans toutefois vraiment plus de succès) ;
- de planifier les rencontres pour l'année pour rendre plus aisée leur disponibilité ;
- de convaincre des « pairs » qui pourront faire passer le message aux autres, notamment en intégrant les médecins coordonnateurs des EHPAD, mais également les médecins des Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS) ou en se rapprochant des leaders sur le territoire ;
- de les rencontrer lors de leur participation aux réunions des CLIC ou à celles des gestions de cas ;
- de les mobiliser via les conférences de territoire où ils sont généralement présents. C'est un levier qui a fonctionné dans certains territoires comme en Sarthe ;
- de se servir des gestionnaires de cas qui sont de bons relais d'information vers les acteurs de la prise en charge ;
- et la solution toujours préconisée est celle de les rémunérer.

Le fait d'aller vers eux en proximité plutôt que de les faire venir semble être en tout cas la piste à privilégier, c'est ce qui a été expérimenté à travers le recrutement des animateurs PAERPA. Certains pilotes MAIA se sont servis de la réalisation du diagnostic de terrain pour aller se présenter et leur poser des questions.

Dans tous les cas, il convient que ce soit un sujet qui soit mûrement pris en compte avec la définition d'une véritable stratégie au niveau de chaque MAIA pour essayer de les mobiliser, ou au moins de les sensibiliser. Il faut trouver un système afin qu'ils puissent s'impliquer même sans s'associer aux travaux de la table tactique, mais, pour cela, il faut des vecteurs de communication.

-La nécessité de passer à « la vitesse supérieure » pour éviter l'épuisement des acteurs

*« Qu'on arrête d'y présenter juste ce qu'est la MAIA
et ce qu'on fait en gestion de cas ».*

« Arrêter de discuter sur la forme et davantage échanger sur le fond ».

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

S'il apparaît que la concertation émerge, il s'avère que le passage à la réalisation est plus difficile. Ainsi les tables tactiques ne sont pas perçues comme étant matures car elles ne produisent pas encore suffisamment. De nombreux acteurs ont mis en avant le fait qu'il était temps que les tables tactiques produisent quelque chose, et qu'il y ait une véritable co-construction autour de la table. Dans le cas contraire, il y a un risque d'essoufflement si des actions plus opérationnelles ne sont pas portées. Actuellement, certains acteurs ont l'impression d'être là « pour entendre ce qui descend de l'ARS ou du conseil général, mais pas d'exprimer ce dont ils ont besoin ». Certains parlent de « démocratie participative floue ». Il y a un manque de visibilité sur ce qui doit être construit et sur la forme finale que le projet va prendre.

Jusqu'à présent, les productions ont essentiellement porté sur la gestion de cas, et la production d'outils. En tout état de cause, il y a un écart d'avancement des travaux entre les différentes MAIA compte tenu de leur ancienneté et de la dynamique des tables.

La charte de gouvernance MAIA/ PAERPA est perçue comme étant venue donner plus de poids aux tables tactiques en tant que véritables lieux de production des acteurs. Le principe est qu'elles fassent des propositions mais qu'elles ne décident pas, le sujet devant être ensuite discuté en table stratégique et y être tranché. C'est d'autant plus vrai lorsque plusieurs CIAP d'un même département peuvent faire des propositions différentes. Ainsi par exemple ça a pu être le cas lorsqu'un document en cours de production dans une table tactique mais pas encore complètement abouti s'est vu supplanté par un autre projet validé en premier par une autre table tactique et souhaité pour l'ensemble du département par la table stratégique. Cela a pu engendrer certaines frustrations car le document non retenu avait représenté beaucoup de travail au niveau territorial. Dans certaines MAIA, les lieux de production étant les groupes de travail, les travaux des groupes sont déjà discutés et validés en table tactique laissant à penser qu'ils sont validés alors qu'ils doivent être soumis à nouveau au processus de validation en table stratégique. Tout ceci questionne la légitimité des décisions prises en table tactique qui ne sont en fait que des propositions, mais également la nécessité de ce qu'il faut valider ou non à un niveau au-dessus.

Par ailleurs, certains sujets, comme par exemple le nombre de situations par gestionnaires de cas, nécessiteraient une validation au niveau régional afin d'éviter d'éventuelles distorsions de prises de position entre départements (à défaut que cela soit fait au niveau national).

Sous le prétexte de co-responsabilité, le constat posé sur le terrain, notamment par les pilotes, est que les efforts retombent vite si personne n'anime, avec l'exemple des groupes de travail « auto-administrés » (sans pilote MAIA) qui ne marchent pas, car la dynamique n'est pas portée.

Enfin, au-delà de l'hétérogénéité des productions, se pose également celle de l'utilisation dans la pratique de ces productions une fois validées. Cet aspect est lié notamment aux systèmes d'information qui sont décrits comme un préalable à une bonne concertation tactique. Or à ce stade, les investigations mettent en évidence l'absence de système d'information opérationnel.

**15) Une concertation tactique effective mais encore limitée,
qu'il faudrait rendre plus opérationnelle.**

**16) Il est indispensable d'arriver à mobiliser les professionnels libéraux
et certaines pistes demeurent à explorer.**

2.3 La connaissance des ressources et la maîtrise des besoins du territoire

-Un important travail d'identification des ressources et des besoins qui nécessite d'être poursuivi

La connaissance et la lisibilité des ressources du territoire sont des priorités pour les MAIA, c'est une des missions qui leur est confiée et dont elles se sont saisies en premier. En effet, pour elle, la bonne connaissance du territoire et des acteurs est un préalable indispensable à la détermination de leurs objectifs de travail.

Ainsi, d'une part, chaque nouveau pilote désigné débute par des prises de contact avec l'ensemble des acteurs afin de se faire connaître et de les connaître également et, d'autre part, les premiers travaux des tables tactiques consistent à réaliser un état des lieux des ressources du territoire. Ce temps « d'aller vers » est un véritable investissement pour l'avenir et il semblerait que plus la MAIA a de l'ancienneté, plus cet investissement commence à payer.

Si de nombreuses MAIA ont déjà réalisé ce recensement et ont permis de rendre l'offre existante plus lisible auprès des différents partenaires, la plupart des diagnostics demeurent encore incomplets, notamment dans la détermination des champs de compétences respectifs des acteurs, dans le détail du « qui fait quoi », notamment en matière d'accompagnement social et médico-social. Par ailleurs, là encore le manque d'outils et de systèmes d'information pénalise l'avancée des travaux.

Les attentes des acteurs sont fortes concernant le rôle de la MAIA consistant à faire remonter les difficultés de terrain ainsi que le repérage des besoins. Elle est reconnue par la majorité des acteurs rencontrés comme pouvant porter l'identification des manques, les chiffrer, les objectiver et d'être entendue avec plus de légitimité qu'eux, pris isolément, auprès des acteurs institutionnels.

-Un outil contributif à la réflexion sur l'organisation de l'offre

« La MAIA est un outil d'animation territoriale. »

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

Les réunions de la table tactique permettent d'avoir un espace de réflexion ou de construction entre acteurs, en dehors de la « tutelle », pour faire des propositions concernant l'organisation de l'offre sur le territoire. Cela permet notamment d'avoir le temps de s'articuler sur les appels à candidature ou à projets lancés par l'ARS et/ ou le conseil général. Cela permet aussi la mise en concurrence et la négociation avant le dépôt des projets, ce qui a pu être le cas par exemple pour certains projets déposés pour la création d'équipes d'appui en adaptation réadaptation et de plateformes de services. Le projet ainsi porté permet d'apporter une réponse structurée avec plus de légitimité auprès des décideurs. C'est l'opportunité pour les acteurs d'être force de proposition pour des analyses prospectives et des propositions de structures à développer dans les cinq années à venir.

Lors des investigations pour cette évaluation, la demande en cours de l'ARS faite aux MAIA de travailler sur l'hébergement temporaire a par exemple très souvent été abordée. Certains acteurs voyaient une véritable opportunité dans le fait de pouvoir faire une proposition d'offre recomposée. C'est le dossier qui nous a été parfois présenté comme celui qui allait être le test pour l'association des MAIA aux travaux de l'ARS. Toutefois certains pilotes ont exprimé des réticences, ne sachant pas quel positionnement adopter sur ce dossier. Certains représentants des Délégations Territoriales considèrent qu'il faut se servir des MAIA comme levier pour l'organisation territoriale car elles touchent directement les acteurs de terrain en grande proximité. D'autres expriment même l'opinion selon laquelle l'évolution et la recomposition de l'offre ne peut plus se faire sans les pilotes MAIA. C'est ainsi que des pilotes MAIA sont associés à certaines réunions de travail des délégations territoriales (c'est le cas par exemple en Vendée) ou conviés aux travaux des conférences de territoire, comme ça a pu être le cas en Sarthe.

L'atout des MAIA est également leur capacité à soutenir ensuite la mise en œuvre des projets en permettant une meilleure coordination au niveau territorial.

-Des avis réservés sur l'association des MAIA aux travaux des décideurs

Certaines personnes rencontrées ont toutefois émis des réserves quant à la place à octroyer aux MAIA sur ce champ afin qu'il n'y ait pas de confusion des genres, notamment entre le rôle stratégique de l'agence et/ ou des conseils généraux et les objectifs des MAIA. Il est ainsi mis en avant que si les MAIA ont la mission de faire remonter les points de rupture ainsi que des propositions au regard des difficultés identifiées, elles n'ont pas celle de faire à la place des décideurs. Par exemple sur le dossier de l'hébergement temporaire, le rôle qui leur a été confié par la DEO a pu apparaître à certains comme portant cette confusion, en prenant celui de la délégation territoriale ou même du conseil général alors que la responsabilité de la structuration de l'offre appartient aux acteurs institutionnels. Il n'est pas estimé pertinent que les MAIA soient missionnées sur tout. Il y a des dispositifs qui doivent être travaillés avec les acteurs dans le cadre des tables tactiques mais d'autres, où les décideurs doivent travailler directement avec les acteurs du territoire concerné.

Certains professionnels rencontrés estiment même qu'un excès d'implication dans les travaux d'organisation de l'offre, en lien avec ou sur commande de l'ARS, ne serait à terme pas bénéfique pour les MAIA. Elles risqueraient d'être identifiées comme «les bras armés de l'ARS » alors que leur atout est précisément, pour beaucoup de partenaires, d'y être extérieures, avec une certaine distanciation.

17) Une connaissance partagée des ressources du territoire encore inachevée.

18) La MAIA peut apporter une contribution à l'organisation territoriale de l'offre dans un cadre à définir par les décideurs.

2.4 La coordination des acteurs

*« C'est aux acteurs de se saisir de la MAIA.
L'opérationnalité est faite par les acteurs. »*

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

L'intégration va plus loin que la coordination. Il y a mise en commun de l'ensemble des ressources, les acteurs créent ensemble et harmonisent leurs pratiques. Le principe de la MAIA est précisément l'absence de création de dispositifs ou de fonctions de coordination pour assurer la coordination puisque chaque acteur étant à la bonne place et connaissant le champ d'intervention de ses partenaires, la coordination entre eux est « naturelle » et même renforcée.

-Le caractère prématuré d'un jugement sur un apport des MAIA en termes de coordination des acteurs

Tel que nous avons pu le développer dans l'ensemble des paragraphes précédents, l'ensemble du processus n'est pas encore suffisamment abouti, compte tenu notamment de sa jeunesse, pour pouvoir porter un jugement sur un apport en termes de résultat sur la coordination des acteurs.

Les acteurs ont pu toutefois témoigner d'exemples individuels ou collectifs de nouvelles interactions entre eux et/ ou d'une meilleure connaissance réciproque qui vont dans tous les cas apporter des améliorations en termes de coordination de leur action. De nombreux acteurs ont souligné le fait que ça avait été notamment l'occasion pour eux de découvrir et de créer des lieux avec les services d'aide à domicile. Pour certains, le décloisonnement commence à se sentir, la production de la carte « Contacts à dom » du Maine et Loire peut par exemple en témoigner. Par ailleurs, certains acteurs capitalisent sur l'existant et s'approprient les outils produits en table tactique dans leurs propres pratiques. Ainsi le réseau de santé RESPA a repris comme outil interne la fiche de liaison produite par la MAIA de Vendée et l'outil sur le repérage de la fragilité pour l'équipe d'appui en adaptation/réadaptation.

Certaines expériences sont toutefois plus avancées comme la fiche d'admission en Vendée qui va au-delà de la prise en charge en gestion de cas en permettant d'envisager, pour chaque personne suivant ses besoins, l'entrée dans différents dispositifs (avec une gradation du niveau de prestation requis au regard des besoins), comme une préfiguration d'une forme de guichet intégré.

-Une dynamique freinée par l'absence de systèmes d'information partagés

L'exemple cité précédemment ne pourra jamais aller plus loin en l'absence de système d'information facilitant la circulation de l'information et la réactivité en termes de réponse à la demande et de visibilité de cette réponse pour l'ensemble des acteurs concernés. Les outils et systèmes d'information s'avèrent indispensables, surtout en l'absence de dispositifs de coordination, pour que les acteurs puissent coordonner leur action. Cette thématique sera traitée dans la partie suivante.

-L'absence de guichet intégré en Pays de la Loire

Le guichet intégré est un des objectifs qui doit être mis en œuvre. Selon le cahier des charges des MAIA, « il constitue l'accès de proximité, quelque soit la structure, à l'accueil et à l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée ». C'est un processus commun aux différentes structures du territoire. Sur ce point-là, les perceptions des acteurs sont également très contrastées, chacun n'y mettant pas le même sens.

