

---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**

Promotion : **2016-2017**

Le rôle et la place des professionnels de santé libéraux  
bretons au sein du dispositif d'intégration MAIA.

---

CAMILLE COUSIN  
19 juin 2017

---

# Remerciements

---

Je tiens à adresser mes remerciements les plus chaleureux à Sybille Le Bourjois, tutrice de stage pour le temps pris et l'aide qu'elle a pu m'apporter tout au long de mon stage et pour l'écriture de mon mémoire. Je souhaite remercier aussi Marie, Delphine et Marie-Noëlle, de la Maison des URPS, pour leur accompagnement et leurs conseils.

Je remercie également tous les membres des URPS qui m'ont impliquée dans leurs missions quotidiennes.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels que j'ai eu l'occasion de rencontrer. Ils m'ont permis de mieux cerner le travail des professionnels de santé libéraux, de mieux comprendre la méthode MAIA et de connaître le rôle essentiel de chaque acteur dans le système de santé.

Je souhaite remercier l'ensemble des professeurs du Master 2 PPASP qui m'ont apporté les connaissances nécessaires pour réaliser ce stage et qui ont renforcé mon intérêt pour la santé publique. Je tiens à remercier tout particulièrement M. Campéon pour sa disponibilité et son aide précieuse.

Et enfin, je remercie ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille durant toutes ces années d'études, mais plus spécifiquement ma maman pour ses nombreuses relectures et ses encouragements constants.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Partie I : La coordination gérontologique : la réponse au vieillissement de la population .....</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre 1 : La coordination des soins et des services : un enjeu de santé publique.....</b>	<b>5</b>
I/ La coordination dans le champ de la vieillesse .....	5
A) <i>La coordination gérontologique dans les politiques publiques</i> .....	5
B) <i>Le décloisonnement des secteurs.</i> .....	8
II/ Les enjeux de la coordination gérontologique.....	11
A) <i>La coordination au service du maintien à domicile.</i> .....	11
B) <i>La fluidification du parcours du patient âgé.</i> .....	14
<b>Chapitre 2 : De la coordination à l'intégration : une démarche novatrice.....</b>	<b>16</b>
I/ Le modèle PRISMA : du modèle québécois à l'appropriation française .....	16
A) <i>L'intégration : une nouvelle forme de coordination</i> .....	16
B) <i>PRISMA France</i> .....	21
II/ Le modèle d'intégration MAIA : de l'expérimentation au déploiement. ....	23
A) <i>De la maison à la méthode</i> .....	23
B) <i>La méthode MAIA</i> .....	25
<b>METHODOLOGIE DE STAGE.....</b>	<b>26</b>
<b>PARTIE II : L'implication des professionnels de santé libéraux bretons dans la coordination gérontologique : l'exemple des MAIA.....</b>	<b>28</b>
<b>Chapitre 1 : Les MAIA en Bretagne : leur perception par les professionnels de santé libéraux .....</b>	<b>29</b>
I/ Une photographie des MAIA Bretonnes .....	29
A) <i>Une couverture presque totale du territoire breton.</i> .....	30
B) <i>Le rôle du pilote dans l'intégration des professionnels libéraux.</i> .....	33
II/ Un dispositif méconnu par les professionnels de santé libéraux.....	34
A) <i>Une confusion quant aux objectifs de la méthode : une intégration insuffisante des libéraux</i> .....	35
B) <i>Une méthode d'intégration complexe</i> .....	38

<b>Chapitre 2 : Les professionnels de santé libéraux : une pierre angulaire de la Méthode MAIA.....</b>	<b>44</b>
I/ La participation actuelle des professionnels de santé libéraux à la méthode d'intégration.....	44
A) <i>Les professionnels de santé libéraux : au cœur de la prise en charge</i> .....	44
B) <i>Les URPS : des interlocuteurs privilégiés</i> .....	47
II/ L'objectif d'une meilleure inclusion des professionnels libéraux. ....	49
A) <i>Le souhait des acteurs du territoire</i> .....	50
B) <i>Des pistes pour favoriser la participation des libéraux.</i> .....	51
<b>Conclusion .....</b>	<b>55</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
<b>Note réflexive .....</b>	<b>1</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>1</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>2</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**APA** : Aide personnalisée à l'autonomie

**ARS** : Agence régionale de santé

**CCAS** : Centre communal d'action sociale :

**CLIC** : Centre local d'informations et de coordination

**CNSA** : Commission nation

**COFIL** : Comité de pilotage

**DIU** : Diplôme interuniversitaire

**EAS** : Espace autonomie - sénior

**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

**GCSMS** : Groupement de coopération sociale et médico-social

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**HPST** : Hôpital, patients, santé, territoires

**MAIA** : Maisons d'aides et d'intégration pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

**MAIA (2012)** : Méthode pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie.

**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PAERPA** : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

**PAF** : Personnes âgées et fragilités

**PRISMA** : Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien à domicile.

**PSD** : Prestation spécifique dépendance

**PTA** : Plateforme territoriale d'appui

**RIS** : Réseaux intégrés de services

**SIPA** : Système de services intégrés ou personnes âgées en perte d'autonomie

**SMAF** : Système de mesures de l'autonomie fonctionnelle

**UNIOPSS** : Union nationale interfédérale des œuvres et des organismes privés non lucratif sanitaire et sociaux

**URPS** : Union régionale des professionnels libéraux

*« Être vieux c'est être  
jeune depuis plus longtemps que les autres »*

*P. Geluck.*

*Camille COUSIN*

*Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2016-2017*

## Introduction

*« L'Homme néanmoins porte en lui-même la justification principale de la propriété, parce qu'il est son propre maître et le propriétaire de sa personne, de ce qu'elle fait et du travail qu'elle accomplit ».*

Locke le disait déjà au XVII<sup>e</sup> siècle, l'être humain est libre de lui-même, de son corps et de ses actes. Mais force est de constater que les individus ne sont pas égaux face aux stigmates de la vieillesse définie comme « la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions soit une diminution des forces physiques et d'un fléchissement des facultés mentales »<sup>1</sup>. Il faut accepter le processus de vieillissement car « vieillir c'est diminuer sur le plan physique mais c'est grandir sur le plan psychique, en connaissance de soi, du monde et des autres »<sup>2</sup>.

Alors que, pendant longtemps, les « vieilles » personnes étaient considérées comme bénies des dieux et oubliées de la mort, elles sont devenues aujourd'hui un « *problème de société* ». En effet, la vieillesse est considérée par la population générale comme un poids que les familles doivent assumer et non plus comme une chance. Celles-ci doivent déléguer de plus en plus la prise en charge de leurs parents auprès du service public. Et cela s'explique notamment par la place importante qu'occupe le travail au sein des ménages français. De plus, ces individus « à la charge de la collectivité » portent des représentations sociales sensiblement ancrées.

Ce constat ne cesse de s'accroître. En effet, les personnes âgées devraient compter 33% de la population mondiale en 2050<sup>3</sup>. L'Europe a connu en un siècle un changement radical illustré par un double phénomène : « un vieillissement par le bas » caractérisé par une réduction significative de la mortalité infantile et un « vieillissement par le haut » défini par une augmentation de l'espérance de vie après 60 ans, passant ainsi de 47 ans en 1900 à 80 ans aujourd'hui<sup>4</sup>.

Ces personnes vieillissantes sont aujourd'hui au cœur des politiques publiques françaises. En France, un habitant sur cinq est âgé de 65 ans ou plus, ce qui représente environ 11,6 millions d'individus. La moitié de cette population serait d'ailleurs âgée de 75 ans et plus<sup>5</sup>. Si les individus voient leur vie s'allonger notamment chez les femmes, leur qualité de vie en bonne santé n'est pas garantie. Les stigmates de la vieillesse pèsent

---

<sup>1</sup> Larousse - [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921)

<sup>2</sup> P.Champvert, R.Gilzome, « vieillir c'est grandir en connaissance de soi et du monde », La gazette santé-social 5/05/17

<sup>3</sup> Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Luc Broussy, janvier 2013

<sup>4</sup> Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Luc Broussy, janvier 2013

<sup>5</sup> Institut national d'études démographiques, dossier thématique, santé et vieillissement, avril 2014 <http://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/dossiers-thematiques/sante-vieillesse/>

également sur l'économie, l'emploi, et les finances. Alain Parant disait d'ailleurs en 2007 que « la vieillesse n'est pas encore perçue comme un animateur potentiel de la société »<sup>6</sup>.

L'hôpital a longtemps été au cœur du système de santé amenant les autres services à s'organiser autour de lui. Autrefois, il permettait de prendre en charge des maladies aiguës qui supposaient un suivi ponctuel. Mais la donne a changé avec le vieillissement de la population. En effet, celui-ci a entraîné la prépondérance des maladies chroniques qui nécessitent désormais des soins de longue durée. Ces soins quotidiens amènent à modifier ce paradigme en mettant au centre de la prise en charge le lieu de résidence des usagers. Le domicile devient le centre autour duquel le soin doit s'organiser. Rester à domicile, se soigner à domicile est à la fois un souhait du malade mais permet également de réduire, pour chacun, les coûts financiers d'une hospitalisation ou d'un placement en institution.

Aujourd'hui, l'augmentation de la chronicité des maladies est associée à l'augmentation de l'espérance de vie. L'Etat se doit de traiter ces problématiques. L'aide au « bien vieillir » fait partie désormais des priorités des politiques actuelles. Les professionnels de santé, ainsi que tous les acteurs concernés par la thématique de la vieillesse, ont eux aussi participé activement à la prise en charge de cette population. Pour permettre l'efficacité de ces initiatives, chacun doit trouver sa place et ce dans l'intérêt du patient. La coordination des acteurs semble donc indispensable.

C'est la maladie d'Alzheimer, reconnue en 2012 par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une priorité de santé publique, qui a poussé la France à agir en matière de coordination des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle a donc inclus dans son système de santé l'intégration des services d'aides et de soins. Cette notion est apparue dans un premier temps au Canada dans le cadre du projet PRISMA et s'est étendue en France.

L'intégration est définie par Kodner et Kyriacou comme « un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'informations, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement »<sup>7</sup>.

**Il faut pour cela comprendre ce que représente aujourd'hui l'intégration dans les pratiques et comment elle est vécue par les professionnels de santé, notamment par les libéraux.**

---

<sup>6</sup> Alain Parant. « Le vieillissement démographique. Chronique d'un tsunami annoncé », *Gérontologie et société*, vol. 30 / 123, no. 4, 2007, pp. 135-152.

<sup>7</sup> Kodner D. et Kyriacou C., « Fully integrated care for frail elderly: two American models », *International journal of Integrated Care*, 2000, p.1.

**Plus spécifiquement, il faut se poser la question de savoir, quelle est la place des professionnels libéraux bretons dans un dispositif de coordination gérontologique, telle que la méthode d'intégration MAIA qui a vocation à répondre aux politiques publiques de maintien à domicile des personnes âgées ?**

Ce mémoire a plusieurs objectifs : montrer dans un premier temps le rôle des politiques publiques dans la mise en place de la coordination des acteurs et la transition de cette collaboration vers une véritable intégration incarnée par le dispositif MAIA. Ce dispositif d'intégration, qui est une volonté du service public d'accroître la coordination des acteurs sera approfondi (**Partie I**). Dans un deuxième temps, un état des lieux de l'application du dispositif MAIA en région Bretagne sera réalisé (**Partie II**).

L'idée transversale de ce travail sera l'étude de la place des libéraux à chaque étape du suivi patient.

Cette étude a été demandée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux (URPS). Le comité de pilotage inter-URPS sollicite un état des lieux du dispositif d'intégration MAIA au sein de la région Bretagne.

Celui-ci lui permettra de définir un positionnement par les membres des unions lors de leur participation aux instances.

En effet, les professionnels de santé libéraux, qui sont au cœur du parcours de santé du patient, ont un rôle primordial à jouer au sein de la MAIA. Pour autant, des freins, des appréhensions et des méconnaissances, empêchent un travail ou une simple collaboration entre chacun des protagonistes du dispositif.

Il sera également abordé quelques nouveaux projets ou dispositifs en passe d'être mis en œuvre en Bretagne. Pour cela, les professionnels concernés ont été interrogés sur leurs aspirations et sur leurs craintes.

## **Partie I** : La coordination gérontologique : la réponse au vieillissement de la population

Le contexte du vieillissement de la population amplifie le besoin de réflexivité de la médecine. Cette réflexion part de la prise en charge polypathologique du handicap et de la dépendance à la médicalisation de l'existence en passant aussi par la fin de vie et la mort. Dans la dimension subjective du « prendre soin », la personne doit être prise en compte dans sa singularité avec son histoire, son environnement de vie et son lieu de vie. La coordination des soins et des services devient un enjeu de santé publique (**chapitre 1**)  voluant vers une démarche novatrice qu'est l'intégration (**chapitre 2**).

## **Chapitre 1 : La coordination des soins et des services : un enjeu de santé publique**

Pour répondre à l'ensemble des besoins et aux diverses problématiques auxquelles sont sujettes les personnes âgées, de nombreux services, que ce soit en matière d'hébergement ou de soins, ont été créés. Pour permettre aux personnes âgées de rester à domicile, beaucoup de professionnels et de non-professionnels, comme les aidants, agissent autour du malade. L'intervention de ces personnes n'est pas mise en cohérence causant des dysfonctionnements. Pour écarter ces risques, il faut essayer de coordonner l'ensemble des actions. La coordination dans le champ de la vieillesse **(I)**, aux enjeux multiples **(II)**, devient indispensable.

### **I/ La coordination dans le champ de la vieillesse**

Pour une meilleure efficacité, les professionnels qui interviennent chez la personne âgée ont besoin d'être partenaires et de travailler ensemble. Cette idée porte le nom, pour ce public spécifique, de **coordination gériatrique**. Si aujourd'hui, cette dernière a une place importante dans les politiques publiques **(A)**, c'est parce qu'elle permet le décloisonnement des secteurs **(B)**, indispensable à la prise en charge de la personne âgée.

#### **A) La coordination gériatrique dans les politiques publiques**

La chronicité des maladies amène une prise en charge plus longue faisant intervenir de nombreux professionnels. Les actions gériatriques sont ancrées dans un cadre sectoriel dont les acteurs ont du mal à s'extraire. Les maillons locaux doivent s'emboîter dans les maillons nationaux. Ce problème amène des difficultés de visibilité et de coordination.

Pour cela, il faut étudier la coordination en tant que telle, puis les lois qui l'ont mise en œuvre **(1)** et enfin les différentes dimensions qui l'ont constituée **(2)**.

##### *1. La coordination au fil du temps.*

La coordination n'est pas une notion nouvelle. En effet, le maire de Suresnes en 1936, « proposait dans une circulaire adressée aux préfets de créer dans chaque

département une commission de coordination afin de coordonner les différents soins et aides dont ont besoin ces personnes »<sup>8</sup>.

Mais qu'est-ce que la coordination ? Comment la coordination telle qu'on la connaît aujourd'hui a transpiré dans le temps ?

Le mot coordination vient du latin « cum » et « ordinare » qui signifie ranger, mettre en ordre. La coordination cherche à diriger les actions afin de les amener vers le même but et avec la meilleure efficacité possible. L'article L312-7 du Code de l'action sociale et des familles dispose que la coordination dans le domaine social et médico-social « *a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charges et des accompagnements* ».

Le rapport Laroque de 1962 permet de se questionner sur la place des personnes âgées dans la société. Il préconise que les politiques publiques visant ce public doivent être « *un ensemble cohérent et coordonné d'actions* » en se penchant plus sur le problème de la dépendance. « *Un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés* » doit être apporté aux personnes âgées. Il appelle donc à la coordination des actions menées.

En 1980, Donabédian voit la coordination comme un « *processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale* ».

La coordination a ensuite pris un tournant particulier en 1981 dans sa mouture sociale de la coordination. Un nouvel emploi de coordonnateur est créé. Le coordonnateur a pour mission d'assurer une liaison entre les services et les établissements pour retraités et personnes âgées à l'échelon local. En 1983, les Centres communaux d'actions sociales (CCAS) se voient déléguer, dans le cadre des lois de décentralisation, la compétence étatique de l'action sociale et médico-sociale.

Pour répondre au problème de la perte de dépendance plus spécifiquement, l'Etat en 1997 instaure la Prestation spécifique dépendance (PSD). Devant son impact relatif et ne répondant pas à l'enjeu, elle est remplacée en juillet 2001 par l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA). Celle-ci vise un plus grand nombre de personnes en étendant son champ d'actions.

---

<sup>8</sup> M.A Bloch et al., « la coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », pour la fondation Paul Bénédict, Fév 2011, p31  
Camille COUSIN

En 2002<sup>9</sup>, la création des réseaux de santé a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. Le rôle principal de ces réseaux est de permettre une meilleure visibilité des moyens existant en apportant une meilleure qualité de prise en charge.

Il aura fallu la canicule de 2003, causant la mort de nombreuses personnes âgées, pour que l'Etat s'interroge brutalement sur l'efficacité des aides en place. Cet épisode a fait apparaître les carences du système de vigilance et les failles de la politique sociale. C'est au niveau local que les choses vont être prises en main et des mesures préventives vont être lancées. C'est dans ce contexte que la Caisse Nationale pour l'autonomie (CNSA) a été créée. La CNSA reconnaît la dépendance comme un risque social<sup>10</sup>. En 2005, Jean-Louis Borloo présente un plan de développement des services à la personne. Face à l'ampleur de la maladie d'Alzheimer, différents plans vont être instaurés afin de pouvoir mieux prendre en charge les personnes qui en sont atteintes.

Avec la multiplication des services, il apparaît nécessaire que ces derniers se dotent d'un dispositif leur permettant de se coordonner entre-eux. Au niveau local, les Centres locaux d'informations et de coordination (CLIC) sont le portrait de la coordination. Ils sont l'instrument de proximité « *qui vise à répondre à la superposition des prestations pour personnes âgées et celles issues du cloisonnement entre le sanitaire et le social* »<sup>11</sup>. Ils sont des guichets d'accueil et d'informations ouverts aux personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels du maintien à domicile. Les CLIC permettent d'obtenir toutes les informations utiles pour la vie quotidienne des personnes âgées. Les CLIC visent la coordination des acteurs et des prestations existantes.

Si c'est un dispositif qui découle des politiques de coordination celle-ci doit regrouper plusieurs dimensions.

## 2. Les dimensions de la coordination

Si la coordination gérontologique est reconnue comme indispensable pour répondre aux multiples besoins, elle n'est pas si simple à instaurer. C'est pourquoi, celle-ci doit être hiérarchisée en trois niveaux<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>10</sup> J.D Peroz « *Les politiques sociales en France* », 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, oct 2015, p128.

<sup>11</sup> Mémoire Progin Emilie ; « *Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer, ou la place du Conseil général dans la coordination gérontologique* » ; 2012 - 2013

<sup>12</sup> Myriam Le Sommer-Péré, Les différents niveaux de coordination, *Gérontologie et société* 2002/, n° 100, p. 49-63.

Le premier met en avant l'usager. Les différents professionnels qui interviennent autour de lui doivent être coordonnés. Leurs actions à court terme seront harmonisées au cas par cas.

Le second niveau doit permettre au premier d'être plus stable et efficace grâce à une formalisation des liens entre les professionnels de proximité. La coordination pourra passer par des représentations communes, des outils partagés ou par la signature d'une charte.