Le guichet intégré nous a été le plus souvent évoqué que comme un hypothétique terme à l'ensemble des actions d'une MAIA. Il n'est pas porté comme un objectif opérationnel dans les travaux actuels : seules deux tables tactiques MAIA ont acté leur souhait d'engagement au sein d'un guichet intégré. Dans les faits, amorcé à petite échelle dans le sud Sarthe, sans qu'il n'ait jamais complètement abouti, il n'a pris corps nulle part en Pays de la Loire.

De nombreux doutes persistent quant à la faisabilité de sa mise en œuvre, voire de la pertinence de cet objectif qui est même remis en cause par certains acteurs et des pilotes MAIA. Sa réalisation semble redondante pour certains avec la porte d'entrée unique CLIC, irréalisable sans moyens et surtout se heurte au problème de communicabilité des données.

Ce dispositif peine donc à trouver preneur en Pays de la Loire et l'ARS n'est pas incitative dans son développement. Pourtant, c'est le moyen par l'intermédiaire duquel l'intégration des acteurs sur un territoire prend corps. Des exemples aboutis, tel que celui de la MAIA de Mulhouse, permettent de témoigner de sa faisabilité et surtout de sa plus-value.

19) Un dispositif insuffisamment mature pour avoir déjà produit des résultats opérationnels en termes de coordination des acteurs mais la dynamique est enclenchée.

20) L'idée de guichet intégré est insuffisamment définie et portée en PDL.

3. LES MAIA CONSTRUISENT- ELLES LES OUTILS PARTAGES ADEQUATS POUR AMELIORER LES PARCOURS DES PERSONNES AGEES ?

Un des objectifs de la MAIA est de tendre vers la production et l'utilisation d'outils communs au service de l'intégration. Cela implique notamment de mettre en œuvre les outils du guichet intégré prévus dans le cahier des charges MAIA. Il s'agit principalement d'un annuaire, le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), du référentiel d'interventions sur les missions partagées, du formulaire d'analyse multidimensionnel (le GEVA-A, outil national de la CNSA), de la base de données guichet intégré et de la base de données gestionnaire de cas.

39% des membres de table tactique ayant répondu à l'enquête estiment que les MAIA n'améliorent pas les ressources des professionnels.

(Source : enquête auprès des membres des tables tactiques MAIA)

-Des outils encore peu développés

Le bilan réalisé dans le cadre de l'enquête par questionnaire auprès des pilotes MAIA en novembre 2013 a mis en exergue que :

- aucun ROR n'était mis en place à l'époque,
- seul un référentiel des interventions était abouti en région,
- seulement 37% des MAIA avaient mis en place un formulaire d'analyse multidimensionnel,
- et seulement 25% des MAIA avaient mis en place une « base de données guichet intégré ».

C'est dans le cadre de la gestion de cas que les outils étaient les plus avancés en termes de mise en œuvre, avec 75% de MAIA disposant d'une « base de données gestion de cas », mais quelquefois quelque peu artisanale. La plupart des tables tactiques avaient également toutes déjà travaillé sur un formulaire de demande d'entrée et/ ou d'admission en gestion de cas.

-Des outils qui conditionnent la mise en œuvre optimale de la dynamique d'intégration

86% des membres des tables tactiques ayant répondu à l'enquête estiment que la MAIA doit contribuer à la création des outils.

(Source : enquête auprès des membres des tables tactiques MAIA)

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

« L'ARS ne nous donne pas les moyens de son ambition ».

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

Les deux priorités qui ressortent des investigations sur ce champ concernent:

-le ROR afin que chaque acteur puisse avoir une vision de l'ensemble des ressources disponibles sur le territoire, notamment au moment où il doit orienter une personne vers le bon interlocuteur,

-et le dossier partagé, électronique et sécurisé, permettant une évaluation partagée de la personne âgée et de limiter les redondances des examens et notamment des évaluations.

-L'attente des outils nationaux pèse sur la dynamique régionale

La première difficulté est qu'un certain nombre d'outils sont attendus du niveau national. Dans un premier temps, afin de ne pas produire au niveau local des outils qui seraient supplantés ensuite par d'autres, qu'il faudrait de toute façon utiliser, le mot d'ordre a été plutôt d'attendre leur arrivée. Or il y a une lenteur dans la mise en place des outils au niveau national qui a créé un temps de latence en région. Pourtant il y a eu un fort investissement des régions en termes de contribution, notamment pour le GEVA- A, qui a représenté par exemple pour la MAIA de Nantes une réunion par mois à Paris pendant plus d'un an et demi.

La réglementation pour l'accès à l'information pose aussi problème, notamment pour le partage des données de santé et également pour l'accès à une messagerie sécurisée.

-Une diversité des outils utilisés actuellement

77 % des gestionnaires de cas ayant répondu à l'enquête utilisent des outils propres créés par la MAIA et 59% n'utilisent pas le GEVA- A.

(Source : enquête auprès des gestionnaires de cas)

Comme il fallait toutefois que les MAIA avancent dans leurs travaux, elles se sont créées leurs propres outils, dans un premier temps, pour leur fonctionnement interne, mais également ensuite, dans le cadre des tables tactiques pour la coordination entre acteurs, puisque c'était précisément un de leurs objectifs opérationnels. Les MAIA utilisent ainsi actuellement divers outils sous WORD ou EXCEL. Outre le fait que cela soit chronophage, ce travail artisanal n'est pas satisfaisant. Par exemple certaines statistiques annuelles sont faites par comptage manuel ou une base de données guichet intégré est constituée d'un simple listing des acteurs. Il manque souvent un logiciel informatique où stocker les informations.

Cette diversité complique en outre la vision globale régionale et rend par ailleurs l'homogénéisation de ce qui est demandé aux MAIA quasiment impossible.

Il y a ensuite des frustrations quand un outil commun finit par arriver (niveau régional ou national). En effet, cela rompt la dynamique car son utilisation est imposée alors que les acteurs ont investi du temps et de l'énergie dans la conception de leur outil et commençaient juste à l'utiliser. C'est le cas d'une MAIA qui avait construit un cahier des charges pour le ROR sur son territoire et qui avait trouvé des fonds pour mettre en place l'annuaire. Les professionnels ont arrêté leur projet dès lors que la dynamique est devenue régionale pour la mise en place du ROR. Ils sont maintenant en attente de l'outil régional.

Toutefois une capitalisation de l'existant est déjà recherchée. En effet, une dynamique de mise en commun des outils créés existe entre les pilotes, le plus souvent, entre ceux d'un même département.

50% des pilotes MAIA ont indiqué utiliser des outils produits par d'autres MAIA.

(Source : enquête auprès des pilotes MAIA)

Par ailleurs tous les outils imaginés dans le cadre des différentes MAIA sont loin d'être tous en place et de fonctionner. En effet, s'il faut du temps pour la production, il y a encore une temporalité différente entre la production et l'utilisation effective. La mise en place concrète des outils est pointée par les acteurs comme étant une difficulté à surmonter. D'une part, cela est dû à une réticence des partenaires à substituer les outils communs à leurs propres outils, et cela prend du temps de les convaincre. D'autre part, cela est lié à la capacité de partage de l'information pour l'efficacité de la mise en pratique. Il faudrait un système d'information partagé, avec différents outils interopérables entre eux.

-Des attentes vis-à-vis de l'ARS en termes de mise en cohérence

« Une opportunité à saisir de systématiser l'utilisation d'outils communs ».

« Les travaux sur le ROR peinent à aboutir. »

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

La production d'outils est freinée également par les difficultés de compréhension des acteurs des missions de certains services et de leur articulation dans le cadre du parcours de santé de la personne âgée. C'est le cas par exemple pour le référentiel partagé des interventions et des missions sur le territoire. Dans ce cadre, seuls les éclairages de l'ARS permettront d'aboutir à des informations identiques pour toutes les MAIA. En outre, la multiplication des projets complexifie la situation qui devient paradoxale quand, alors que les outils de la MAIA n'existent pas encore, les autres outils des nouveaux dispositifs en cours de création, comme par exemple ceux des plateformes de services, devraient leur être connectés.

Les MAIA sont par ailleurs en attente d'outils standardisés, validés, avec l'aide de l'ARS et du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé. Pour eux, le bon niveau d'harmonisation des outils est souvent le niveau régional mais dans tous les cas, il serait souhaitable que cette question soit tranchée.

Il est regretté qu'il y ait sur ce champ des moyens financiers qui ne sont pas utilisés.

21) L'absence d'outils et de systèmes d'information partagés est l'élément bloquant majeur à la mise en œuvre opérationnelle de l'intégration.

22) Il faut trouver le bon niveau d'harmonisation pour chaque outil à produire et que l'ARS soit porteuse de cette dynamique d'harmonisation et de mutualisation.

4. DANS QUELLES CONDITIONS LES MAIA APPORTENT-ELLES UNE PLUS-VALUE DANS LA GESTION DES CAS COMPLEXES?

4.1 La mise en œuvre de la gestion de cas

-Des professionnels très impliqués

La gestion de cas en France est un nouveau métier dont le cadre juridique a été défini très récemment. Les gestionnaires de cas recrutés dans les MAIA sont donc généralement des personnes qui ont eu une vie professionnelle antérieure et qui sont recrutés en fonction de leur métier d'origine et

de leur expérience. On retrouve donc des profils très différents. Ont ainsi pu être recensés dans le cadre de l'enquête : sept assistantes sociales, cinq infirmières, quatre conseillères en économie sociale et familiale, trois psychologues et trois ergothérapeutes. Ils ont tous été formés à la gestion de cas (ou sont en cours de formation) puisque c'est une condition de leur recrutement.

Au-delà d'un profil de compétences, nous avons rencontré des professionnels fortement investis dans leurs fonctions, voire extrêmement impliqués au regard du type de situations qu'ils ont pu nous décrire. Ils interviennent en effet sur des situations par définition complexes et donc lourdes, face auxquelles généralement les autres professionnels se sont sentis démunis ou ont reconnu les limites de leur capacité d'intervention.

-Des gestionnaires de cas trop souvent dans la prestation de service propre

Le constat qui peut être posé par l'équipe d'évaluation est que les situations décrites par les gestionnaires de cas sont souvent des situations où ils étaient dans le « faire » plutôt que dans le « faire faire », surtout au démarrage d'une prise en charge. Ils l'expliquent d'ailleurs par la nécessité de mise en confiance de la personne. Beaucoup d'entre eux ont mis en évidence un manque de délimitation de leur cadre d'intervention, qui fait qu'ils se retrouvent confrontés à de nombreuses situations non « codifiées » pour lesquelles ils doivent trouver une solution qui n'existe pas au moment où ils interviennent et qui pose la question de jusqu'où doit aller le gestionnaire de cas dans ses missions ? Ainsi par exemple : face à un animal malade au domicile d'une personne isolée, vont-ils le laisser là s'ils n'ont trouvé personne pour s'en occuper après leur départ ? Découvrant un réfrigérateur complètement vide à leur arrivée, vont-ils laisser la personne seule sans nourriture jusqu'au prochain passage d'un intervenant potentiel ? Sans parler de ces situations spécifiques, qui sont loin d'être uniques, des situations plus banales se présentent également, tel que l'accompagnement à un rendez-vous médical qui conditionne souvent le fait que la personne s'y rende, notamment dans les cas de refus de soins.

Ainsi ils sont souvent prestataires de service, au moins un temps donné, au détriment de leur rôle de coordination des acteurs autour de la personne. Il faut qu'ils arrivent à faire cette transition, la mission de coordination clinique de proximité étant vraiment la plus-value qu'ils doivent apporter.

-Un cadre d'intervention qui pose encore question

Le glissement de tâches qui est constaté actuellement l'est également en termes de responsabilités. En effet ces professionnels sont l'objet de beaucoup d'attentes auxquelles ils doivent faire face. Ils sont très fortement sollicités, tant par les familles que par les autres professionnels, qui les conduisent à aller toujours plus loin dans l'accompagnement. C'est notamment le cas dans les situations où il y a des signalements à faire ou de mesures de protection juridique à mettre en place. Les autres professionnels, les considérant comme référent de la personne, insistent souvent pour que ce soit eux qui les mettent en œuvre. Se pose alors la question de leur pouvoir de décision, d'autant que par ailleurs ils se retrouvent souvent confrontés à des limites liées au secret médical. Toutes ces situations interrogent donc la délimitation de leur champ d'intervention et surtout du cadre de leurs responsabilités. Cette implication fait écho aussi pour eux à de nombreux questionnements d'ordre éthique et sur leur légitimité notamment dans des situations où certains professionnels sont défaillants ou déficitaires. Par ailleurs, des textes nationaux sur le partage et l'échange d'informations pour les gestionnaires de cas font défaut.

Il est vrai que leur rôle va être également assez dépendant de l'offre disponible sur leur territoire d'intervention car, pour passer le relais à un autre professionnel, encore faut-il qu'il y en ait un de disponible et c'est une difficulté supplémentaire pour le gestionnaire de cas dans les territoires où l'offre est moins développée.

Par conséquent, dans ce contexte, le rôle du pilote MAIA, en charge du management de l'équipe des gestionnaires de cas, est essentiel. Il lui appartient de réguler l'activité des gestionnaires de cas et de trancher le cas échéant. Il appartient également à chaque gestionnaire de cas de limiter son activité au rôle qui lui est imparti. A cette fin, les gestionnaires de cas rencontrés estiment qu'un temps de partage et d'analyse de pratiques leur permettrait d'avoir le recul nécessaire sur l'exercice de leurs missions et surtout ses limites.

-Une reconnaissance unanime de la plus-value de la gestion de cas pour une personne accompagnée

Aucun acteur interrogé lors de cette évaluation, par le biais d'une enquête ou d'un entretien, n'a remis en cause l'apport de la prise en charge en gestion de cas pour une personne accompagnée. Au contraire, c'est généralement la gestion de cas qui a été spontanément citée en premier par la majorité de nos interlocuteurs interrogés sur la plus-value de la MAIA. Ils mettent notamment en avant le temps dédié par les gestionnaires de cas à la personne âgée en situation de perte d'autonomie, à son entourage et aux professionnels qui l'entourent.