Le dernier niveau consiste à instaurer une perspective de santé publique. La coordination apparaît comme une façon de moderniser et de rationaliser les politiques de santé.

La coordination peut également se voir sur trois plans (Couturier, Hebert, Bloch). Le **plan opérationnel** c'est à dire que les professionnels prennent en charge et accompagnent leur patient à un niveau micro. Le **plan méso** qui comprend les structures et les dispositifs de prise en charge qui regroupent les moyens humains et matériels. Et enfin, le **plan institutionnel** qui regroupent l'ensemble des décideurs et financeurs au niveau local et national.

Lorsque ces trois niveaux dysfonctionnent, des problèmes de qualité de prise en charge des personnes peuvent être constatés.

Sur le terrain, la coordination se déploie comme une dynamique de professionnels souhaitant travailler ensemble. Cette expression de « dynamique professionnelle », proposée par Magali Robelet, est en concurrence avec une logique de gestionnaire<sup>13</sup>. C'est à dire que les professionnels acquièrent des compétences qu'ils veulent défendre mais ils doivent également les lier et les partager avec des compétences de gestion. Ces nouvelles fonctions ont dû être affirmées.

La reconnaissance des fonctions de coordination, prenant exemple sur les « case manager » anglais, a fait émerger de nouveaux emplois de coordonnateur. Il semble que ce nouveau métier a traversé le temps. En 1975, c'est l'apparition du responsable de secteur pour les services à domicile puis aux infirmier(e)s coordonnateurs(trices) passant par les coordonnateurs de CLIC en 2000.

## **B) Le décroisement des secteurs.**

Une place spécifique est faite au médecin généraliste qui est vu comme le point central de la coordination. En effet, c'est lui qui prend la décision de faire entrer son patient dans le réseau. Le médecin devient le coordonnateur des soins. En ayant ce rôle, il veille sur son patient tout en confiant le problème de la dépendance à d'autres acteurs

---

<sup>13</sup> Magali Robelet *et al.*, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales* 2005/1 (), p. 231-260.

de la santé, du social ou du médico-social. Le réseau est indispensable au patient pour développer les soins de proximité.

### 1. *Un cloisonnement au sein du champ sanitaire*

Le secteur sanitaire englobe « *toutes les professions qui participent à la chaîne du soin* »<sup>14</sup> et prenant en charge aussi bien des personnes malades que dépendantes. A l'intérieur même du secteur sanitaire, un cloisonnement entre professionnels s'est construit. En effet, il est avéré que le médecin libéral a peu de disponibilité et qu'il travaille de façon plutôt cloisonnée. Pourtant, les polyopathologies des personnes âgées obligent les professionnels libéraux à travailler entre eux. Ils ont un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge du patient. Il est possible de prendre l'exemple de plusieurs professionnels.

Les infirmiers libéraux ont un rôle important dans la prise en charge des soins. Ils interviennent beaucoup dans les villes mais aussi dans les zones rurales. Ils sont de véritables relais du médecin. Ils coopèrent afin d'optimiser le parcours de soins du patient et d'apporter une réponse de qualité. Les infirmiers ont des charges lourdes auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et doivent pouvoir compter sur le soutien du médecin.

Les pharmaciens libéraux sont des professionnels de santé qui de manière informelle sont très présents sur le plan du maintien à domicile. En 2006, ils ont été reconnus comme des acteurs incontournables, présents auprès des personnes âgées. Les pharmaciens ont une proximité géographique intéressante pour aider le patient. Ils peuvent aussi évaluer, orienter et informer le patient en fonction du besoin.

Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, quant à eux, interviennent à domicile et contribuent au maintien de la personne chez-elle. Ils travaillent souvent à la demande du médecin.

Toutefois, si le rôle essentiel de chacun est admis, travailler ensemble est parfois difficile. Est-ce dû à une culture professionnelle différente ? Y a-t-il une forme de concurrence ? Pourquoi l'hôpital et la médecine de ville ont tant de mal à coopérer ? Les réponses seront apportées au travers d'exemples pratiques dans la seconde partie.

---

<sup>14</sup> Laurence Prat, « Le sanitaire, le social et le médico-social », ONISEP, 2013  
Camille COUSIN

## 2. *Un cloisonnement entre les secteurs.*

Historiquement, l'idée de coordination gérontologique est davantage liée à l'action sociale qu'à la politique de santé. La prise en charge de celle-ci était d'abord sujette au fait de régler des problèmes de logement, de revenus ou de lutte contre la pauvreté. Une définition de ces deux notions est nécessaire pour comprendre.

Le social est « *une forme d'action d'utilité publique en direction des populations à faibles ressources économiques* ». <sup>15</sup> Il renvoie à l'humain, à sa condition à un moment donné par rapport à l'ensemble des citoyens.

De manière simple et courante, la santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946 comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

L'OMS reprend dans sa définition le terme de social jouant un rôle sur la santé. Bernard Lory <sup>16</sup> a admis dans les années 1970 que l'action sociale avait une place parmi les autres fonctions collectives telle que la santé publique ou l'Education nationale.

Pourquoi est-il difficile pour ces deux champs de travailler ensemble ?

Politiquement et juridiquement les champs sanitaire, social et médico-social n'ont pas été articulés ensemble et non pas fait l'objet d'une seule et même loi.

En pratique, constatant que l'hôpital avait des soucis quant à l'accueil des enfants handicapés, des personnes âgées, du handicap en général, il a été décidé de le limiter aux soins. Tout ce qui relève de l'humain, du social est externalisé.

De plus, le principal cloisonnement reconnu est celui entre le champ sanitaire et social. Il est principalement dû à la décentralisation des compétences de l'action sociale de l'Etat vers le département. L'Etat garde la mainmise sur la santé grâce aux Agences Régionales de Santé (ARS). Le secteur médico-social devait, quant à lui, permettre le rapprochement de la santé et du social mais n'a fait que confirmer cet éloignement.

On peut constater que les professionnels des différents secteurs ont des réflexes culturels bien ancrés. En effet, les professionnels du sanitaire n'ont pas le réflexe d'adresser le patient au social. De plus, l'ignorance des compétences et des ressources de chacun va de pair avec une certaine défiance.

---

<sup>15</sup> L.Roche, R.Boucher, « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social », ENSP, 2007, p 17

<sup>16</sup> Jacques Ladsous, « Vers une politique d'action sociale. La figure de Bernard Lory », *L'action sociale aujourd'hui. Petite histoire de l'action sociale*, sous la direction de Ladsous Jacques. ERES, 2008,

Si le cloisonnement entre la médecine de ville et le médico-social/social a tendance à diminuer, le cloisonnement entre les cultures est plus marqué entre l'hôpital et le médico-social.

Même si les vieilles habitudes ont la vie dure, ces dernières années, il y a un certain changement de paradigme. Les nouvelles lois soutiennent l'articulation du sanitaire et du social notamment grâce à la coordination.

La coordination a pour ambition de dépasser les clivages entre privé/public, associatif/lucratif et de favoriser le travail entre les professionnels de santé : elle répond à de nombreux enjeux. Toutefois, l'intervention d'un coordinateur peut être vécue comme une immixtion dans la pratique.

## **II/ Les enjeux de la coordination gériatrique.**

Les politiques spécifiques en faveur des personnes âgées ont fait de la coordination le pilier. Cette coordination gériatrique va permettre de répondre à deux enjeux essentiels qui sont le maintien à domicile de la personne âgée **(A)** et la fluidification de son parcours **(B)**.

### **A) La coordination au service du maintien à domicile.**

Alors que les politiques publiques se sont pendant longtemps axées sur la prise en charge en institution des personnes âgées, aujourd'hui l'ère est à celle du domicile. En effet, se soigner chez-soi devient une nécessité. Et cela pour deux raisons, la première c'est que se soigner « à la maison » est moins coûteux et la seconde est qu'il y a une réelle volonté des individus de rester chez eux.

Voyons les politiques publiques du maintien à domicile et la place de celui-ci dans la prise en charge des personnes âgées. Même si aujourd'hui les politiques publiques visent à prioriser le maintien à domicile, rester vivre chez soi ou se soigner à domicile n'est pas chose facile.

#### *1. La place du domicile chez les personnes âgées*

Selon Bernard Ennuyer, le maintien à domicile est le fait de « *garder les vieilles personnes au sein de la société dans laquelle elles ont vécu* ». Si c'est une définition très large du maintien à domicile, on prend conscience de la dimension d'intégration des personnes âgées dans la société à laquelle elles appartiennent.

Le mot domicile vient du latin « *domicilium* » voulant dire demeure. On le constate, avoir un domicile est un symbole d'inclusion sociale et donc d'intégration<sup>17</sup>. Ne plus pouvoir être chez-soi serait un facteur de rejet de la société.

Simone De Beauvoir (1970) disait que « *beaucoup de sociétés respectent les gens âgés tant qu'ils sont encore lucides et robustes, mais se débarrassent d'eux quand ils deviennent décrépits et gâteux* ». A travers cette phrase ne pouvons-nous pas penser que rester à domicile signifie être respecté ?

Toutefois, lorsqu'une personne âgée commence à perdre son autonomie, vivre chez-soi peut apparaître complexe. D'autant comme le soulève Anne Ferrari « *le domicile est un espace dont le champ se réduit en miroir avec la perte d'autonomie et les limitations fonctionnelles* ». Le domicile peut donc être le reflet de ses faiblesses, de ses incapacités et donc de son propre vieillissement. C'est pourquoi, il faut l'occuper, le réaménager de façon à ce que la personne en garde les bienfaits et ne tombe pas dans un syndrome dépressif dû à ses limitations fonctionnelles.