La gestion de cas a permis la prise en charge des situations les plus complexes dans de meilleures conditions avec des professionnels dédiés. Ce sont précisément ses spécificités qui sont ses atouts à travers la durée de l'accompagnement et surtout l'intensivité de l'intervention dans le temps, la prise en compte de la personne dans l'ensemble de ses caractéristiques et dans son environnement avec une personnalisation de la réponse apportée et la proximité de l'accompagnement. Tout cela, seule la gestion de cas est en capacité de l'apporter compte tenu des moyens nécessaires, qui n'existent pas par ailleurs, notamment dans les CLIC.

-Une fluidification du parcours ressentie mais non objectivée pour le moment

Toutefois, bien qu'une amélioration de la prise en charge soit mise en avant au bénéfice d'une facilitation du parcours des personnes accompagnées, actuellement cette fluidification du parcours des personnes accompagnées n'est pas objectivée. Aucune donnée ne permet de la valoriser, ni de démontrer la plus-value de la gestion de cas. D'ailleurs, pour le moment, en Pays de la Loire, aucun recueil de données n'a été mis en place pour la mesurer. Il paraît indispensable notamment de recueillir certaines données tels que le nombre de passages aux urgences, avec ou sans hospitalisation, le nombre d'hospitalisations programmées et le nombre de ré-hospitalisations dans les trente jours, afin d'en voir les évolutions et de pouvoir les comparer avec les taux régionaux sur la population de la même tranche d'âge.

Une expérimentation menée en Alsace pourrait utilement inspirer à terme la région des Pays de la Loire. La MAIA de Mulhouse a travaillé à la mise en place d'un système d'informations pour essayer de mesurer l'efficacité de la gestion de cas en termes de retardement de l'entrée en EHPAD. Ils vont étudier les situations pour lesquelles une demande d'entrée en EHPAD était prévue sur lesquelles ils sont intervenus et mesurer le temps de prolongement du maintien à domicile. Il conviendrait par ailleurs de comparer le coût du maintien à domicile dans le cadre d'une gestion de cas avec celui d'une institutionnalisation, afin de mesurer le gain financier.

-Un bénéfice au service de l'intégration des acteurs

« La gestion de cas est un laboratoire pour repérer toutes les difficultés du terrain. »

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

Si l'absence d'antériorité de l'intégration des acteurs a pénalisé la mise en œuvre de la gestion de cas car chaque gestionnaire de cas s'est retrouvé livré à lui-même pour créer les liens entre les acteurs, la mise en œuvre de la gestion de cas a permis, quant à elle, de renforcer la coordination entre les partenaires en proximité. En effet, les gestionnaires de cas ont commencé à travailler à l'interconnaissance des acteurs en proximité et notamment aux liens avec ceux du premier recours. Ils sont porteurs de l'intégration au niveau de leur territoire d'intervention. Par ailleurs, ils sont de bons relais d'informations (dans les deux sens) et apportent une bonne connaissance de l'offre, d'autant que les situations les plus complexes prises en charge sont souvent significatives des dysfonctionnements du territoire.

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

-Le lancement de la gestion de cas en premier pénalise toutefois la mise en œuvre de l'intégration des acteurs

Contrairement aux recommandations nationales, l'ensemble des MAIA s'est approprié cette mission en premier, car c'était plus aisé, plus concret. De plus, les moyens pour la mettre en œuvre, notamment pour le recrutement des gestionnaires de cas, étaient alloués dès le démarrage du projet. En outre, l'adhésion des acteurs pour la gestion de cas était plus facile à obtenir car cela apportait directement des moyens supplémentaires pour la prise en charge des personnes, et souvent pour des situations que les professionnels n'avaient pas les moyens d'accompagner eux-mêmes et face auxquelles ils étaient parfois en difficulté.

Mais, de ce fait, la MAIA a été vue dans un premier temps comme un nouveau service sur le territoire avec, dans beaucoup d'esprits, l'amalgame MAIA = gestion de cas. Il a souvent été ensuite très compliqué pour les pilotes d'expliquer que la MAIA n'était justement pas une nouvelle structure mais une méthode de travail au service de tous les acteurs alors qu'elle était par ailleurs effectivement prestataire de service sur le territoire.

23) La gestion de cas apporte une vraie plus-value pour les personnes accompagnées de par la réponse particulière et novatrice qu'elle apporte, mais elle reste à objectiver en termes de fluidification des parcours.

24) Une délimitation du champ d'action et des responsabilités des gestionnaires de cas insuffisamment précise.

4.2 Des attentes fortes de positionnement sur l'évolution de l'activité de gestion de cas

-De nombreux questionnements sur le nombre de situations à prendre en charge

Lors des investigations, la plupart des MAIA étaient en phase de questionnement de la capacité de prise en charge par gestionnaire de cas et sur la pertinence du nombre de quarante situations à prendre en charge fixé par la réglementation. En effet, au regard de la pratique vécue depuis la mise en place des MAIA et notamment de la saturation de l'activité des gestionnaires de cas, la plupart des pilotes et gestionnaires de cas des Pays de la Loire sont arrivés à la conclusion qu'il fallait diminuer ce nombre. Il est notamment mis en avant que les gestionnaires de cas ayant testé la prise en charge d'un tel nombre de situations étaient épuisés, qu'il y avait une telle saturation des agendas qu'il n'y avait pas de réactivité possible et que la prise en charge perdait son caractère d'intensivité compte tenu du « flux à gérer » et de ce fait sa qualité.

Ainsi, certains pilotes ont souhaité faire statuer les tables tactiques sur cette question. Certaines ont acté cette proposition de diminution (notamment à Nantes) et ont eu un effet d'entraînement sur les autres, d'autres n'ont pas réussi à se mettre d'accord. Dans tous les cas, la position de la table stratégique qui a déjà eu à statuer sur cette question (celle de la Loire-Atlantique), suivant notamment l'avis de l'ARS, est qu'il n'est pas souhaitable de modifier ce seuil pour le moment, même si une forme de souplesse paraît nécessaire dans la pratique.

Dans les faits, certaines MAIA, en l'absence même de position de la table tactique ou stratégique, refusent des prises en charge (mises sur liste d'attente) alors que ce seuil n'est pas atteint.

Les investigations font ressortir que s'il apparaît collectivement que le nombre de 40 situations semble effectivement trop lourd à gérer, le seuil maximal de 25 proposé dans certaines tables tactiques paraît sous-estimé notamment compte tenu du coût de la gestion de cas. Il serait également difficile à faire admettre à certains professionnels qui gèrent une file active de patients nettement plus importante (bien que cela ne soit pas le même type de prise en charge).

Dans tous les cas, en l'absence de données et notamment en l'absence d'objectivation de cette saturation, il paraît impossible de déterminer la capacité de prise en charge (nombre de situations) par gestionnaire de cas et de prendre une décision différente de celle préconisée au niveau national. Ainsi aucun autre volume n'a été validé au niveau stratégique pour le moment. Dans tous les cas, la

majorité des acteurs rencontrés sont d'accord pour dire que le bon niveau de décision sur cette question serait le niveau régional, à défaut d'évolutions nationales, bien que les contextes locaux soient à prendre en considération. Il faudrait un consensus sur une fourchette.

Par ailleurs, cette question est également liée au premier sujet traité sur le périmètre du champ d'interventions des gestionnaires de cas qui, mieux il sera sérié, plus le gestionnaire de cas pourra avoir une maîtrise sur son activité et son volume.

-Une saturation de l'activité des gestionnaires de cas qui pose la question de la sortie de la gestion de cas

Au bout de deux ans de mise en œuvre, les gestionnaires de cas sont embolés aussi parce que, sauf situation particulière (déménagement...), les personnes prises en charge le resteront, par principe, jusqu'à leur institutionnalisation ou jusqu'à leur décès. De fait, une prise en charge peut être longue, et par conséquent, les nouvelles « entrées » peu nombreuses. Ce contexte a donc conduit à ce que la question de la sortie de la gestion de cas commence à se poser, car à défaut, il ne peut pas y avoir de nouvelles entrées.

Sur cette question, les points de vue des professionnels se partagent entre deux positions bien tranchées :

-les premiers attachés à la « lettre » du texte selon lesquels les situations admises sont par définition complexes sur la durée avec peu de chances de stabilisation, ce qui ne permet pas d'envisager de sortie ;

-les autres selon lesquels la situation peut se stabiliser à un moment donné pour la personne, notamment en raison d'éléments de complexité initiaux qui ont pu évoluer et la situation se décomplexifier. Il faut alors admettre et travailler à des possibilités de sortie en relais vers d'autres dispositifs (notamment vers les CLIC).

Une autre possibilité suggérée par certains serait, si l'on admet que certaines situations puissent être stabilisées, que ces situations qui ne nécessitent plus un accompagnement rapproché aussi intense, restent en veille dans le portefeuille du gestionnaire de cas et qu'il y ait ainsi un équilibre à trouver entre un nombre de situations « actives » correspondant aux démarrages de prise en charge ou aux situations « en crise » et un nombre de situations « en veille » qu'il aurait à suivre. Si l'accompagnement de la personne est même confié à un autre intervenant, le gestionnaire peut rester en veille. Ainsi par exemple c'est ce qui peut se passer dans le cadre de certains réseaux de santé qui restent en veille (notamment par rapport à la prise en charge sanitaire) quand ils ont adressé une personne en gestion de cas, même si cela peut aussi conduire à un risque de doublon de prise en charge qui n'est pas souhaitable.

-Mais également la question du nombre de gestionnaires de cas

La saturation de l'activité des gestionnaires de cas de certaines MAIA tient également au dimensionnement même de la gestion de cas par MAIA avec un ratio-type de gestionnaires de cas par MAIA qui ne tient pas compte du volume de personnes âgées vivant sur le territoire et donc du potentiel de situations à couvrir en gestion de cas. Ainsi la MAIA Nantes Agglomération comprend le même nombre de gestionnaires de cas que d'autres MAIA plus petites, aux populations moins denses.

La corrélation entre nombre de gestionnaires de cas et population couverte semblerait plus pertinente à mettre en œuvre afin que l'attribution des moyens soit équitable, à moins de dimensionner la taille de la MAIA uniquement au regard du critère populationnel afin que les bonnes ressources soient disponibles. Mais cette dernière solution nierait l'ensemble des autres critères à prendre en compte pour le choix d'un territoire cohérent.

-Une absence d'harmonisation des critères et des procédures d'entrée en gestion de cas

S'il y a des disparités entre les présentations des outils utilisés pour l'entrée en gestion de cas, globalement ils sont assez harmonisés quand même entre MAIA en PDL. Si globalement les critères d'admission en gestion de cas sont les mêmes d'une MAIA à l'autre (bien que la forme des documents utilisés diffèrent), certaines nuances existent. Certains pilotes ont d'ailleurs admis que les conditions plus exigeantes qui avaient pu être posées étaient en partie pour une meilleure régulation de l'activité des gestionnaires de cas. Les conditions d'admission peuvent être également différentes (commission d'entrée ou non, critères d'inclusion...). Les gestionnaires de cas soulignent l'importance de la tenue d'une commission d'entrée en gestion de cas pour croiser les regards par rapport aux caractères

discriminants des situations afin que la responsabilité ne pèse pas uniquement sur eux. C'est un point de vue qui n'est pas partagé par un pilote MAIA hors région Pays de la Loire qui estime que les critères sont suffisamment précis pour que l'appréciation ne soit pas subjective et que les deux étapes : entrée/ inclusion permettent de se prémunir contre ce risque.

Pourtant, en région, l'appréciation des critères est susceptible de varier d'une MAIA à une autre, ce dont ont pu témoigner des acteurs membres de plusieurs MAIA. Le risque est alors que, selon où elles habitent, les personnes ne soient pas accompagnées de la même façon et, ainsi, d'engendrer des inégalités territoriales en santé. Pour certains professionnels, l'ARS serait légitime dans la demande d'avoir des critères communs à toute la région car, en fonction d'un critère identifié, une personne âgée pourra être prise en charge ou non en gestion de cas.

Les conditions d'entrée en gestion de cas sont également une manière de réguler « le flux » de prise en charge. En l'occurrence, si elles n'ont pas été appréciées à juste titre, elles peuvent justifier des sorties.

-Les effets pervers du rattachement de la gestion de cas à la MAIA

Le positionnement de la gestion de cas au sein de la MAIA a entraîné beaucoup de confusion de la part des acteurs. En effet la neutralité de la démarche de certains pilotes au service de l'intégration a pu être questionnée à partir du moment où la MAIA était vue elle-même comme prestataire de service. Par ailleurs, alors qu'elle se voulait démarche de travail, via la gestion de cas, elle est aussi structure et le message de la dissociation des deux missions n'est pas toujours aisé à faire passer.

Certains professionnels se questionnent donc encore sur la pertinence de cette place. Les gestionnaires de cas auraient pu aussi bien être réunis avec les CLIC par exemple ou les réseaux. Leur rapprochement d'une équipe déjà opérationnelle dans les évaluations aurait même pu être un gain de temps, notamment pour la circulation de l'information, l'utilisation d'outils communs, la graduation des prises en charge...

Si l'intégration fonctionnait bien, la gestion de cas pourrait être mise ailleurs que dans la MAIA, par exemple dans les CLIC, où elle pourrait représenter une continuité de l'accompagnement CLIC pour les situations les plus complexes. Mais aujourd'hui nous sommes au début de la MAIA et la gestion de cas contribue à l'intégration. La perception de l'intégration passe aujourd'hui par la gestion de cas.