Lorsque la personne doit faire face à sa perte d'autonomie, le choix de l'institutionnalisation n'est pas évident. Quitter son domicile veut dire perdre ses repères, son repaire, ses souvenirs, sa vie d'avant. Le domicile permet de se construire une identité et donc le quitter veut dire perdre celle-ci. C'est en quelque sorte mourir à petit feu.

Le maintien à domicile apparaît donc comme la bonne solution, encore faut-il que ce soit possible. Possible à la fois dans une dimension de sécurité pour la personne mais également en terme d'organisation des intervenants.

## 2. *Les politiques du maintien à domicile.*

La loi du 4 juillet 1905, impose une assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources. Cette loi commande pour la première fois l'aide aux personnes âgées.

Aujourd'hui, les politiques relatives à la vieillesse prennent une place importante. L'un des objectifs actuels est de préserver ces personnes chez-elle, il est appelé le maintien à domicile. Il se rapporte donc au fait, de permettre aux personnes vieillissantes et qui ont des difficultés dans leur vie quotidienne, de rester chez elles.

---

<sup>17</sup> Bernard Ennuyer, « *Repenser le maintien à domicile* » *Enjeux, acteurs, organisation*, Dunod, 2014.

En 1950, le métier d'aide-ménagère apparaît permettant aux personnes âgées de se faire aider dans leur quotidien. Le rapport Laroque de 1962 pose pour la première fois la question du maintien à domicile comme une orientation politique majeure des années à venir.

Ce rapport met l'accent sur le maintien à domicile et de la nécessaire participation à la vie sociale des personnes âgées.

Ce sont les politiques de maintien à domicile qui ont engendré ce besoin de coordination des aides et services.

La « *prise en charge à domicile d'une personne en perte d'autonomie oblige à inventer d'autres modalités d'interventions* »<sup>18</sup>.

Des professionnels de tout champ interviennent auprès des personnes âgées que ce soit une aide à la toilette, le portage des repas, le passage d'un masseur-kinésithérapeute ou d'une infirmière. La personne se sent encore maître chez-elle et c'est au professionnel de s'adapter à ce nouvel environnement. A l'inverse, cette adaptation apparaît plus complexe pour les personnes âgées lorsque le soin se déroule ailleurs. Mettre en place des dispositifs d'aides et d'accompagnement de la personne âgée au quotidien est un moyen de soutenir et de rassurer les aidants qui actuellement prennent une place très importante dans la prise en charge de ces personnes.

Les hommes politiques ont conscience de cette volonté de rester à domicile et en ont fait une priorité. Valéry Giscard-d'Estaing disait d'ailleurs en 1977 que « *chacun d'entre vous, doit pouvoir, l'âge de la retraite une fois atteint, continuer à vivre chez lui, s'il le désire, dans son logement, dans le cadre qu'il a toujours connu et auquel il est attaché* »<sup>19</sup>.

Si ce choix était fait en 1977, il était toujours d'actualité en 2013 lors du discours de François Hollande au Congrès de l'UNIOPSS à Lille le 25 janvier, « *nous devons permettre à chaque personne âgée qui le souhaite de rester à son domicile, là où sont ses souvenirs, son espace, son quartier, ses amis, sa famille* ».

Si l'objectif est commun à l'ensemble des gouvernements qui se succèdent, il n'y a pas aujourd'hui de « *politique de maintien à domicile digne de ce nom en France* »<sup>20</sup>.

Toutefois, la coordination gérontologique va devenir un prérequis au maintien à domicile.

---

<sup>18</sup> Anne Ferrari, « Habitat et espace psychique chez le sujet âgé. L'intervention du psychologue à domicile », *Le Journal des psychologues* 2007/7 (n° 250), p. 47-50.

<sup>19</sup> VGE 1977 – René Lenoir. *Le temps de vivre un 3<sup>ème</sup> âge heureux*, Paris, la documentation française, 1978 p140-141

<sup>20</sup> Bernard Ennuyer. « Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation ». Dunot, Paris, 2014  
Camille COUSIN

Même si celui-ci est une priorité, force est de constater qu'en 2017 le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie n'est pas lisible. C'est pourquoi, le parcours santé du patient devra se fluidifier.

### **B) La fluidification du parcours du patient âgé.**

Même si l'émergence des réseaux de santé a multiplié le travail entre acteurs, il faut se poser la question de savoir qui doit coordonner ? Les réseaux assurent une prise en charge adaptée aux besoins du patient. Ils sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé salariés et d'autres professionnels<sup>21</sup>.

Aujourd'hui, on entend souvent parler de « parcours » et que le rôle de l'Etat est de tout mettre en œuvre pour éviter les ruptures dans le parcours du patient. Mais qu'entendons-nous par ce mot « *parcours* » ? C'est un terme qui est devenu à la « mode » ces quinze dernières années et il apparaît dans de nombreux domaines (éducation, justice, logement, emploi).

Plus précisément dans le champ de la santé, il a entraîné un changement de paradigme de l'intervention publique. L'essor du parcours a permis une remise en cause du système d'aide et de soins. Il démontre bien la volonté de l'Etat d'ajuster sa pensée en mettant au centre du système le patient.

Raisonné en termes de parcours permettrait de « *penser la situation de chacun comme singulière, indépendamment des grandes catégories dans lesquelles s'inscrit la pathologie ou le handicap dont souffre la personne* »<sup>22</sup>.

Pour cela, une prise en compte globale des différentes dimensions de la vie d'une personne est nécessaire et la notion de coordination prendra tout son sens.

En effet, le parcours peut s'entendre dans trois dimensions. Dans sa dimension santé, il articule le soin avec la prévention et l'accompagnement social et médico-social.

Le parcours de soins concerne l'accès aux professionnels du premier recours. Il faut lier ces deux dimensions au parcours de vie qui prend en compte la personne dans son environnement.

La notion de parcours est inscrite dans le plan Alzheimer de 2008/2012. Il prévoit de « *construire un véritable parcours de prise en charge et d'accompagnement de la personne malade et de sa famille afin d'organiser le système autour de leurs besoins* ».

---

<sup>21</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2012. <http://www.sante.gouv.fr/les-reseaux-de-sante.html>

<sup>22</sup> Bloch M.A. et Henaut L., *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, 2014, Paris.

La fluidité du parcours et la qualité des soins sera possible s'il y a une véritable interaction entre le champ sanitaire, social et médico-social

Le parcours doit satisfaire aux besoins du patient et à la qualité du soin qu'il reçoit. Construire des parcours patients incite les professionnels à revoir leurs pratiques, leur organisation d'où l'exercice coordonné et pluri-professionnel.

Si la coordination est le premier pas vers une meilleure prise en charge du patient **l'intégration** va encore plus loin (Chapitre 2).

## **Chapitre 2 : De la coordination à l'intégration : une démarche novatrice.**

Le Canada fut précurseur du modèle d'intégration des services auprès des aînés en perte d'autonomie. Ce modèle qui découle d'une expérimentation au début des années 2000 s'est transposé dans d'autres pays et notamment la France **(I)**. Dans une perspective d'efficience de son système de santé, la France a souhaité intégrer ses professionnels dans un dispositif appelé MAIA **(II)**.

### **I/ Le modèle PRISMA : du modèle québécois à l'appropriation française**

Le développement social et économique du Canada se traduit par l'augmentation de la longévité et d'une amélioration de l'état de santé général de sa population. Le pays comprend donc sa responsabilité à offrir à celle-ci des solutions qui répondent au mieux aux besoins des personnes âgées.

Ces vingt dernières années, les services consacrés à la gérontologie se sont beaucoup développés et améliorés mais cette expansion significative a fragmenté l'offre de services. Pour pallier à ce constat, l'Etat a proposé de créer des réseaux intégrés de services appelés RIS **(A)** et qui ont été expérimentés en France sous le nom de Prisma France **(B)**.

#### **A) L'intégration : une nouvelle forme de coordination**

Les réseaux intégrés de services ont été mis en place pour améliorer l'efficacité du système de santé. Ceux-ci touchent les patients ayant des besoins multiples et devant gérer des interactions complexes avec de nombreux professionnels. L'objectif principal du RIS est de réduire les hospitalisations en améliorant la continuité des soins et la santé. C'est également, un type de coordination développé pour garantir l'efficacité et l'efficience des services touchant les personnes âgées avec incapacité.

Ces réseaux intégrés de services ont été étudiés dans le cadre du Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien à domicile (PRISMA).

Avant d'expliquer le programme **(2)**, il semble pertinent de définir cette notion d'intégration **(1)**.

## 1. La définition de l'intégration

Pour résoudre le problème de discontinuité et répondre aux besoins spécifiques de la personne âgée en perte d'autonomie, l'intégration des services est apparue comme la bonne solution. Le terme intégrer vient du latin *integrare* qui signifie « rendre complet, achever ». Plus communément, intégrer c'est « faire entrer dans un ensemble plus vaste ». On peut le comprendre comme le fait d'insérer plusieurs choses dans une même entité afin de mieux les utiliser.

En transposant cette notion d'intégration au domaine spécifique des personnes âgées en perte d'autonomie, on envisage l'intégration comme un « processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif »<sup>23</sup>.

La vocation de l'intégration est de réduire la complexité du système.

Le pionnier de cette notion est Walter Leutz, professeur à l'Université de Brandeis aux Etats-Unis. Il considère qu'intégrer c'est « relier le système de santé à l'ensemble des services dans la perspective d'accroître la qualité des soins et la satisfaction des usagers »<sup>24</sup>. Il pense que lier ensemble les pièces du système de santé permettrait d'améliorer la qualité des soins et donc d'améliorer la vie du patient. Réjean Hébert le suit en ajoutant qu'une « intégration de services serait futile si cela ne concourait pas à l'amélioration de la qualité des soins »<sup>25</sup>.

De cette définition, Leutz dégagera trois niveaux d'intégration respectivement de la plus faible à la plus forte.