La sortie de la gestion de cas de la MAIA aurait l'atout indéniable de clarifier l'objectif de la MAIA en le concentrant sur la mise en œuvre de l'intégration des acteurs. Elle permettrait également que le pilote MAIA puisse concentrer son action sur le périmètre de cette activité qui aurait de quoi l'occuper à temps plein.

<p>25) Une absence d'harmonisation des critères d'entrée en gestion de cas et un ratio- type de gestionnaires de cas par MAIA qui sont des risques pour l'égalité de traitement des usagers.</p>
<p>26) La nécessité de statuer sur la capacité de prise en charge en gestion de cas et d'ouvrir un débat sur la potentialité de sortie de situation de la gestion de cas ou au moins de « mise en veille » des situations.</p>
<p>27) Une réflexion sera nécessaire à terme sur la plus- value du positionnement de la gestion de cas au sein des MAIA.</p>

5. DANS QUELLE MESURE LE POSITIONNEMENT ET LA POSTURE DES MAIA DES PDL LEUR PERMETTENT-ELLES D'ATTEINDRE LEURS OBJECTIFS?

5.1 L'inscription des dispositifs MAIA dans la stratégie de l'ARS des PDL

-Une dynamique forte des MAIA en PDL

« L'ARS des PDL qui, contrairement à d'autres ARS, s'implique énergiquement pour la réussite du déploiement des MAIA. »

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

L'ARS des Pays de Loire est reconnue comme ayant fortement investi le dossier des MAIA avec une stratégie de développement portée haut dans l'ARS (directrice générale et directeurs de la DEO et du PRS) et au plus près des acteurs (notamment présence de la directrice générale et/ ou du directeur de la DEO à chaque réunion de table stratégique et présence de représentants de l'ARS sur demande en table tactique). La dynamique telle qu'elle est impulsée par l'ARS Pays de Loire est un facteur porteur du dispositif en région.

Une démarche d'appel d'offre annuel ciblant les territoires à couvrir a permis une montée en charge rapide du dispositif pour parvenir en quatre ans à une couverture quasi- complète du territoire avec onze MAIA. Ceci est loin d'être le cas dans toutes les régions françaises. Un appel à candidature pour couvrir le reste du territoire a été lancé. Un travail en amont, au départ en interne à l'ARS entre DEO et DT, puis maintenant en associant les conseils généraux, permet de travailler la pertinence du choix des territoires à couvrir et la qualité des projets attendus. Cette demande amène d'ailleurs à refuser certains projets qui sont déposés et qui ne sont pas conformes aux attendus de l'ARS et de ses partenaires institutionnels.

-Un pilotage rapproché des pilotes MAIA par l'ARS

Cette dynamique n'est a priori pas portée dans les autres ARS avec le même degré d'implication dans l'accompagnement des pilotes. Ainsi en Pays de la Loire, les pilotes sont réunis chaque trimestre par le DOMS de la DEO afin de faire un point de situation et d'échanger sur les dossiers communs. Par ailleurs se tiennent également des réunions de travail sur des thèmes spécifiques en lien avec d'autres acteurs (par exemple sur le ROR) et les pilotes sont associés à certaines réunions à destination des agents de l'ARS (par exemple la réunion d'informations sur le Dossier Médical Partagé (DMP), ou certaines réunions avec les chargés de projets des DT...). Les chargés de projets en charge de ce dossier se rendent également disponibles en tant que de besoin pour répondre aux interrogations individuelles des pilotes.

Les pilotes sont rencontrés individuellement chaque année dans le cadre d'une forme « d'entretien annuel d'évaluation » afin de faire le point sur l'avancement de la mise en œuvre des actions et de leur fixer les objectifs pour l'année à venir. Ils disposent ensuite d'une feuille de route pour l'année suivante.

Cet accompagnement qui est reconnu, notamment par tous les pilotes, comme ayant permis de faire avancer le projet en région et de construire une vision commune du dispositif et de ses enjeux, est parfois vécu aussi comme un processus de contrôle de l'ARS, notamment de la part de certains porteurs.

-Un dispositif pourtant relativement absent de la stratégie formalisée dans les documents de planification et de programmation de l'ARS

Lorsque l'on s'approprie les documents stratégiques de l'ARS des PDL, notamment le Projet Régional de Santé dans l'ensemble de ses composantes : orientations stratégiques, schémas régionaux et programmes, le dispositif MAIA, et plus globalement, l'objectif d'intégration des acteurs n'apparaît pas

clairement dans les objectifs prioritaires de l'ARS. A part pour la création de nouveaux dispositifs, les MAIA n'apparaissent pas en tant que telles non plus comme dispositif porteur de la stratégie de l'ARS dans ses différentes feuilles de route. De même, qu'à part quelques évocations succinctes, la place et le rôle des MAIA n'apparaissent pas toujours dans les cahiers des charges des appels à candidature des autres dispositifs, ni la stratégie d'intégration des acteurs, et ne sont pas exigés comme des éléments de réponse.

Ainsi, la MAIA, qui est pourtant reconnue et nous a été présentée dans les faits comme un maillon-clé dans la politique de l'ARS en faveur des personnes âgées, n'est pas lisible de cette façon de l'extérieur, voire en interne à l'ARS.

Cette ambiguïté dans le portage et l'absence d'affichage clair entretiennent donc également un flou concernant les attentes de l'ARS.

-Une stratégie perçue comme insuffisamment co- construite par l'ARS avec ses partenaires

La politique de l'ARS portée par l'intermédiaire des MAIA est considérée comme insuffisamment concertée avec les acteurs pour que l'appropriation soit facilitée et la démarche de déploiement adaptée à la diversité de leurs besoins mais une évolution est en cours.

Les conseils généraux estiment également que la définition des objectifs stratégiques n'est pas suffisamment travaillée avec eux.

-Un dispositif insuffisamment porté dans et par l'ensemble de l'ARS

Il apparaît qu'en dehors des instances propres aux MAIA (et aux PAERPA), le sujet est peu évoqué l'ARS n'est pas spécialement incitative auprès des acteurs pour favoriser leur implication dans le dispositif, notamment ceux du champ sanitaire. Or une communication plus large et un plaidoyer plus développé permettrait d'obtenir davantage l'adhésion des acteurs.

Le constat est également posé en interne à l'ARS où le sujet est peu évoqué et maîtrisé en dehors des porteurs du dossier. En effet, les services de l'ARS qui ne sont pas en charge du dossier ne se sentent pas concernés voire, à part de nom, ne connaissent pas ce que sont les MAIA et leurs objectifs. Les objectifs des départements compétents sur le champ des personnes âgées, notamment du champ sanitaire, n'incluent pas forcément les MAIA dans leurs objectifs de travail. De même, les différents services en charge des relations avec l'ensemble des acteurs tant sanitaires que médico-sociaux n'ont pas été investis d'une mission particulière de portage de ce dispositif sur leur champ de compétences, notamment via la politique de contractualisation auprès des opérateurs, constat posé même au sein de la DEO.

Ainsi, alors que ce dispositif est éminemment transversal dans ses enjeux et son action, il n'est pas porté de cette façon en interne à l'ARS (notamment directions- métier). La référente Alzheimer de l'ARS (par ailleurs responsable du groupe- projet transversal personnes âgées) n'a elle-même pas été associée au portage de la thématique d'intégration des acteurs. C'est toutefois moins vrai dans les DT où, à l'inverse, par exemple à la DT 72, ce dossier est porté en transversal par l'ensemble des chargés de projet en charge de l'animation du territoire avec une approche décloisonnée.

Mais, pour certains acteurs, il n'est de toute façon pas souhaitable que l'ARS soit trop proactive et/ou trop présente sur ce dossier au risque de rejet des acteurs.

28) Alors que l'ARS souhaite faire du dispositif MAIA une pièce maîtresse de sa politique en faveur du parcours des personnes âgées, elle ne l'a pas suffisamment affiché et porté en tant que telle.

29) Un potentiel ARS avec des leviers propres encore sous- utilisés pour soutenir la dynamique d'intégration des acteurs.

30) La stratégie d'intégration des acteurs nécessite d'être co- construite par l'ARS avec ses partenaires.

5.2 La place du dispositif MAIA dans la politique en faveur des personnes âgées en PDL

-Des difficultés de compréhension du dispositif MAIA qui ont été amplifiées par la multiplication de nouveaux dispositifs et l'arrivée du PAERPA

« Ce qui est usant, c'est de toujours changer de paradigme. »

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

Alors que le dispositif MAIA commençait à prendre sa place sur le territoire ligérien et à être con nu des principaux acteurs, la multiplication des dispositifs par le lancement de différents appels à candidature et projet par l'ARS a engendré de nouvelles difficultés de compréhension de la part des acteurs déjà « avertis » et a complexifié la compréhension des acteurs « primo- accédants ».

Dispositifs de Coordination de l'Aval (DCA), E quipes d'Appui en Adaptati on Réadaptation (EAAR), plateformes de répit, plateformes de services, Contrats Locaux de Santé (CLS)... sont autant d e dispositifs que les acteurs estim ent venir « s'empiler » dans le fameux « millefeuille administratif » et au milieu desquels ils ne se retrouvent pas, d'autant que leurs échelles territoriales ne sont pas les mêmes. Ainsi dans toutes les réunions propres à chaque dispositif, réunions territoriales ou colloques sur le sujet, il est fait état de la comple xité des nouveaux dispositifs mis en place (place, missions...) mais surtout du manque de lisibilité du schéma d'ensemble. Les acteurs posent notamment le constat d'un problème de délimitation du périmètre des dispositifs.

En parallèle le dispositif parcours PAERPA en Mayenne est également arri vé, les PDL ayant été retenus comme région expérimentatrice au niveau national, puis ont été amorcés les projets régionaux (Challans/ Machecoul, Saumur et Le Mans).

50% des pilotes MAIA, 60% des port eurs et 45% de s gestionnaires de cas estiment qu'il y a encore un manque de clarté des champs d'intervention des différents dispositifs.

75% des pilotes MAIA, 40% des port eurs et 32% de s gestionnaires de cas estiment que l'articulation entre la MAIA et les a utres dispositifs n'est pas satisfaisante à la date de réponse à l'enquête.

(Source : enquêtes auprès des pilotes MAIA, porteur et gestionnaires de cas)

Il y a donc eu une multiplication des pilotes : pilotes MAIA, animateu rs PAERPA, animateurs d e contrat local de santé, chargés d'ingénierie pour le développement des plateformes de servic es... Il y a eu aussi une multiplication de s instances, malgré la gouvernance conjointe MAIA/ PAERPA : les tables MAIA, des comités d'intégration propres aux CLS, de s réunions de coordination autour des DCA, des plateformes..., qui mobilisent parfois les mêmes acteurs, et donc une multiplication des réunions. On a même pu voir que, dans les cas où les MAIA n'avaient pas bien assis leur rôle sur le territoire, les plateformes de services ont pris leur place en organisant des sortes de sous- CIAP et en devenant même des sortes de « mini- MAIA ». Cette multiplicité d'interlocuteurs a donc engendré de nombreuses interrogations sur l'articulation et la cohérence d'ensemble.

Ce manque de lisibilité en externe est ressenti également en interne à l'ARS et a d'ailleurs conduit le groupe projet- transversal personnes âgées à proposer en 2014 une action de communication sur la clarification des concepts et dispositifs.

Aujourd'hui, ces évolutions, ressenties par certains acteurs comme des changements à répétition, rendent parfois difficile la transmission d'une motivation aux partenaires. Il y a un risque de démobilisation pour avoir trop mobilisé.

-Un fort affichage de la politique PAERPA au détriment des MAIA

Le schéma PAERPA, notamment à travers le déploiement du prototype national en Mayenne, a été largement porté et mis en avant par l'agence dans la région à travers notamment une importante politique de communication, faisant un peu parfois oublier l'existence du reste. L'arrivée du « PAERPA » a eu pour conséquence que le concept MAIA a perdu en visibilité et en légitimité.

La gouvernance PAERPA s'est calée sur celle de la MAIA en l'ajustant mais cela a fait naître une forme de confusion, par exemple par l'intitulé du « comité stratégique départemental PAERPA », qui a laissé à penser, notamment à certains des interlocuteurs que nous avons rencontrés, que la MAIA n'existait plus. Pour d'autres, elle n'a plus de raison d'être, notamment car elle n'a pas de financement au profit des acteurs, mis à part ceux du pilote et de la gestion de cas. Les acteurs ont alors focalisé leurs attentes sur le dispositif PAERPA.

« Chacun maintenant veut son PAERPA ».

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

-Une place parfois confuse de la MAIA dans la politique parcours

Seulement 27% des membres des tables tactiques ayant répondu à l'enquête estiment que la place de la MAIA est reconnue par les acteurs dans la logique parcours.

(Source : enquêtes auprès des membres des tables tactiques MAIA)

Au début de la démarche, la politique PAERPA a apporté de la confusion car elle a pu parfois être présentée différemment de la logique MAIA, et ce d'autant que les porteurs n'étaient pas les mêmes. Dans les faits, les deux démarches sont représentées par deux personnes différentes : le pilote MAIA et le chargé de mission PAERPA. La différence entre leurs missions n'est pas flagrante. D'ailleurs lorsqu'ils se rencontrent, ils constatent parfois qu'ils ont été missionnés chacun de leur côté sur les mêmes objectifs, par exemple faire un ROR, définir des critères pour le repérage de la fragilité, mettre en place des instances de concertation... Certains professionnels rencontrés estiment que, sur les territoires concernés par le déploiement PAERPA, il était parfois difficile de s'y retrouver dans les CIAP.

Le positionnement des MAIA, dans la politique plus large PAERPA, a complexifié la tâche des MAIA et notamment des pilotes. Ces derniers ont finalement passé beaucoup de temps à expliquer l'absence de différence entre MAIA et PAERPA et finalement pas assez à expliquer ce qu'est l'intégration.