La **Liaison**, qui consiste à mieux communiquer entre services permet d'éviter les ruptures dans la transmission d'informations. Cela se traduit par la formulation de protocoles ou par un transfert systématique de l'information. Les organisations qui font parties de la liaison gardent leur indépendance et conservent leurs propres ressources.

La **Coordination** a pour but de diminuer les discontinuités entre services. Les parties prenantes de l'offre devront se concerter afin d'établir des mécanismes, des mutualisations de moyens ou de compétences et déléguer une partie de leur autonomie pour atteindre cet objectif. Chacun garde son indépendance mais accepte d'adhérer au réseau intégré et d'adapter ses ressources aux procédures établies par la structure de coordination.

---

<sup>23</sup> A.P Contandriopoulos et all., *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 8, n°2, 2001, pp. 38-52

<sup>24</sup> Leutz WN, Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Q*, 1999

<sup>25</sup> R. Hébert et al., « *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* », Edisem, 2004, p6  
Camille COUSIN

Enfin, la **Pleine coordination** est une organisation qui fournit à un des usagers sur un territoire donné un continuum de services afin de permettre une prise en charge globale du patient par une équipe multidisciplinaire. Une seule organisation sera responsable de l'ensemble des services nécessaires à l'intégration.

L'intégration va permettre de créer dans le temps une cohérence durable où seront réunis des professionnels autonomes autour d'un même projet. Ces professionnels vont grâce à ce modèle préserver au cours du temps l'interdépendance.

Selon Louis Demers, l'intégration aurait cinq dimensions distinctes :

- L'intégration **normative** : Les acteurs doivent comprendre l'intégration et y adhérer.
- L'intégration **clinique** : Elle est essentielle car elle tourne autour du malade. La création de réseau intégré implique de coordonner les services en place.
- L'intégration **informationnelle** : Mise en place d'outils d'informations partagés accessibles à tous les professionnels pour leur permettre de communiquer facilement.
- L'intégration **organisationnelle** : Elle est composée de la gouvernance de l'intégration.
- L'intégration **financière** : Elle consiste à mettre en commun un budget destiné à la coordination.

La réunion de ces différentes dimensions permettrait à l'utilisateur de recevoir le « *bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne* »<sup>26</sup>.

La coordination qui découle de cette intention d'intégrer ne peut se réunir aux simples dimensions cliniques et organisationnelles.

On le constate, c'est une préoccupation qui interpelle de nombreux pays. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé en 2000 a considéré que la coordination « *avait pour effet de permettre une continuité des services autour de l'utilisateur qui est une des composantes fondamentales de la qualité des services* ». Elle met en avant cette notion qui permet au patient d'avoir un parcours de soins fluide et construit.

Le Québec précurseur en matière d'intégration pour les personnes âgées, fait figure de bon élève en ayant un niveau d'intégration des services et de soins élevés. C'est le programme PRISMA qui lui a permis d'être reconnu.

---

<sup>26</sup> Louis DEMERS et al., « *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie* », Université du Québec, Ecole nationale d'administration publique, juin 2005,p7

## 2. Le modèle PRISMA

De nombreux pays, que ce soit aux Etats-Unis ou en Europe, ont adopté ce modèle de coordination. Mais le modèle Canadien est l'une des références. Le pays s'est illustré notamment grâce à deux expérimentations SIPA (Système de Services Intégrés pour Personnes Agées en Perte d'Autonomie) et PRISMA. C'est cette dernière qui va attirer toute notre attention.

Il est vrai que dans le contexte de vieillissement de la population des solutions alternatives ont dû être recherchées. C'est pourquoi, l'expérimentation PRISMA avait pour but au départ de comprendre comment les différents échelons géographiques qui sont le national, le régional et le local, mettaient en place sur le territoire les mécanismes de coordination des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces réseaux intégrés de services ont été expérimentés dans la région de Bois-Francs dans les années 1990. Cette première expérimentation a montré que des effets significatifs avaient été remarqués sur l'autonomie fonctionnelle des usagers<sup>27</sup>. C'est ainsi, qu'elle a été étendue à la région d'Estrie. C'est un ensemble de chercheurs, de scientifiques, de cliniciens et de gestionnaires, formant le groupe PRISMA, qui a travaillé ensemble pour élaborer les objectifs et les outils de ce système intégratif.

D'après les niveaux de Leutz, vu précédemment, le modèle canadien peut être associé au second niveau d'intégration. Le modèle PRISMA est le premier modèle de services intégrés de type coordination<sup>28</sup>. En effet, pour que l'intégration se réalise, il faut que plusieurs outils et mécanismes soient créés<sup>29</sup>. Ils sont au nombre de six.

La **concertation**, c'est un espace de rencontre pour construire les conditions de déploiement de l'intégration. Elle permet de créer une vision commune. Cette étape reprend les trois composantes géographiques.

La concertation stratégique va concerner surtout les composantes nationales et départementales qui décideront des politiques, des orientations et du financement de l'intégration. La concertation tactique c'est la réunion des acteurs locaux. Leur mission sera d'assurer le suivi de la coordination et de favoriser l'intégration des services. Et le dernier point de rencontre est la concertation clinique qui réunit les praticiens autour d'un gestionnaire de cas afin d'évaluer les besoins et les soins dont a besoin un patient.

---

<sup>27</sup> R. Hebert et le groupe Prisma, « *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* », Edisem, 2004,

<sup>28</sup> Leutz, W. Reflections on Integrating Medical and Social Care : Five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5) :3-14, 2005.

<sup>29</sup> Hebert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., & Tourigny, A. (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3, e08.

Cette réunion d'acteurs de différent niveau est une force du modèle.

La **gestion de cas** c'est le mécanisme humain du modèle. Le professionnel appelé gestionnaire de cas va réaliser une évaluation approfondie de la situation d'un individu. Il pourra planifier et organiser les services qui vont tourner autour du patient. Il a un réel rôle de coordonnateur des services. Le gestionnaire fera également remonter aux instances de concertation des problématiques récurrentes qu'il rencontre.

Le **guichet unique** est un service d'accueil composé de professionnels multidisciplinaires. L'organisation et les professionnels vont recevoir les demandes des personnes âgées qui souhaitent accéder à certains services. Pour savoir si la personne peut être prise en charge par le réseau une évaluation est faite. Des critères sont à réunir pour accéder à ce système intégré :

- Avoir plus de 65 ans
- Résider sur le territoire de Sherbrooke
- Présenter des incapacités fonctionnelles en lien avec la perte d'autonomie.
- Avoir un potentiel de maintien à domicile
- Avoir au moins besoin de services de deux établissements.

La personne admissible est ensuite orientée vers un gestionnaire de cas.

L'objectif du guichet unique est de permettre de guider l'individu afin de lui faciliter l'accès aux services dont il aurait besoin.

**L'instrument d'évaluation unique** permet d'évaluer les besoins du patient à domicile ou en institution. Les gestionnaires de cas utilisent le SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle) qui va mesurer les incapacités, les handicaps et ressources de la personne âgée en difficulté. Cet outil d'évaluation va permettre d'orienter l'utilisateur de façon plus efficace vers les services qui répondent le mieux à son profil et à ses besoins.

Le **plan de service individualisé** sera établi par le gestionnaire de cas après l'évaluation des besoins. Il est construit avec l'équipe multidisciplinaire qui est impliquée dans les soins de la personne âgée. Chaque intervenant aura sa feuille de route et pourra réviser le plan de façon périodique

Le **système d'information continu** est un outil qui permet de faciliter la communication entre les services et les professionnels.

Les conclusions de l'étude PRISMA permettent de dire que les acteurs de l'intégration sont convaincus de son importance et de son efficacité. Même si les six composantes du

modèle sont bien en place, elles n'ont pas toutes une fonctionnalité optimale due notamment à des contraintes de ressources humaines et financières. Les professionnels ont perçu un certain changement de paradigme. C'est à dire qu'ils ont pris conscience de l'importance de travailler ensemble pour solutionner les problèmes complexes des personnes âgées. Le but de ce travail en collectif est de permettre d'éviter ou en tout cas de ralentir l'entrée en institution. Au niveau clinique, « PRISMA est un modèle novateur d'intégration des services de type coordination ». Fort du succès de l'expérimentation, le modèle d'intégration des services intégrés a été étendu à trois autres régions du Canada.

Satisfait de ces résultats et étant soumis à la même problématique, la France décide de transposer cette idée d'intégration des services au sein de son système de santé.

## **B) PRISMA France**

Le nouvel intérêt pour le public âgé a entraîné une augmentation des services leur étant destinés. Toutefois, cette multiplication de services et de soins a fragmenté le système de santé ne permettant pas une bonne visibilité et une bonne qualité pour l'utilisateur. Convaincue qu'il faille trouver une solution, la France s'est tournée vers l'Amérique du Nord et plus particulièrement vers le Canada qui est reconnu pour son système innovant d'intégration.

L'Etat et la Caisse nationale pour l'autonomie (CNSA) ont décidé de mettre en place une intégration des soins et des services destinés aux personnes âgées basée sur l'expérimentation PRISMA. Ce modèle a pu être transposé facilement en France car il a été prouvé qu'il s'adaptait à différents contextes et qu'il avait un réel effet sur la santé publique des personnes.

En 2006, une équipe pluri-professionnelle composée d'ingénieurs, de scientifiques, de médecins, de sociologues s'est constituée pour mener un projet pilote intitulé PRISMA-France. Les pouvoirs publics ont financé ce programme dans le but de tester l'acceptabilité et la faisabilité d'une intégration sur le territoire, d'étudier également les comportements des professionnels vis à vis de l'intégration et d'analyser la perception des populations visées par la gestion de cas.