En priorité, il est donc formulé un souhait d'effort de communication pour que l'ensemble soit lisible et compréhensible par tous, notamment concernant la place de la MAIA. Cette information doit être accompagnée de pédagogie compte tenu de la complexité du système, que seule l'ARS est identifiée comme étant à même de porter.

-Des démarches complémentaires au service d'une même logique

La politique PAERPA, arrivée plus tard dans le cadre du déploiement de la Stratégie Nationale de Santé, donne en fait tout son intérêt aux MAIA, la MAIA étant l'outil pour le faire. En effet, sans l'intégration des acteurs, il n'y a pas de parcours possible. Il n'y a pas de différence entre les deux logiques MAIA et PAERPA. L'objectif est le même : la fluidification du parcours des personnes âgées, mais cela n'a pas forcément été présenté ni compris de cette façon.

« Je n'ai toujours pas compris pourquoi les acteurs hospitaliers,
jusque là réfractaires à la MAIA,
se sont engouffrés dans le PAERPA alors que c'est la même logique ».

Propos recueillis dans le cadre des entretiens

Le prototype PAERPA a notamment pour intérêt la création de l'articulation ville/ hôpital/ EHPAD et la mobilisation des professionnels libéraux pour la coordination clinique de proximité. La plupart des acteurs ont ainsi vu l'intérêt d'entrer dans la logique PAERPA car elle semblait donner l'opportunité de pouvoir sensibiliser les partenaires du secteur sanitaire qui sont aujourd'hui plus éloignés de la MAIA. C'est le cas notamment des difficultés de mobilisation des médecins libéraux. Le dispositif PAERPA engage tout le monde (contraintes et financement) alors que le dispositif MAIA n'engage que ceux qui sont volontaires.

Par ailleurs la charte de gouvernance MAIA/ PAERPA qui a étendu la gouvernance PAERPA au dispositif MAIA est vu comme un atout pour le dispositif MAIA. Elle a en effet renforcé la responsabilité ARS/ Conseil Général et redonné du sens à la composition de la table stratégique. Elle a aussi permis de clarifier les rôles de chacun des acteurs de cette table.

-Une plus- value de la politique PAERPA non expérimentale qui n'apparaît pas évidente pour tous

La plus value de l'expérimentation PAERPA est reconnue par la plupart des acteurs, notamment à travers l'enveloppe budgétaire complémentaire qui est octroyée et surtout la possibilité de lever certaines contraintes institutionnelles et financières. Par contre, la situation n'est pas la même pour celle du PAERPA non expérimental (démarches parcours des aînés mises en œuvre sur les autres territoires). Sa plus- value n'est pas lisible pour tous les acteurs. En effet, sa spécificité, si elle existe, par différence avec les résultats attendus du développement de la MAIA n'est pas vraiment comprise par tous.

Le seul atout relevé par les acteurs impliqués dans le dispositif MAIA est de pouvoir disposer, à travers le recrutement d'un animateur PAERPA, d'une ressource supplémentaire. Cette ressource supplémentaire devrait apporter un bénéfice pour la construction de l'intégration, notamment en faveur d'une capacité de mobilisation plus importante auprès des professionnels libéraux. Ces animateurs ont en effet pour mission de repérer les conditions favorables à la bonne articulation des acteurs, les freins et les leviers d'action, en étant une forme « d'acteur- navette, collecteur des besoins ». Mais le bon fonctionnement de l'articulation animateur-pilote est déterminant et ils doivent trouver le bon niveau de complémentarité. A ce stade les résultats n'ont pas été démontrés par une progression plus rapide de la dynamique dans les territoires en disposant.

31) La multiplication, dans la même temporalité que celle du développement des MAIA, de nombreux nouveaux dispositifs et de la politique PAERPA a freiné le déploiement du dispositif MAIA.

32) Il y a eu un manque de pédagogie autour de ce dispositif et de la politique parcours en faveur des personnes âgées, qui a généré des difficultés d'appropriation par les professionnels et qui peine à être rattrapé.

33) La place de la MAIA est à consolider au sein de la politique parcours portée par l'ARS.

6. CONCLUSION

L'objectif d'intégration de l'ensemble des acteurs du parcours de santé de nos aînés, porté à travers la mise en œuvre des MAIA, est un projet éminemment ambitieux. Il génère de nombreuses réticences voire des désaccords. Mais c'est tout à fait logique compte tenu de l'ampleur du changement d'approche qu'il porte, en essayant de « faire bouger les lignes » et les modes de fonctionnement. L'intégration c'est précisément d'accepter de se remettre en cause pour adapter ses façons de fonctionner et produire des modes de travail collectif.

Pour l'instant, la mise en œuvre de ce projet n'est pas encore complètement aboutie, bien que les objectifs de mise en place de la gouvernance et de développement de la gestion de cas soient déjà largement opérationnels. Mais ces dispositifs sont récents. Il est normal que la maturation soit lente car il faut laisser le temps aux acteurs de cheminer vers cette logique de décloisonnement. De nombreux changements sont nécessaires : nouveaux métiers, nouvelles instances, nouveaux outils... D'autant plus qu'on avance en construisant, ce qui ne simplifie pas les choses, et que ces dispositifs sont nés en même temps que l'ARS elle-même. En outre, le caractère « impalpable » de la MAIA ne facilite pas son appropriation.

Mais, petit à petit, les professionnels s'y intéressent et ceux qui l'ont intégré sont convaincus de sa plus-value à terme sur le parcours des personnes âgées. C'est donc en travaillant sur le parcours qu'on réussira au fur et à mesure à impliquer tous les acteurs à chaque niveau de coordination et à faire valoir la pertinence de cette démarche.

La MAIA représente un potentiel énorme. L'ARS des PDL souhaitant en faire une clé de voûte de sa politique en faveur du parcours des aînés, il faut donc qu'elle conforte leur place et continue à soutenir cette dynamique avec des moyens à la hauteur des enjeux. L'agence ayant été particulièrement impliquée à la fois dans le développement et l'accompagnement des dispositifs depuis leur création, les attentes des acteurs sont d'autant plus fortes et exigeantes envers elles.

Il n'y a pas de modèle unique de MAIA à modéliser. Il faut qu'elles puissent se nourrir de la singularité de leur profil (pilote, porteur, territoire, histoire...) mais il faut toutefois qu'elles aient une visibilité sur les attentes de l'ARS notamment concernant leur rôle et le cadre de leurs actions. L'agence est garante, quelles que soient les voies empruntées, de l'avancée de la mise en œuvre opérationnelle de l'intégration sur son territoire. Il est essentiel de guider l'ensemble des partenaires et leurs équipes en portant des messages clairs et en prenant le temps de les accompagner dans ce nouveau système complexe.

Si l'ARS a commandité cette évaluation, c'est précisément car elle souhaitait avoir des éclairages complémentaires pour piloter et animer ces dispositifs stratégiques. Elle entendait avoir des éléments d'information alimentant sa réflexion sur les ajustements nécessaires de sa politique après quelques années de mise en œuvre. C'est à cette fin que les recommandations qui vont suivre ont été produites, aboutissement des jugements qui ont pu être portés à partir du croisement de l'ensemble des données recueillies au cours des investigations.

Ces éléments de connaissances sont d'autant plus essentiels au moment où l'ARS s'interroge notamment sur la pertinence de l'élargissement du mode de gouvernance proposé dans le cadre des MAIA à d'autres problématiques de santé au niveau des territoires et plus globalement à la transposition possible de ce « schéma d'organisation ».

Les logiques d'action proposées dans le cadre des MAIA ne peuvent effectivement qu'utilitément inspirer d'autres thématiques d'action à travers l'approche populationnelle sur un territoire donné qu'elle propose et la potentialité de genèse d'un projet collaboratif de territoire au service des parcours des usagers.

La logique du rôle du pilote MAIA porteur de la dynamique, celle d'une instance des décideurs porteuse de la stratégie et celle d'une instance de concertation qui réunit tous les acteurs parties prenantes de l'accompagnement et de la prise en charge sur un territoire donné apportent aujourd'hui une satisfaction collective. Par ailleurs, l'évaluation des MAIA a également démontré que ces leviers commençaient à apporter une plus-value au service des parcours. Toutefois encore faut-il que cette forme d'organisation soit suffisamment aboutie et les critères identifiés de réussite appliqués pour que l'on puisse utilement s'en inspirer sur d'autres champs, tel que celui des maladies chroniques par exemple.

Enfin, la question de la définition des territoires est essentielle. Ainsi sur le champ des MAIA, les limites territoriales posent encore question et peuvent remettre en cause la légitimité même du dispositif à certains endroits. Le choix du territoire pertinent, au sein duquel pourra prendre corps l'intégration des acteurs est essentiel car, à défaut, la dynamique « ne prendra pas ».

Or le périmètre qui parle aux acteurs dans leurs pratiques sur le champ des personnes âgées n'est pas forcément le même pour d'autres populations et devra être ajusté pour une éventuelle extension du dispositif en faveur d'autres populations. De plus, les acteurs porteurs ne seront pas identiques. Un modèle d'organisation, aussi performant soit-il, n'est en effet pas modélisable en l'état, quel que soit le contexte et le système d'acteurs. Le niveau idéal de positionnement de la gouvernance opérationnelle est celui qui est le plus pertinent pour favoriser les synergies d'acteurs. La définition des « bons » critères pour le définir sur tel ou tel champ est donc un préalable indispensable à la déclinaison de la stratégie d'intégration à d'autres populations.

IV. LES RECOMMANDATIONS

1. AFFIRMER LE CADRE DE REFERENCE DU DISPOSITIF MAIA EN PDL

RECOMMANDATION N° 1 :	
Préciser, formaliser et partager la doctrine de l'ARS PDL sur la place et le rôle attendus de la MAIA dans la dynamique « parcours des aînés »	
Déclinaisons opérationnelles	<ul style="list-style-type: none">-Formaliser la stratégie portée par l'ARS concernant la place et le rôle donnés à la MAIA en Pays de la Loire, en précisant notamment :<ul style="list-style-type: none">-les résultats attendus du développement du dispositif,-le positionnement de l'ARS concernant le développement du guichet intégré-et, sur demande de l'ARS et/ ou du conseil général, le niveau de contribution des CIAP sur l'organisation territoriale de l'offre.-Elaborer un document- cadre simplifié positionnant l'ensemble des dispositifs mis en œuvre dans le cadre du parcours des aînés dont la MAIA, définissant leurs missions et les articulations entre eux, dans le contexte PAERPA (expérimental ou non) et hors PAERPA-Diffuser le plus largement possible ce cadre de référence, en renforçant la pédagogie tant en interne qu'en externe à l'ARS
RECOMMANDATION N° 2 :	
Préciser, formaliser et partager le cadre d'intervention des différents acteurs en charge de la dynamique d'intégration	
Déclinaisons opérationnelles	<ul style="list-style-type: none">-Préciser et formaliser le cadre de référence (rôle, missions et résultats opérationnels attendus) des pilotes MAIA en Pays de la Loire-Préciser et formaliser le cadre de référence (rôle, missions et résultats opérationnels attendus) des porteurs MAIA en Pays de la Loire-Préciser le cadre de référence (rôle, missions et résultats opérationnels attendus) des comités stratégiques MAIA en Pays de la Loire (à travers un ajustement de la charte de gouvernance MAIA/ PAERPA)-Préciser et formaliser le cadre de référence (rôle, missions et résultats opérationnels attendus) des CIAP MAIA en Pays de la Loire, par l'intermédiaire par exemple d'une lettre de mission-Diffuser le plus largement possible ces cadres de référence, en renforçant la pédagogie tant en interne qu'en externe à l'ARS

RECOMMANDATION N° 3 :	
Préciser, formaliser et partager le cadre d'intervention de la gestion de situations complexes	
Déclinaisons opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> -Préciser le périmètre d'intervention et de responsabilités des gestionnaires de situations complexes -Diffuser le plus largement possible ce cadre de référence, en renforçant la pédagogie tant en interne qu'en externe à l'ARS -Accompagner les gestionnaires de situations complexes par de l'analyse de pratiques -Harmoniser au niveau régional les critères et processus d'entrée en gestion de situations complexes -Mener une réflexion régionale sur la notion de sortie et/ou de mise en veille en gestion de situations complexes -Construire des indicateurs pour objectiver et mesurer la capacité d'accompagnement maximale de situations par gestionnaire de situations complexes -Définir les indicateurs permettant de mesurer la plus-value de la gestion de situations complexes en termes d'amélioration des parcours

RECOMMANDATION N° 4 :	
Définir un cadre de suivi et d'évaluation de la plus-value des dispositifs MAIA	
Déclinaisons opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer l'approche « ascendante » en partant de l'intérêt et des besoins des acteurs -Définir en concertation avec les pilotes MAIA les critères permettant de juger et de mesurer le degré de maturité des dispositifs -A partir de ces critères et d'indicateurs permettant d'en mesurer le niveau d'atteinte, construire une matrice de maturité des dispositifs MAIA en termes d'intégration des acteurs -Mettre cet outil à disposition des CIAP -Définir les indicateurs d'évaluation des résultats et de l'impact en termes de fluidification du parcours des aînés.

RECOMMANDATION N° 5 :

Transmettre auprès des instances nationales les besoins identifiés en région à travers cette évaluation

**Déclinaisons
opérationnelles**

-Présenter la stratégie de l'ARS PDL sur la place donnée à la MAIA dans la politique en faveur du parcours des aînés

-Faire état des besoins d'intervention au niveau national concernant:

-la clarification du langage et de ses concepts, dont la notion de guichet intégré,

-l'ajustement de la formation nationale des pilotes,

-l'harmonisation des outils et systèmes d'information et la production des outils nationaux attendus,

-et la nécessaire mobilisation plus transversale des acteurs nationaux sur ce dispositif (notamment différentes directions ministérielles et CNSA).

-Porter un plaidoyer pour qu'une réflexion soit menée, à laquelle l'ARS PDL pourrait contribuer, sur :

-la construction d'indicateurs pour l'objectivation du nombre de situations à porter par gestionnaires de situations complexes,

-la mesure de la plus-value de la MAIA en termes de fluidification des parcours des personnes âgées,

-l'ajustement du nombre de gestionnaires de situations complexes au regard du volume de populations de personnes âgées de plus de 75 ans,

-et la pertinence du positionnement de la gestion de situations complexes dans la MAIA.

2. ADAPTER LE PILOTAGE ET L'ANIMATION DU DISPOSITIF MAIA

RECOMMANDATION N° 6 :

Clarifier et formaliser les modalités d'organisation au sein de l'ARS pour le pilotage des MAIA

Déclinaisons opérationnelles	<ul style="list-style-type: none">-Adapter les moyens en termes de pilotage et d'accompagnement à l'ambition que l'ARS veut mettre en œuvre à travers ce dispositif (et leur éventuelle extension et/ ou modélisation sur d'autres thématiques) -Redéfinir les modalités de pilotage interne du dossier MAIA : préciser les interlocuteurs- ressource et définir les périmètres d'intervention et/ou de contribution de chaque interlocuteur ARS sur ce dossier et leurs articulations (entre DM et DT, entre DEO DOMS et DEO D CPS, rôle du groupe- projet transversal personnes âgées...) -Définir les modalités d'articulation avec le pilotage du dossier « parcours des aînés » -Renforcer l'animation transversale coordonnée du dispositif
-------------------------------------	--

RECOMMANDATION N° 7 :

Ajuster l'accompagnement des pilotes MAIA au regard des besoins identifiés dans le cadre de l'évaluation

Déclinaisons opérationnelles	<ul style="list-style-type: none">-Identifier les besoins d'accompagnement prioritaires de chaque pilote MAIA -Définir et proposer un programme régional de formations continues pour les pilotes, axé sur les savoirs- faire et savoirs- être indispensables (gestion de projets, communication, animation de réunions et / ou de partenariats, gestion de conflits...) -Proposer de nouvelles formes d'accompagnement aux pilotes en fonction de leurs besoins, notamment mise en place de temps d'échange de pratiques, mise en place d'appui méthodologique sur des domaines qui nécessitent une expertise particulière... -Financer à titre expérimental des temps de secrétariat prenant en charge la gestion administrative et logistique -Mettre à disposition des modèles- type de documents : d'ordre du jour, de convocation, de relevé de décisions...
-------------------------------------	--

RECOMMANDATION N° 8 :	
Harmoniser les pratiques et outils	
Déclinaisons opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> -Mener une réflexion concertée et prioriser les outils les plus pertinents pour faciliter l'intégration -Identifier les bons niveaux de production et de décision sur les différents outils : entre le niveau régional, le niveau départemental (via les comités stratégiques) et le niveau MAIA et/ ou CIAP (quand plusieurs CIAP par MAIA) et/ ou groupes de travail -Harmoniser au niveau régional les pratiques et outils qui doivent l'être -Accompagner les MAIA dans la mutualisation de pratiques et d'outils partagés au niveau infra- régional - Achever le Répertoire Régional des Ressources (ex- ROR)

RECOMMANDATION N° 9 :	
Mener une réflexion sur les territoires MAIA	
Déclinaisons opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> -Définir à la fois les critères qu'il convient de prendre en compte et ce qu'il ne faut pas faire en termes de définition de territoire au regard notamment des constats posés dans le cadre de l'évaluation -Faire identifier par chaque CIAP les difficultés de découpage notamment frontalier rencontrées sur son territoire -Définir un schéma prospectif de découpage optimal des territoires de la région (au regard notamment du découpage actuel de certaines MAIA en plusieurs CIAP et/ ou groupes de travail et du volume de populations de personnes âgées)

3. RENFORCER L'IMPLICATION DES ACTEURS DANS LE DISPOSITIF MAIA

RECOMMANDATION N° 10 :

Renforcer le portage politique du dispositif MAIA en Pays de la Loire

Déclinaisons opérationnelles	<p>-Mettre en place un cadre d'échange ARS/ CG pour co- construire la stratégie de l'intégration des acteurs sur les territoires de santé, à un double niveau :</p> <p>-au niveau stratégique : organiser des temps d'échange en amont des comités stratégiques entre ARS et Conseils Généraux (<i>en tant que chefs de file sur le champ médico- social et non porteurs de dispositifs</i>)</p> <p>-au niveau technique : organiser des temps de suivi et/ ou de validation des travaux entre les équipes ARS et CG . en charge du suivi du dossier MAIA</p> <p>-Mettre en place un temps d'échange régional annuel associant l'ARS et les 5 conseils généraux, permettant de suivre le déploiement de la politique d'intégration en Pays de la Loire</p>
-------------------------------------	--

RECOMMANDATION N° 11:

Déployer une politique incitative auprès des partenaires dans tous les champs d'action de l'ARS

Déclinaisons opérationnelles	<p>-Associer tous les services de l'ARS au portage du développement de cette méthode d'action</p> <p>-Déployer une politique de plaidoyer auprès des acteurs institutionnels et de terrain pour convaincre de l'intérêt d'adhérer au dispositif, notamment à travers la Commission de Coordination des Politiques Publiques Médico- Sociales et les instances de la CRSA</p> <p>-Promouvoir l'association à la dynamique d'intégration des acteurs à travers la contractualisation avec les représentants ou opérateurs de santé (notamment contrats MSP, CPOM médico- sociaux et sanitaires, conventions tripartites, contractualisation URPS...)</p>
-------------------------------------	--

RECOMMANDATION N° 12:**Définir et mettre en œuvre une stratégie particulière pour mobiliser les professionnels libéraux****Déclinaisons opérationnelles**

-Afficher que les URPS ne sont pas les seuls vecteurs de la représentation des acteurs libéraux dans les CIAP

-Trouver des relais pour la mobilisation des professionnels libéraux (notamment les MSP, les médecins coordonnateurs en EHPAD, les médecins des ADOPS...)

-Expérimenter des solutions favorisant « l'aller vers » et la prise de contact individuel

-Inciter les gestionnaires de situations complexes à la rencontre des professionnels de santé libéraux et notamment des médecins généralistes dans le cadre de leur accompagnement

-Produire une forme d'information régulière à destination des professionnels libéraux (d'un format bref, opérationnel et aisément accessible), sous la forme par exemple d'une newsletter, et dans un premier temps, y valoriser la gestion de situations complexes

ANNEXES

ANNEXE 1: GLOSSAIRE

ANNEXE 2 : REFERENTIEL DE L'EVALUATION DES MAIA

ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 4 : LISTE DES PERSONNES AYANT CONTRIBUE AUX INVESTIGATIONS

ANNEXE 5 : COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DES MAIA

ANNEXE 1: GLOSSAIRE

ADOPS: Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins

ARS: Agence Régionale de Santé

CG: Conseil Général

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CIAP: Comité d'Intégration des Acteurs et des Projets

CLIC: Centre Local d'Information et de Coordination

CLS: Contrat Local de Santé

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DAS: Direction de l'Accompagnement et des Soins

DCA : Dispositif de Coordination de l'Aval

DEO: Direction de l'Efficienc e de l'Offre

DOMS: Département de l'Offre Médico- Sociale

DMP: Dossier Médical personnel (devenu Partagé)

DT : Délégation Territoriale

EAAR: Equipe d'Appui en Adaptation Réadaptation

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

MAIA: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer

PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PDL: Pays de la Loire

PRS: Projet Régional de Santé

ROR: Répertoire Opérationnel des Ressources devenu RRR : Répertoire Régionale des Ressources

SROMS: Schéma Régional d'Organisation Médico- Social

URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé

VRP: Voyageur, Représentant et Placier

ANNEXE 2 : REFERENTIEL DE L'EVALUATION DES MAIA

Questions évaluatives	Sous – questions évaluatives	Critères	Indices
<p>QUESTION EVALUATIVE 1</p> <p>QUELLES SONT LES FORCES ET LES FAIBLESSES DANS LA CREATION, L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES MAIA</p> <p>MISES EN PLACE EN PDL?</p>	<p>Sous- question 1.1</p> <p>Quelle est l'influence du pilote MAIA, de son profil et de sa posture sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA ?</p>	<p>1.1.1 Le profil du pilote MAIA et son expérience antérieure ont une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>1.1.2 La formation dispensée au pilote MAIA a une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>1.1.3 Le degré d'autonomie du pilote MAIA a une influence.</p> <p>1.1.4 Le degré de reconnaissance du pilote par les autres acteurs a une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Profil du cahier des charges respecté (fiche de poste) -Plusieurs choix de pilote possibles du porteur puis de l'ARS -Formulations de réserves au moment du recrutement -CV et expériences antérieures sur le domaine d'activités -Connaissances préalables du département et des acteurs -Pilote formé au niveau national -Des formations thématiques « continues » -Temps d'exercice sur le poste et stabilité sur le poste - Poste dédié à la conduite du projet MAIA - Un rôle d'animation effectif -Existence d'un référentiel de ses missions -Indépendance du pilote vis-à-vis du porteur -Indépendance vis-à-vis de l'ARS -Pilote connu ou non -Pilote reconnu ou non -Pilote considéré comme légitime ou non
	<p>Sous- question 1.2</p> <p>Quelle est l'influence des caractéristiques du territoire</p>	<p>1.2.1 Le niveau territorial de positionnement de la MAIA, la taille du territoire et ses caractéristiques ont une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Logique du niveau territorial dont respect préconisation caractère infra départemental -Emplacement géographique du « siège » de la MAIA -Zone de couverture (distance et temps de déplacement)

	<p>de couverture sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA ?</p>	<p>1.2.2 La densité de population et ses caractéristiques ont une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>1.2.3 Les ressources disponibles et leurs caractéristiques ont une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>1.2.4 Les expériences antérieures du territoire en termes de coordination des acteurs ont une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p>	<p>-Caractéristiques du territoire dont problématiques particulières</p> <p>-Population ciblée bien personnes âgées en perte d'autonomie</p> <p>-Volume de PA sur le territoire couvert et profils</p> <p>- Offre de soins et d'accompagnement (taux d'équipement et densité de professionnels): des déficits identifiés</p> <p>-Accessibilité physique des ressources</p> <p>-Expériences de coordination antérieures</p> <p>-Pré- existence de lieux d'échanges, de partenariats, de conventions et/ ou d'outils</p>
	<p>Sous- question 1.3</p> <p>Quels autres facteurs peuvent être identifiés comme ayant une influence notable sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA?</p>	<p>1.3.1 Le profil du porteur de la MAIA et son positionnement ont une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>1.3.2 Le niveau d'engagement préalable des partenaires a une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>1.3.3 L'ancienneté du dispositif a une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>1.3.4 Le mode de pilotage de l'ARS a une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p>	<p>-Type de porteur/ co- portage</p> <p>-Objectifs du porteur</p> <p>-« Démarche d'adhésion » réalisée par le porteur</p> <p>-Nombre de lettres d'engagement et profil des partenaires signataires</p> <p>-Nombre de rencontres et/ ou réunions préalables</p> <p>-Convention ARS/ porteur (contenu, dates de signature, points relatifs à...)</p> <p>-Durée de mise en œuvre du dispositif (ancienneté)</p> <p>-Mode de pilotage/ rôle de l'ARS</p> <p>-Existence d'une feuille de route et argumentation de l'atteinte des objectifs</p> <p>-Modalités d'animation</p>

		1.3.5 Autres facteurs...	<ul style="list-style-type: none"> -Existence de réunions régionales (nombre et nature) -Nombre de réunions d'échanges de pratiques notamment de retour d'expériences mis en partage par l'ARS -Reporting financier et remontée des indicateurs -Rapport d'étape
<p>QUESTION EVALUATIVE 2</p> <p>DANS QUELLE MESURE LES MAIA FAVORISENT-ELLES L'INTEGRATION DES ACTEURS EN PDL ?</p>	<p>Sous- question 2.1</p> <p>Les MAIA permettent- elles une concertation stratégique effective ?</p>	<p>2.1.1 L'ensemble des décideurs et fin anceurs sont représentés et cette représentation est stable.</p> <p>2.1.2 La concertation est effective.</p> <p>2.1.3 Des décisions sont prises en séance.</p> <p>2.1.4 Les acteurs ont acté leur engagement dans le guichet intégré.</p> <p>2.1.5 Les différents partenaires de la table stratégique « font leur » les o bjectifs portés dans le cadre des MAIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Présence systématique de l'ARS et du CG -Présence et représentation stable des caisses de retraite, des usagers et libéraux -Taux de participation -Rythme de concertation (nombre de réunions par an) -Interactions au cours des réunions (tous les acteurs s'expriment) -Les CR retranscrivent la co- responsabilité des acteurs -Présentation du rapport d'étape en concertation stratégique -Le niveau de représentation permet une prise de décision concertée (ARS et CG). -Les CR formalisent les décisions prises et il existe un suivi de ces décisions -Existence d'analyse de données et des exemples d'ajustement des ressources -Existence d'une décision stratégique d'engagement dans le guichet intégré -Les plans d'actions et programmes de travail des différents acteurs intègrent des objectifs opérationnels en lien avec les décisions prises lors des tables stratégiques MAIA