« *L'intégration est conceptualisée comme la résultante d'un ensemble de mécanismes modélisables et flexibles visant à améliorer la continuité de la prise en compte de besoins évolutifs et complexes des personnes en perte d'autonomie* »<sup>30</sup>. Ce projet a été mis en place pour répondre à plusieurs objectifs. Le premier est que l'intégration des services serait une bonne réponse à la fragmentation et au cloisonnement des dispositifs français existants pour les personnes âgées. Le second est que ce modèle intégratif a fait ses preuves au Canada. Toutefois, le réseau intégratif des acteurs autour des personnes âgées ne devra pas être un dispositif indépendant qui créerait une nouvelle fragmentation.

Trois sites ont été sélectionnés pour mettre en œuvre ce projet, une zone rurale (Sud d'Estampes), une autre urbaine (Mulhouse) et une zone méga-urbaine (20<sup>ème</sup> arrondissement de Paris). Chacun de ces sites a été choisi car il avait un nombre important de personnes âgées sur son territoire et parce qu'un dispositif de coordination de type Centre local d'information et de coordination (CLIC) existait déjà.

Louis Demers expliquait en 2005 que « *le réseau intégré de services exige un degré élevé de collaboration de l'ensemble des organisations qui dispensent des services aux aînés en perte d'autonomie sur un territoire donné* »<sup>31</sup>. Tous les acteurs présents dans les trois sites doivent être convaincus, compétents et impliqués pour qu'une intégration soit possible dans chacun des territoires.

L'expérimentation d'implantation du modèle intégré des soins et des services permet d'évaluer les facteurs de succès et d'échec de celle-ci. Les personnes concernées par cette étude sont les personnes qui du fait de leur âge, de leur handicap, ou souffrant d'une perte d'autonomie doivent avoir recours à des professionnels du champ sanitaire et social.

Le programme PRISMA France a permis de conclure qu'introduire un réseau intégré des services et des soins est envisageable. Pour cela, il sera nécessaire de mettre en place au préalable des concertations stratégiques et tactiques. En effet, il est essentiel que les acteurs qui vont participer à l'intégration des services se soient mis d'accord sur un projet commun. Au vu des bons résultats, le programme est cité dans le rapport MENARD et sera repris dans le cadre du plan Alzheimer de 2008-2012. Les deux sites de l'expérimentation seront repris dans le cadre du dispositif MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer).

---

<sup>30</sup> Somme D., et Al., PRISMA France et la recherche-action : implanter c'est aussi innover. *Gérontologie et Société*, 2008p 95- 124.

<sup>31</sup> Demers et al., 2005, Contandriopoulos et al., 2001

## II/ Le modèle d'intégration MAIA : de l'expérimentation au déploiement.

Le programme PRISMA-France a démontré la faisabilité de l'intégration des services en France et a servi de base à la conception des MAIA. Cette notion d'intégration concernait surtout les services et les professionnels agissant autour de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il a été constaté que l'intégration des services devait toucher un public plus large qui pouvait tout à fait se retrouver dans l'intégration. La MAIA qui, au départ, était une **Maison** destinée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est devenue une **Méthode** pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie. C'est cette transformation qu'il faudra expliquer **(A)** puis le fonctionnement et le rôle des MAIA aujourd'hui seront étudiés **(B)**.

### A) De la maison à la méthode

Les années 2000 ont été marquées par la prise de conscience du problème crucial de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. L'Etat a donc décidé d'instaurer une prise en charge spéciale pour les malades d'Alzheimer et leur famille notamment à travers le plan Alzheimer de 2008/2012 **(1)**. Grâce à celui-ci des dispositifs ont été créés. Convaincu de leur pertinence, ils sont étendus à un public plus large en perte d'autonomie et dans le domaine du maintien à domicile **(2)**.

#### 1. Plan Alzheimer 2008-2012

Le sujet de la dépendance a été notamment traité par le biais de la maladie d'Alzheimer. L'intérêt particulier qu'a suscité cette maladie a permis la création de plusieurs plans - Plans Alzheimer (2001/2005 ; 2004/2007 ; 2008/2012). Le dernier est l'un des plans les plus ambitieux et ayant demandé un financement important. En 2007, une commission, présidée par Joël Ménard, a été réunie pour faire « *un bilan des plans précédents, pour faire des propositions pour compléter ceux-ci et pour faciliter la mise en œuvre de dispositifs adaptés* »<sup>32</sup>.

Il découle de ce rapport que les domaines professionnels sont beaucoup trop cloisonnés, que les malades et leur famille sont perdus dans les méandres des dispositifs existants. Plus spécifiquement pour la maladie d'Alzheimer, il conseille de créer un lieu repérable où les familles pourront s'adresser. Il propose donc, en prenant en compte les dispositifs déjà présents, un lieu de coordination qui associerait l'ensemble des secteurs (sanitaire, social et médico-social) et qui offrirait une réponse unique au malade et à sa famille.

---

<sup>32</sup> Ankri et al., « Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012 », juin 2013  
Camille COUSIN

Tenant compte de ces recommandations, le troisième plan Alzheimer est divisé en trois axes ; l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants ; connaître pour agir ; se mobiliser pour un enjeu de société. Le premier concerne plus particulièrement ce travail. En effet, il permet la labellisation sur « *tout le territoire de porte d'entrée unique, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer. Le but étant une meilleure articulation des structures de soins, de mieux informer et accompagner le patient en lui construisant un parcours de soins personnalisé et adapté. Un autre objectif dans cet axe 1 est de « renforcer la coordination entre tous les intervenants »* agissants auprès du patient.

Une réponse à ces objectifs sera traduite par la création des Maisons d'aide et d'intégration pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

## 2. Le développement des MAIA

Les Maisons pour l'intégration permettaient de construire un parcours de prise en charge personnalisé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer grâce à un guichet unique. Le guichet unique a pour « *objectifs de centraliser les demandes d'intervention pour les personnes âgées résidant sur le territoire et d'analyser systématiquement leurs besoins avec un outil standardisé afin de les orienter vers le « bon » service* »<sup>33</sup>. Ces maisons ne sont pas des nouvelles structures mais sont des dispositifs de coordination des services intervenants auprès des personnes âgées touchées par la maladie d'Alzheimer, vivant à domicile et étant en situation complexe.

En 2008, un appel à projet national a été lancé et 17 MAIA expérimentales sont créées. Dès 2009, l'ambition est de labelliser ce dispositif. Ce qui sera fait en 2010 pour 15 d'entre elles. Le dispositif MAIA a ensuite été étendu au pays entier. En 2012, il y avait 100 MAIA labellisées en France. En plus de cette extension à l'ensemble du territoire national, les MAIA se sont étendues à un public plus large des personnes en perte d'autonomie.

Ensuite, le nom de « maison » dans l'acronyme, a donné à penser que ce dispositif était un centre où le patient et sa famille pouvaient se rendre. Or ce n'est pas du tout le cas, c'est une conception. Cette divergence pousse à changer le nom de la MAIA passant de « Maison » à « Méthode ».

Le guichet unique permettra une lisibilité, un accès simple et unique pour l'utilisateur.

---

<sup>33</sup> De Stampa Matthieu, et al. « Un guichet unique dans un réseau gérontologique pour l'orientation des personnes âgées », *Santé Publique*, vol. 25, no. 1, 2013, pp. 7-14.

## **B) La méthode MAIA.**

La méthode d'intégration des services d'aide et de soins cherche à répondre à la fragmentation du système due à la discontinuité du service rendu et par l'existence de doublons ou de redondances. Le cahier des charges des MAIA offre des outils permettant le déploiement de l'intégration. La méthode MAIA sera représentée par un pilote, le pilier, le liant de l'intégration des services. Il sera accompagné de gestionnaires de cas. Le pilote et les gestionnaires suivront une méthode de travail par le biais de six axes : la concertation, le guichet intégré, la gestion de cas, l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne, le plan de service individualisé et le système d'information partagée.

Avant de développer plus spécifiquement ces outils, en prenant en exemple la Bretagne, il faut expliquer brièvement ceux-ci.

- La **concertation** est un partenariat formalisé de table fondant une coresponsabilité. Elle se divise en deux : table de concertation stratégique réunissant les financeurs et décideurs et la table de concertation tactiques réunissant les acteurs du terrain.
- Le **guichet intégré** est « *un outil qui tendra à fédérer les partenaires des trois champs chargés de l'information, de l'orientation et de la coordination des intervenants* »<sup>34</sup>. L'enjeu du guichet intégré est d'apporter une réponse unifiée aux personnes en perte d'autonomie.
- La **gestion de cas**, accompagne au long cours les personnes âgées en situation complexe dont le souhait est de rester vivre chez-elles et devant faire face à des difficultés qui se manifestent de manière chronique et intense. Les gestionnaires de cas ont une nouvelle compétence qui est positionnée sur le parcours de vie et de soins des personnes. Les gestionnaires de cas ont des profils variés (infirmière, assistante sociale, ergothérapeute, conseillère en éducation sociale et familiale ou encore coordinatrice de CLIC). L'idéal est que l'équipe des gestionnaires de cas représente les différents secteurs. Les gestionnaires de cas sont titulaires d'un Diplôme Interuniversitaire (DIU) de gestion de cas.

L'intégration est un processus qui prend du temps. Nous l'étudierons plus profondément à travers les MAIA bretonnes et l'enjeu de celles-ci. Puis, nous analyserons le travail des libéraux dans ce processus d'intégration. La Bretagne et ses quatre départements seront au cœur de la seconde partie de notre étude. A travers le stage mené au sein des Unions Régionales des professionnels libéraux, il faudra étudier le rôle, l'implication, les freins des libéraux à participer à cette intégration.

---

<sup>34</sup> Définition inscrite sur la plaquette de la MAIA du Territoire 6 de Bretagne.  
Camille COUSIN

## METHODOLOGIE DE STAGE

J'effectue mon stage au sein de la Maison des URPS qui rassemble un grand nombre d'URPS. Un comité de pilotage des URPS dit COPIL inter-URPS a été créé pour porter d'une même voix des projets autour du développement de l'exercice pluridisciplinaire et des pratiques coopératives. Mon stage s'accomplit au nom du COPIL qui a fait le choix de prendre un stagiaire pour réaliser une étude sur les MAIA bretonnes. Cette mission m'a amenée à réaliser plusieurs enquêtes et entretiens auprès de divers professionnels.

→ **Deux enquêtes** ont été menées auprès des professionnels libéraux (voir annexe 5 et 6).

Les professionnels libéraux qui ont été sollicités sont :

- Les biologistes
- Les chirurgiens-dentistes
- Les infirmiers
- Les masseurs-kinésithérapeutes
- Les médecins
- Les orthophonistes
- Les pédicures-podologues
- Les pharmaciens.

Les enquêtes ont été créées par voie électronique (google-forms) afin de permettre une réponse plus simple et rapide des professionnels.

La première enquête (**E1**) concerne la connaissance de la MAIA par les élus URPS :

- 12 élu(e)s chirurgiens-dentistes
- 18 élu(e)s infirmiers
- 15 élu(e)s masseurs-kinésithérapeutes.
- 60 élu(e)s médecins
- 19 élu(e)s pédicures-podologues
- 9 élu(e)s pharmaciens.

**42 réponses** ont été obtenues sur les 133 élus sondés.

Ils ont été interrogés sur leur connaissance des notions relatives à la MAIA (pilote, concertation), sur leur participation aux instances et sur les difficultés qu'ils rencontrent.

Une infirmière mandatée par l'URPS Infirmiers m'a d'ailleurs fait part de son expérience en table stratégique et tactique lors d'un échange téléphonique.

La seconde enquête (**E2**) a été élargie à l'ensemble des professionnels de santé libéraux et a pour objectif de connaître le rôle de la coordination dans leurs pratiques et leurs connaissances sur les MAIA. 197 professionnels libéraux de l'ensemble des corps représentés par l'URPS ont répondu.

→ J'ai également réalisé des entretiens avec un grand nombre de pilotes MAIA du territoire (voir Annexe 1). Ces entretiens ont été menés lors d'une rencontre physique ou lors d'un échange téléphonique. Une grille d'entretien a été établie afin de guider celui-ci et pour que tous aient le même objectif (Annexe 2).

Les rencontres ont duré en moyenne une heure quinze. Leur nombre étant important, il ne m'est pas paru pertinent de les mettre en annexes.

Certains gestionnaires de cas ont aussi partagé leur expérience et leur regard sur l'implication des libéraux au sein du dispositif.

De plus, j'ai participé à des tables tactiques et à une table stratégique, ce qui m'a permis de prendre du recul et d'analyser leur fonctionnement.

→ Durant ce stage, j'ai pu rencontrer la directrice adjointe des Parcours de l'Agence régionale de Santé. A l'issue de cet entretien, elle m'a proposé de participer aux séminaires sur le déploiement des MAIA.

→ Je me suis permise de solliciter le Professeur Somme, praticien et chef de service gériatrique au CHU de Rennes. Il a été expert pour le plan Alzheimer 2008-2012 et a participé à l'implantation des MAIA en France. Il a accepté que nous échangions sur le sujet afin de comprendre le choix de l'intégration et la place qui était faite aux libéraux dans le dispositif MAIA. Cet entretien a duré une heure.

Le but de tous ces entretiens et de ces enquêtes est de me permettre d'avoir une vision large et de comprendre tous les contours de la MAIA.

L'ensemble de ces données est utilisé pour enrichir le corps du mémoire et l'étude menée.

## **PARTIE II : L'implication des professionnels de santé libéraux bretons dans la coordination gérontologique : l'exemple des MAIA**

En anthropologie, l'être humain est considéré comme un individu autonome et indépendant, rationnel, maître de ses choix et de sa liberté. Ce principe a été mis à mal par la notion de vulnérabilité remettant en cause le « normal » et les modes de vie de chacun. Si l'Homme est solide et robuste, il faut souligner que la réalité de celui-ci peut être blessée, soumise à des changements ou des modifications essentiels à la vie mais n'entraînant pas forcément la mort<sup>35</sup>. Guillaume Le Blanc dira que la vulnérabilité est un fait anthropologique et que « *vivre au fond c'est être exposé à la possibilité d'être fragilisé d'une manière ou d'une autre, d'être blessé d'une façon ou d'une autre* »<sup>36</sup>. Cette vulnérabilité qui semblait être dans l'Antiquité une condition normale de l'Homme fait aujourd'hui peur et est rejetée. Or, l'Homme est ontologiquement vulnérable, ce que Paul Ricoeur associe à la précarité de la vie.

Si tout le monde peut être concerné par la vulnérabilité, elle est assurément plus présente chez les personnes âgées. Le postulat actuel faisant part du vieillissement de la population suppose une prise en charge plus importante et plus efficace de nos aînés.

De nombreux moyens et services existent pour permettre à la personne âgée vulnérable de continuer à mieux vivre et à bien vieillir.

C'est pourquoi, les personnes qui tournent autour de ce public cherchent des solutions pour répondre au mieux à cet instant de la vie. Si les professionnels ont longtemps travaillé seul, aujourd'hui leurs modes d'exercices sont différents, les attentes et les besoins des personnes âgées évoluent entraînant un changement nécessaire vers le « travailler ensemble ».

Ce travail en commun est caractérisé par la notion d'intégration des services et des soins. Cette intégration organise une co-responsabilité de la réponse aux besoins grâce à la logique de réseau et de partenariats. Le système passe donc d'une responsabilité unilatérale à une responsabilité collective et d'un système comprenant de la multidisciplinarité à la pluridisciplinarité.

Pour avoir une vision plus spécifique et pratique de l'intégration, rapprochons-nous du territoire breton (**Chapitre 1**) et du rôle essentiel des libéraux dans le dispositif MAIA (**Chapitre 2**).

<sup>35</sup> L. Rizzerio, *Approches philosophiques de la vulnérabilité*, Namur, 11/05/2016, p3

<sup>36</sup> G. Le Blanc, « *Que faire de notre vulnérabilité* », Bayard 2012

## Chapitre 1 : Les MAIA en Bretagne : leur perception par les professionnels de santé libéraux

La France veut par son modèle d'intégration MAIA, créer une nouvelle structuration de l'offre. Si trois cent cinq MAIA<sup>37</sup> étaient recensées en France en 2016, cette étude se concentrera sur le dispositif en Bretagne, région qui est plutôt bien couverte en MAIA.

S'il n'est pas à prouver que les MAIA sont présentes en Bretagne, le but sera surtout de montrer l'importance de l'implication des professionnels libéraux dans cette méthode. En effet, ceux-ci ne sont pas, pour diverses raisons qui seront expliquées ultérieurement, présents dans la méthode. Pourtant, sans ces acteurs du champ sanitaire, elle ne peut fonctionner efficacement. Pour démontrer tout cela, il faut montrer l'étendue des MAIA en Bretagne **(I)** et leur méconnaissance par les professionnels libéraux **(II)**.

### I/ Une photographie des MAIA Bretonnes

Si la population française vieillit, ce vieillissement est encore plus marqué en Bretagne. En effet, l'indice de vieillissement<sup>38</sup> est de soixante et onze en France contre soixante-dix-huit en Bretagne. C'est le Centre-Ouest de la région qui affiche l'indice le plus élevé. Les personnes de plus de 65 ans représentent 18,9% de la population bretonne. On estime à l'horizon 2040 qu'une personne sur six sera âgée de plus de 75 ans soit 16% de la population (projet régional de santé 2018-2022).

Avec ces pourcentages élevés du public des personnes âgées présentes s'ajoute la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes. Cette dépendance est vouée à augmenter dans les années à venir. C'est pourquoi, la Bretagne a dû couvrir son territoire en services d'aides et de soins **(A)**. Mais ces derniers qui regroupent beaucoup de professionnels de champ et de nature différents, ne répondaient pas de façon optimum aux attentes. C'est pourquoi la méthode MAIA est apparue, grâce au pilote **(B)**, pour lier tous ces professionnels et permettre une efficacité optimum du service.

---

<sup>37</sup> Marlène Cieslik – Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ; 11 mai 2016 : <http://www.maia-nantes.fr/combien-existe-t-il-de-maia-en-france--35229.kjsp?RF=1345126825506>

<sup>38</sup> « L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans », observatoire des territoires, indice de vieillissement, 23/09/2016

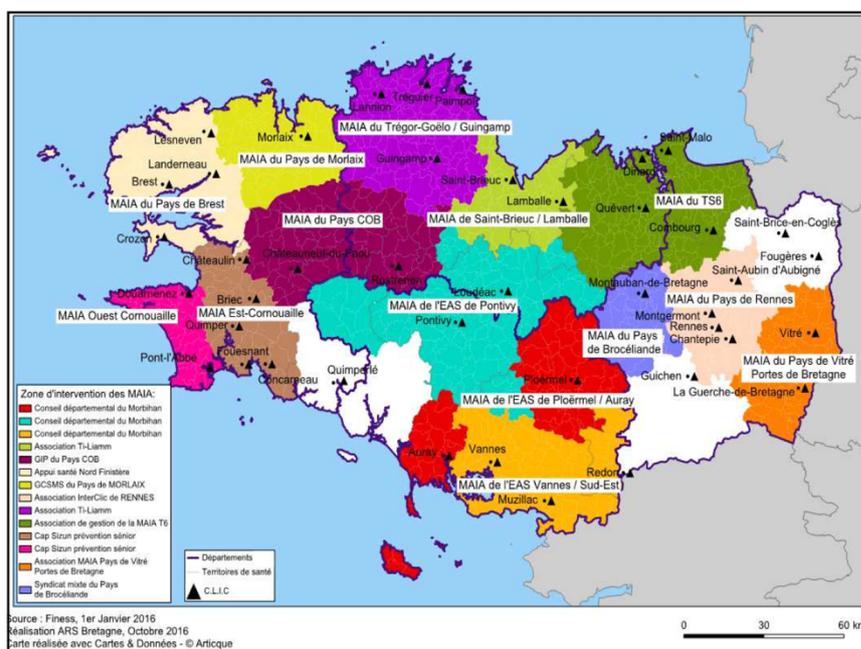
## A) Une couverture presque totale du territoire breton.