	<p>Sous- question 2.2</p> <p>Les MAIA permettent- elles une concertation tactique effective ?</p>	<p>2.2.1 L'ensemble des acteurs du territoire sont représentés et cette représentation est stable.</p> <p>2.2.2 La concertation est effective.</p> <p>2.2.3 Des décisions sont prises en séance.</p> <p>2.2.4 Les acteurs ont acté leur engagement</p>	<p>-Représentation systématique des services du CG et de l'hôpital</p> <p>-Représentation et implication de l'ensemble des acteurs visés dans le CDC, et en particulier : des CLIC, des professionnels libéraux, des réseaux gérontologiques, de l'hôpital, des DCA, des plateformes de services, des animateurs CLS et des coordonateurs des « parcours PAERPA »</p> <p>-Taux de participation (taux de structures présentes)</p> <p>-Niveau décisionnel des personnes présentes</p> <p>-Légitimité reconnue des participants sur le territoire (mode de désignation ?)</p> <p>-Organisation de la présidence et/ ou mode d'animation du pilote et répartition des rôles</p> <p>-Rythme de concertation soutenue en période de mise en place des outils (tous les 2 à 3 mois)</p> <p>-Interactions au cours des réunions (tous les acteurs s'expriment) MAIA= lieu d'échanges</p> <p>-Les CR retranscrivent la co- responsabilité des acteurs</p> <p>-Présentation du rapport d'étape en table tactique</p> <p>-Le niveau de représentation permet une prise de décision concertée</p> <p>-Les CR formalisent les décisions prises et il existe un suivi de ces décisions</p> <p>-La diffusion de ces CR est large et organisée (à qui et comment ?)</p> <p>-Organisation de la co- responsabilité des acteurs</p> <p>-Production d'un projet collaboratif de territoire : production de règles de vie collectives</p>
--	---	--	---

		<p>dans le guichet intégré.</p> <p>2.2.5 Les acteurs partagent les objectifs communs orientés sur l'accessibilité et la continuité dans la prestation de services de soins et d'aide.</p>	<p>-Existence d'une décision tactique d'engagement dans le guichet intégré</p> <p>-Exemples d'objectifs partagés actés dans les PV de réunion</p> <p>-Modes et lieux d'élaboration des objectifs</p> <p>-Existence de groupes de travail</p> <p>-Exemples d'objectifs MAIA repris dans les documents propres aux structures</p>
	<p>Sous- question 2.3</p> <p>Les MAIA permettent- elles une connaissance partagée et une maîtrise des ressources et des besoins du territoire ?</p>	<p>2.3.1 Des ressources complètes et articulées sont mises à disposition des acteurs et des usagers.</p> <p>2.3.2 Une analyse des flux de mandats et d'orientations et des contraintes de l'offre est réalisée : pilote/ concertation tactique/ concertation stratégique.</p> <p>2.3.3 Un ajustement des ressources est proposé.</p> <p>2.3.4 Mise en place de mécanismes de régulation (par la MAIA, par les acteurs).</p> <p>2.3.5 Le système intégré est lisible (connu/ compris).</p> <p>2.3.6 Les MAIA ont permis de rendre plus</p>	<p>-Annuaire complet (intégralité des ressources du territoire) –ROR</p> <p>-Diagnostic organisationnel approfondi réalisé et mis à jour, permettant notamment d'identifier les points de rupture et les doublons dans les parcours</p> <p>-Existence d'une base de données guichet intégré</p> <p>-Existence d'une base de données gestion de cas</p> <p>-Indicateurs d'activité suivis</p> <p>-Existence d'une réflexion sur les indicateurs d'impact</p> <p>-Identification des besoins non couverts</p> <p>-Exemples de propositions actées dans PV de réunions</p> <p>-Définition de critères d'inclusion dans les services du territoire facilitant l'orientation</p> <p>-Processus d'accueil et d'information identique quelque soit la porte d'entrée</p> <p>-Ressenti des acteurs</p>

		<p>lisible pour les professionnels et pour les usagers l'ensemble des ressources d'aides et de soins.</p>	<p>-Existence de documents de communication tout public présentant l'ensemble des ressources disponibles sur le territoire.</p>
	<p>Sous- question 2.4</p> <p>Les MAIA permettent- elles une meilleure coordination des acteurs?</p>	<p>2.4.1 Les acteurs se connaissent mieux depuis la MAIA.</p> <p>2.4.2 De nouvelles interactions, de nouveaux modes relationnels se sont créés.</p> <p>2.4.3 Les champs de compétence entre acteurs sont clairement définis.</p> <p>2.4.4 Les pratiques professionnelles des acteurs ont évolué.</p> <p>2.4.5 Les acteurs se sont approprié les axes d'intégration.</p> <p>2.4.6 L'articulation entre les dispositifs de soins, sociaux et MS est meilleure (objectif 11 du SROMS).</p> <p>2.4.7 Un responsable de la coordination entre les acteurs en proximité autour de la personne est identifié (objectif 12 SROMS)</p>	<p>-Certains professionnels se sont connus et/ ou rencontrés grâce à la MAIA</p> <p>-Certains acteurs travaillent ensemble depuis la mise en place de la MAIA</p> <p>-Les acteurs utilisent des outils communs</p> <p>-Contenu du référentiel de missions/ d'intervention partagé par territoire MAIA</p> <p>-Certains acteurs ont modifié leurs pratiques professionnelles au regard des travaux menés par la MAIA</p> <p>-Les acteurs ont mis en place de processus et des pratiques partagées</p> <p>-Les outils créés dans le cadre de la MAIA contribuent à favoriser une meilleure articulation des acteurs</p> <p>-Les MAIA sont parvenues à une vision partagée des porteurs/ professionnels/ bénéficiaires</p>

<p>QUESTION EVALUATIVE 3</p> <p>LES MAIA CONSTRUISENT-ELLES LES OUTILS PARTAGES ADEQUATS POUR AMELIORER LES PARCOURS DES PA ?</p>	<p>Sous- question 3.1</p> <p>Les MAIA favorisent- elles la construction d'outils partagés en concertation avec les acteurs?</p>	<p>3.1.1 Des outils communs ont été créés dans le cadre de la table tactique.</p> <p>3.1.2 Les acteurs utilisent les outils produits.</p> <p>3.1.3 Les acteurs considèrent les outils comme efficaces.</p> <p>3.1.4 Il y a une mutualisation des outils au niveau régional.</p> <p>3.1.5 Les outils créés s'inscrivent bien dans une logique parcours.</p> <p>3.1.6 L'harmonisation des pratiques d'accueil et d'orientation est favorisée par une formation aux outils communs.</p>	<p>-Existence d'un annuaire complet par territoire MAIA</p> <p>-Existence d'un référentiel de missions/ d'intervention partagé par territoire MAIA (description des missions et des modalités d'intervention de l'ensemble des ressources)</p> <p>-Existence d'un formulaire d'analyse mutidimensionnel</p> <p>-Nombre de structures ayant validé ces outils</p> <p>-Existence d'un label « MAIA » qui figure sur les documents (existence d'une charte graphique ?)</p> <p>-Nombre de structures utilisant ces outils</p> <p>-Ressenti des acteurs</p> <p>-Les outils sont recensés et connus de l'ARS</p> <p>-Ils sont présentés en réunion régionale</p> <p>-Certaines MAIA utilisent des outils produites par d'autres</p> <p>-Autorisation au recueil et à l'échange d'informations demandée et autorisée par la CNIL (formulaire GEVA- A et PSI)</p> <p>-Existence de formulaire de liaison</p> <p>-Logique de complémentarité des informations y figurant</p> <p>-Les acteurs (accueillants) sont formés à l'entretien et à l'orientation</p>
--	---	--	--

	<p>Sous- question 3.2</p> <p>Dans quelle mesure les outils créés permettent- ils de limiter les ruptures dans les parcours des personnes âgées ?</p>	<p>3.2.1 Les outils créés ont contribué à faciliter les échanges et/ ou pa rtage d'informations entre professionnels.</p> <p>3.2.2 Les outils créés ont contribué à simplifier le parcours des personnes.</p> <p>3.2.3 Les outils créés ont permis la mise en œuvre d'expériences innovantes au bénéfice des parcours des personnes âgées.</p>	<p>-Existence d'un outil multidimensionnel d'analyse de situations : formulaire d'analyse multidimensionnel- pas uniquement orientation vers gestion de cas), PSI</p> <p>-Existence d'indicateurs de mesure de la simplification des parcours</p> <p>-Exemples d'expériences innovantes nées à partir d'une MAIA</p>
<p>QUESTION EVALUATIVE</p> <p>4</p> <p>DANS QUELLES CONDITIONS LES MAIA APPORTENT-ELLES UNE PLUS- VALUE DANS LA GESTION DES CAS COMPLEXES?</p>	<p>Sous- question 4.1</p> <p>Quelle est l'influence du gestionnaire de ca s, de son profil et de son positionnement sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'activité de gestion de cas de la MAIA?</p>	<p>4.1.1 Le profil du ge stionnaire de cas et son expérience antérieure ont une influen ce sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>4.1.2 La formation dispe nsée au ge stionnaire de cas a u ne influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p> <p>4.1.3 Le volume d'activité de la gestion de cas a une influence sur l'exercice de la mission.</p> <p>4.1.4 Le positionnement du gestionnaire de cas a une influence sur l'organisation, le fonctionnement et/ ou l'action du dispositif MAIA.</p>	<p>-Profil respecté (fiche de poste)</p> <p>-CV et expériences antérieures sur le domaine d'activités</p> <p>-Poste dédié et statut</p> <p>-Personnes formées (diplômées)</p> <p>-Type de formations suivies</p> <p>-Niveau d'appropriation de leurs missions</p> <p>-Nombre de personnes recrutées et ETP (recrutements via crédits propres au porteur ?)</p> <p>-Stabilité des personnes recrutées</p> <p>-Nombre annuel de personnes suivies par MAIA et par gestionnaire de cas et profils (âge, pathologies, « complexité »...)</p> <p>-Taux d'inclusion (nombre moyen de personnes admises par mois)</p> <p>-Durée moyenne d'intervention</p> <p>-Nombre de gestionnaires de cas/ nombre d'habitants</p> <p>-Degré d'autonomie du gestionnaire de cas (liberté d'organisation de son travail) et liens avec le pilote</p> <p>-Régularité des réunions d'équipe</p> <p>-Positionnement géographique</p>

	<p>Sous- question 4.2</p> <p>La gestion de cas a-telle permis de faciliter le parcours des personnes en situation complexe accompagnées ?</p>	<p>4.2.1 L'articulation avec les autres missions est définie.</p> <p>4.2.2 Le gestionnaire de cas exerce un rôle dans la simplification du parcours des personnes en situation complexe.</p> <p>(réduction des doublons, pertinence des prises en charge, amélioration des conditions de prise en charge...)</p> <p>4.2.3 Ouverture : est- ce le bon niveau de positionnement de cette mission ?</p>	<p>-Un processus de repérage de cas complexe est mis en place</p> <p>-Existence d'une commission « d'entrée en gestion de cas »</p> <p>-Utilisation du GEVA- A</p> <p>-Existence d'une « filière d'adressage »</p> <p>-Existence et suivi d'indicateurs de résultat ou d'impact (ex : nombre et causes des passages aux urgences, DMS des patients suivis en gestion de cas en cas d'hospitalisation...)</p> <p>-Consensus sur indicateurs d'évaluation</p> <p>-Evaluation GIR réalisée par les gestionnaires de cas (formalisation d'un accord CG/ caisses de retraite)</p> <p>-Part des 9 missions des GC mise en œuvre</p>
<p>QUESTION EVALUATIVE 5</p> <p>DANS QUELLE MESURE LE POSITIONNEMENT ET LA POSTURE DES MAIA DES PDL LEUR PERMETTENT-ELLES D'ATTEINDRE LEURS OBJECTIFS?</p>	<p>Sous- question 5.1</p> <p>Comment les dispositifs MAIA s'inscrivent- ils dans la politique en faveur des parcours des personnes âgées mise en place en PDL ?</p>	<p>5.1.1 Inscription des MAIA dans la nouvelle organisation territoriale et place bien identifiée dans les parcours PA.</p> <p>5.1.2 Lisibilité et articulation entre les dispositifs MAIA et PAERPA.</p> <p>5.1.3 Reconnaissance du rôle de s MAIA dans la coordination des parcours de santé.</p>	<p>-Articulation des MAIA avec les autres dispositifs de coordination et dispositifs expérimentaux mis en œuvre en PDL (DCA,...)</p> <p>-Accessibilité et continuité sont intégrées dans la prestation de service</p> <p>-Place des MAIA dans la logique parcours PAERPA</p> <p>-Charte de gouvernance PAERPA</p> <p>-Comparaison MAIA dans territoire PAERPA et MAIA dans autre territoire</p> <p>-Ressenti des acteurs</p>
	<p>Sous- question 5.2</p>	<p>5.2.1 Intégration au comité d'intégration des acteurs de tous les acteurs de santé sur le territoire (PDL allant plus loin dans la vision</p>	<p>-Participation effective desdits acteurs et contribution</p>

<p>DANS QUELLE MESURE LE POSITIONNEMENT ET LA POSTURE DES MAIA DES PDL LEUR PERMETTENT- ELLES D'ATTEINDRE LEURS OBJECTIFS?</p>	<p>Dans quelle mesure le « modèle MAIA PDL » (ajustements PDL) a -t- il permis une meilleure appropriation par les acteurs ?</p>	<p>exhaustive, ex : URPS).</p> <p>5.2.2 Comité d'intégration des acteurs ayant une vocation plus large que la MAIA.</p>	<p>-Ressenti des acteurs</p>
	<p>Sous- question 5.3</p> <p>Dans quelle mesure ce modèle peut- il être étendu à d'autres domaines d'action de l'ARS ?</p>		

ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE

TITRE	LIENS DISPONIBLES
Références juridiques	
Code de l'action sociale et des familles-article - article L 113-3 - base légale des MAIA	www.legifrance.gouv.fr
Code de la santé publique-article L.1431-2- Les missions et les compétences des ARS	www.legifrance.gouv.fr
Décret n°2011-1210 -Cahier des charges national des MAIA- 29 septembre 2011	www.legifrance.gouv.fr
Circulaire DGCS/DGOS/CNSA/2012-06 relative au déploiement en 2012 des dispositifs d'intégration MAIA - 10 janvier 2012	www.legifrance.gouv.fr
Arrêté modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les MAIA - 16 novembre 2012	www.legifrance.gouv.fr
Circulaire DGOS/CNSA/2013 relative à la mise en œuvre de la mesure IV du Plan Alzheimer -10 janvier 2013	www.legifrance.gouv.fr
Circulaire DGCS/DGOS/CNSA/2014/09 relative aux appels à candidatures pour le déploiement des dispositifs MAIA au titre de l'année 2014 - 15 janvier 2014	www.legifrance.gouv.fr
Plans nationaux et régionaux	
Plan national Alzheimer- mesure 4 : les MAIA	www.plan-alzheimer.gouv.fr
Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012- Lettre de mission des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche de novembre 2012- Rapport juin 2013.	
Projet régional de Santé (PRS) - Arrêté du 09 mars 2012	www.ars.paysdelaloire.sante.fr
Articles	
Des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer -La Lettre de l'observatoire- fondation Médéric Alzheimer - Novembre 2013-n°28-29	www.fondation-mederic-alzheimer.org
Dossier « Promouvoir la continuité des parcours »-La lettre CNSA- septembre 2013	www.cnsa.fr
Les MAIA : une troisième phase de déploiement - Les Mémos de la CNSA - n°13 - Juillet 2013	www.cnsa.fr
Politique de santé avec l'instauration des parcours de santé, la prise en charge gériatrique peut présenter un modèle - Hospimédia - 27 novembre 2013	http://abonnes.hospimedia.fr
Perception et satisfaction des aidants professionnels dans le cadre du dispositif MAIA - Evolutions n°28 - Inpes - Novembre 2013	www.inpes.sante.fr
Guides et études	
Le secteur médico-social « Comprendre pour agir mieux»- Appui santé & médico-social ANAP- Juillet 2013	www.anap.fr
Assurance maladie et perte d'autonomie-Rapport HCAAM-23 juin 2011	
Rapport expertise MAIA 2 ^{ème} phase expérimentale 2010-2011 -	www.ladocumentationfrancaise.fr

Convention DGS-FNG - Avenant convention GGS-URC Ouest - Mission pilotage national - Décembre 2011	
Rapport stratégies des ARS dans le déploiement du dispositif d'intégration des MAIA - Etude pour DGS par la FNG - Février 2012	www.ladocumentationfrancaise.fr
Colloques et congrès	
La coordination des acteurs-Atelier n° 2- Les universités d'été de la performance en santé-Nantes - Août 2013	www.performance-en-sante.fr
Documents de travail	
Projets règlement intérieur 2012-2015 pour le fonctionnement du dispositif d'intégration MAIA en pays de la Loire -Charte de gouvernance MAIA-PAERPA- Charte de gouvernance du secteur PA -ARS Pays de la Loire	
Note de synthèse- Plan Alzheimer- Mesure 4-MAIA-Note 2- DEO/DMS-ARS pays de la Loire- Avril 2011	
Cartographie des échanges des dispositifs d'intégration MAIA-support de restitution nationale-CNSA/ATEXO-V1.0 - Septembre 2011	
Table stratégique MAIA de Nantes agglomération- 02 décembre 2011	
Plan Alzheimer - Mesure 4 - MAIA - Appel à candidature 2012 : synthèse des dossiers présentés en commission - DEO/DMS - ARS Pays de la Loire - Avril 2012	
Rapport d'étape de la MAIA Nantes agglomération- 30 mars 2012	
Plan Alzheimer - Mesure 4 - MAIA - Appel à candidature 2012 : synthèse des dossiers présentés en commission - DEO/DMS - ARS Pays de la Loire - Avril 2012	
Table stratégique MAIA- 2 ^{ème} table MAIA de Nantes agglomération - 19 avril 2012	
Programme de formation MAIA 2012 - CNSA - Septembre 2012	
Cahier des charges régional SI MAIA - e-santé Pays de la Loire - 12 janvier 2013	
Compte-rendu de réunion relevé de décisions-DEO/DMS-ARS Pays de La Loire-12 février 2013	
Notes à l'attention de madame Desaulle relatives au fonctionnement du dispositif MAIA respectivement 44 et 72- DEO/DMS-ARS Pays de la Loire-2013	
Plan Alzheimer - Mesure 4 - MAIA - DEO/DMS -ARS Pays de la Loire - Appel à candidature 2013 : présynthèse des dossiers avant présentation en commission régionale de sélection du 18 avril 2013	
Compte-rendu réunion table tactique du SUD Mayenne-11 juin 2013	
Table tactique du NORD Mayenne-Dispositif MAIA 53-12 juin 2013	
Le numérique : opportunité de modernisation d'une organisation territoriale de santé - ARS Pays de la Loire - 2014	
Evolution des réseaux de santé -DEO/DCPS -ARS Pays de la Loire-note 02 janvier 2014	
Rapports d'instruction candidatures MAIA - Année 2013	
Compte-rendu comité stratégique Parcours de santé des aînés - ARS pays de la Loire/CG Mayenne - 29 janvier 2014	
Trame analyse rapport d'étape MAIA au 18 03 2014	

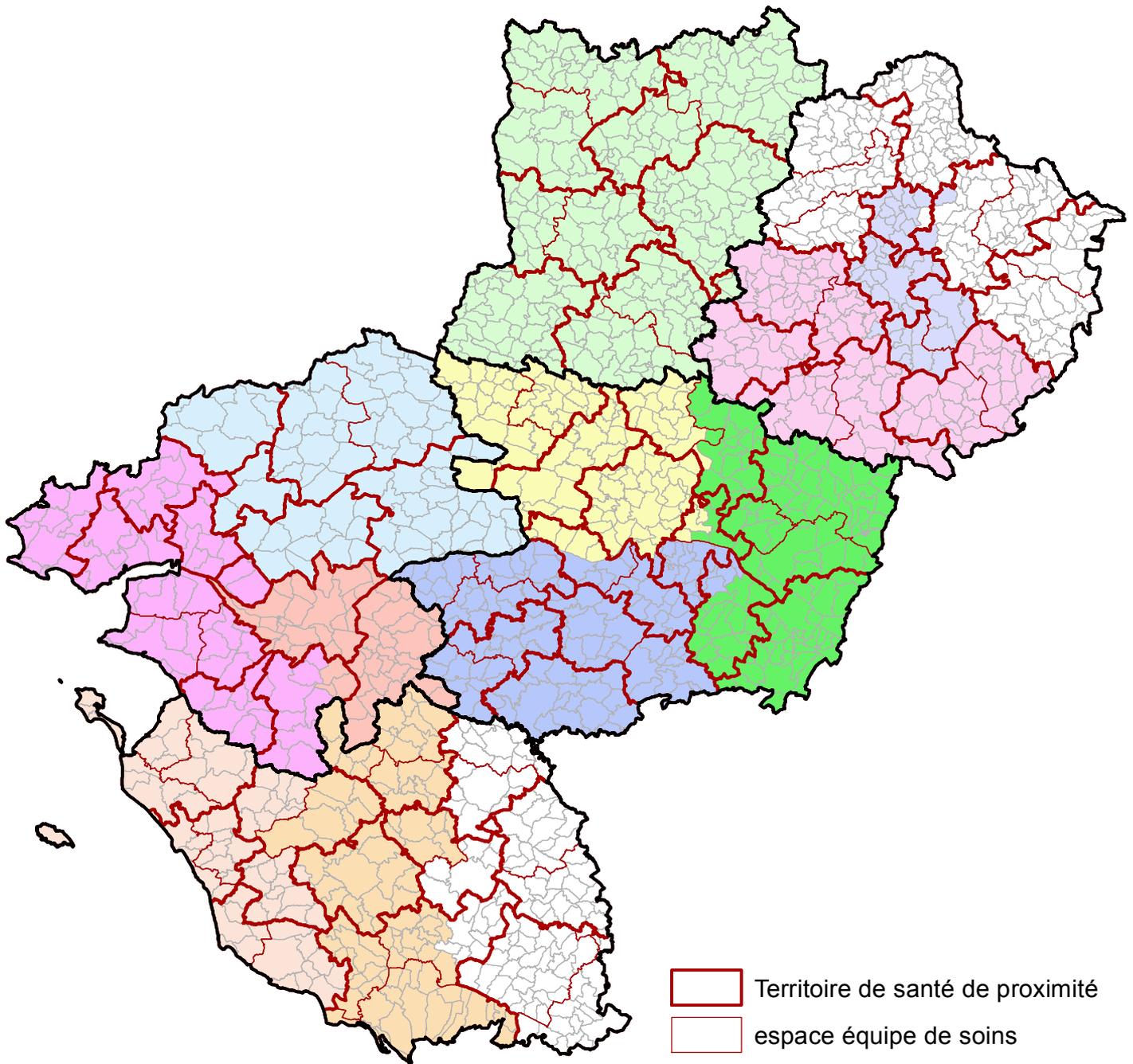
ANNEXE 4 :
LISTE DES PERSONNES
AYANT CONTRIBUE AUX INVESTIGATIONS

(par ordre chronologique de rencontre)

- M. BLAISE, directeur de la DPRS (ARS PDL)
- M. GRIMONPREZ, directeur DEO
- Mme PERISSET, CNSA
- Mme BEAUVAIS, pilote MAIA 53
- Mme IN, animateurs PAERPA 44/ 85
- M. FONTAINE, animateur PAERPA 49
- Mme GALBRUN, pilote MAIA du Mans
- M. PLOT, chargé de projet DT 72
- Mme LE MARECHAL, chargée de projet DT 44
- Mme GEFFRIAUD, pilote MAIA du saumurois
- Mme GIRAUDEAU, pilote MAIA Angers- Segré
- Mme LE FUSTEC, pilote MAIA sud- 49
- Mme POTIER, pilote MAIA sud 49 remplaçante
- Mme LABAT, CIAS du Choletais, membre table tactique MAIA sud 49-
- Docteur OLIVIER, médecin gériatre, membre table tactique MAIA sud 49
- Mme SAVIDAN, CLIC IGEAC,
- M. BIDET, directeur de l'autonomie CG 49
- Docteur LHERMITTE, médecin CG 49
- M BEAUCHAMPS, responsable APT DT 49
- Mme CHOBANOVA, chargée de projet DT 49
- M. CLAUDE, coordonnateur DCA 49
- Mme SAENE, coordonnatrice DCA 49
- Docteur BITOUN, référent Alzheimer ARS PDL
- Mme AUVINET, pilote MAIA ouest 85
- Mme POISBELAUD, pilote MAIA centre 85
- M. MANCEAU, DGA solidarités Ville de la Roche sur Yon
- Mme PINON, directrice pôle médico- social de la fondation G. Coulhon
- M. FETISSON, pilote MAIA Vallée du Loir/ Vallée de la Sarthe
- Mme PESRIN, chargée de projet DOMS DEO
- Mme PERIBOIS, responsable DOMS DEO
- Mme PROUX, pilote MAIA Nord Loire- Atlantique
- Mme CLERC, chargée de projet DOMS DEO
- M. ADAM, responsable APT DT 85
- Mme CIESLIK, pilote MAIA Nantes agglomération
- Mme CITEAU, pilote MAIA estuaire 44
- Mme GAUTHIER, directrice de l'autonomie CG 72
- Mme GUEGUEN, pilote MAIA dans le Morbihan
- Mme BERGER, chargée de mission PA ARS Bretagne
- Docteur LECOQ, médecin référent PA ARS Bretagne
- Mme MAILLET, cadre de santé service à domicile
- Mme BAYER, directrice SSIAD plateforme de service MS
- Mme PAPILLON, coordonnatrice réseau RESPA
- M DE LA GARANDERIE président réseau RESPA
- Mme LANOUE, gestionnaire de cas MAIA Nantes agglomération vignoble
- Mme BAHOLET, gestionnaire de cas MAIA estuaire
- Mme BASTARD, stagiaire gestionnaire des cas
- Mme BREMAULT, gestionnaire de cas MAIA Nord- Loire Atlantique

- Mme CHAUCHIS, gestionnaire de cas MAIA Angers- Segré
- Mme MAROT, gestionnaire de cas MAIA sud 49
- Mme HEURTEBIZE, gestionnaire de cas MAIA 53
- Mme DUVAL, gestionnaire de cas MAIA 53
- Mme GRUEL, gestionnaire de cas MAIA du Mans
- Mme DESPRES, gestionnaire de cas MAIA Vallée du Loir/ Vallée de la Sarthe
- Mme CARIMALO, gestionnaire de cas MAIA ouest Vendée
- Mme CHAPRON, gestionnaire de cas MAIA centre Vendée
- Mme APPARAILLY, coordinatrice *réseau de santé*
- Mme BLOCH, chargée de projet PA ARS Alsace
- M. FISHER, directeur de l'autonomie CG 68
- Mme LORRAIN, pilote MAIA 68
- Mme NOEGLE, secrétaire MAIA 68
- M. DUMAIS, chef de projet PAERPA DT 53
- Mme RIVET, responsable APT DT 53
- M. MICHELET, responsable DCPS ARS PDL

ANNEXE 5- Couverture MAIA des Pays de la Loire



MAIA

- MAIA Estuaire Atlantique
- MAIA Nantes Agglomération
- MAIA Nord Loire-Atlantique
- MAIA territoire Angers-Segré
- MAIA Sud 49
- MAIA territoire du Saumurois

- MAIA de la Mayenne
- MAIA Vallée du Loir et Vallée de la Sarthe
- MAIA Pays du Mans
- MAIA Ouest Vendée
- MAIA Centre Vendée
- Commune non couverte