La Bretagne connaît un nombre important de personnes âgées et elle dispose d'une offre de services satisfaisante. Cependant, on peut se demander si toute cette population a accès de la même manière à cette offre. L'une des réponses est proposée par la méthode MAIA. Il faut pour cela analyser leur répartition sur le territoire (1) et le rôle du porteur (2).

### 1. Le territoire breton

La Bretagne comprend quatre départements aux problématiques diverses. Ceux-ci sont divisés en sept territoires de santé. Les MAIA ont, elles, un caractère plus micro et se rapprochent des territoires de proximité de taille infra-départementale. Les premières MAIA se sont installées en 2011 puis le dispositif s'est déployé au rythme d'une à deux MAIA par année. Actuellement, on compte dix-sept MAIA réparties sur le territoire (voir carte ci-dessous). Comme, on peut le voir sur la carte, la Bretagne est presque couverte à 100%.

Carte 1 : Carte de la répartition des MAIA sur le territoire breton 2016



- En Ile-et-Vilaine, quatre MAIA sont implantées. Le pays de Rennes et le territoire de santé 6 sont les premiers du département à avoir été dotés de MAIA. La première est opérationnelle depuis 2012 et est constituée d'une pilote et de trois gestionnaires de cas.

La seconde se trouve sur un territoire jouxtant deux départements. La MAIA a été constituée également en 2012 et est composée également de trois gestionnaires de cas et d'une pilote.

Les MAIA du Pays de Vitré et du Pays de Brocéliande (2016) sont toutes deux récentes. Le choix a été fait de séparer le pilotage de la gestion de cas par l'emploi d'un médecin conseil rattaché au Conseil départemental. Seules les deux zones du département, le sud et le nord, ne sont pas couvertes par le dispositif.

- Les Côtes d'Armor ont la particularité d'avoir trois MAIA implantées sur plusieurs départements. La MAIA de Saint-Brieuc/Lamballe est pilotée depuis 2014. La pilote supervise la gestion de cas de la MAIA de Trégor-Goëlo/Guingamp. Ces deux MAIA ont le même porteur, une association ad hoc.
- Le Morbihan a construit l'implantation de ses MAIA différemment. Les dispositifs sont répartis au sein d'Espaces Autonomies – Séniors. Ils sont constitués d'un CLIC de niveau 3 (en plus de l'information et de l'évaluation, il coordonne des plans d'aides personnalisés avec les intervenants extérieurs) et de la MAIA. L'objectif était de ne pas multiplier les termes et les instances. Il y a six MAIA dans le département. Il faut préciser par ailleurs que deux MAIA sont en cours d'installation sur le territoire de Lorient/Quimperlé permettant une couverture totale.
- Pour le département du Finistère, il existe cinq MAIA. La MAIA Centre Ouest Bretagne a un champ d'action sur deux départements. La réunion des acteurs et la connaissance des spécificités de deux territoires n'est pas chose facile pour le pilote. Les instances stratégiques sont notamment doublées. Les MAIA de Cornouailles ont été installées en 2014 (Ouest) et 2015 (Est). La MAIA de Morlaix est co-pilotée.

Le choix du territoire de proximité a pour avantage de tenir compte des dynamiques territoriales et des flux de population mais également des dispositifs de coordination déjà en place et de l'action sociale<sup>39</sup>. Cet ancrage de proximité permet d'identifier une zone nouvelle de travail de l'intégration des professionnels. Toutefois, la non homogénéité de superficie et de population est un biais à ce nouveau découpage. En effet, certaines MAIA

---

<sup>39</sup> ARS, « Bilan du développement des MAIA en Bretagne », 3 mars 2016.

ont un territoire restreint et une faible densité de population, d'autres ont un territoire vaste et dense. Pourtant les moyens donnés à ces différentes MAIA sont similaires.

Il faut relever que certaines MAIA sont à cheval sur plusieurs départements et territoires de santé notamment la MAIA du Centre-Ouest Bretagne, amenant une organisation plus lourde. En effet, les gouvernances stratégiques, réunissant les décideurs et les financeurs, s'organisent au niveau départemental. Cela implique d'être présent à plusieurs instances et de mobiliser plusieurs conseils territoriaux. Des problématiques dont a conscience l'ARS qui a choisi en 2016 d'accompagner les MAIA dans leur déploiement grâce à des actions multiples comme la refonte des tables stratégiques ou l'aide au déploiement des MAIA.

Si les territoires sont définis en fonction du besoin et des postulats locaux, ils prennent en compte le porteur de la MAIA.

## 2. Le porteur de la MAIA

L'Agence régionale de santé identifie les besoins d'intégration du territoire et choisit, suite à une procédure d'appel à projet, le porteur de la MAIA. Le porteur d'une MAIA est « *un acteur de la coordination et il est légitime pour construire un partenariat sur le territoire* »<sup>40</sup>. Il peut être de nature différente : CLIC, Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD), CCAS, établissement de santé, MDPH, conseil départemental...

Pour la Bretagne, les porteurs ont des profils variés. La MAIA du Pays de Rennes par exemple est portée par une association inter-CLIC, la MAIA de Morlaix par le Groupement de coopération sociale et médico-social (GCSMS) ou par le Conseil général pour le Morbihan. Les autres MAIA sont portées par des associations ou des réseaux ou le Conseil départemental.

Le porteur peut être qualifié « d'employeur de la MAIA », c'est lui qui reçoit notamment les dotations. C'est pourquoi il est essentiel dans le bon fonctionnement de la MAIA.

Lors d'un entretien avec une pilote MAIA le rôle crucial du porteur dans la mise en œuvre de la méthode a été démontré. En effet, étant acteur du terrain, il permet d'ouvrir des portes au pilote. Son but est de faciliter la prise de connaissance et de légitimer la parole du pilote. Pourtant quelques porteurs ne s'impliquent pas entièrement dans le portage, ne donnant pas de visibilité au pilote notamment sur les moyens financiers et matériels pouvant être mobilisés freinant ainsi l'action du pilote.

---

<sup>40</sup> Cahier des charges des MAIA, Solidarité n°2011/10, p 235  
Camille COUSIN

Le porteur doit être neutre pour faciliter l'action du pilote. Or certains pilotes remettent en cause la neutralité de leur porteur. Ils considèrent que le porteur s'ingère trop dans les actions de pilotage.

La visibilité sur le porteur est complexe. En effet, sur les dix-sept MAIA présentes sur le territoire breton, celles-ci ont des porteurs de nature différente avec une implication non homogène. Parfois, certains pilotes gèrent la fonction de ressources humaines (secrétaire, gestionnaires de cas) tandis que d'autres ne se consacrent qu'à leur fonction de pilote. Comme par exemple, dans le Morbihan se sont les EAS qui assure ce rôle pour deux MAIA.

D'un point de vue extérieur, le rôle du porteur n'est pas toujours lisible.

Il faut néanmoins dire que le porteur a un rôle central dans la transmission de la méthode aux professionnels du territoire et que le pilote doit pouvoir compter sur lui pour avancer.

## **B) Le rôle du pilote dans l'intégration des professionnels libéraux.**

L'expérimentation MAIA a montré qu'il était essentiel qu'une personne soit présente à temps plein pour mettre en œuvre la démarche d'intégration des services d'aides et de soins. Cette fonction sera incarnée par un pilote choisi par l'ARS. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) le définit comme le « *chef d'orchestre qui impulse la démarche et assure l'articulation entre tous les acteurs* ». Le poste de pilote demande de nombreuses compétences. En effet, il doit maîtriser les ressources présentes sur son territoire, il joue un rôle d'animateur lors des concertations, il est le référent privilégié des partenaires. Une pilote MAIA rencontrée expliquait qu'elle était pilote d'une des premières MAIA et que la formation qu'elle a reçue ne correspondait pas à la réalité du métier. « *La formation n'était pas pragmatique, elle était trop conceptuelle et ne m'a pas permis de comprendre. On ne nous a pas appris à conduire des réunions ou à savoir communiquer, or ce sont des compétences essentielles pour un pilote. Aujourd'hui, la formation a changé* ».

On peut constater que la méthode était nouvelle et floue pour tout le monde. Elle a été comprise et adaptée avec le temps. Le fait que rien ne soit figé et que la mise en œuvre s'adapte aux préoccupations du terrain est capital pour l'efficacité du dispositif.

Être pilote nécessite d'être compétent en matière de ressources humaines. Assurément, le pilote supervise le service de gestion de cas.

Les « nouvelles MAIA » d'Ille et Vilaine ne donnent plus au pilote la compétence d'encadrement de la gestion de cas au pilote. Un co-portage est plutôt créé. En effet, une association porte la MAIA mais le département intègre dans ses effectifs l'équipe de la gestion de cas. Ces MAIA sont atypiques car la pilote n'est pas sur le même site que les gestionnaires de cas ce qui ne facilite pas le travail en commun. La gestion de cas est

dirigée par un médecin conseil du département, compétence de travail intéressante pour la MAIA. Lors des inclusions de cas, le pilote, le médecin et les gestionnaires de cas travaillent ensemble, « *il y a quand même un lien fonctionnel important* ». Cette décision de co-portage est ambivalente. C'est à dire que les pilotes considèrent que leur action n'est plus « parasitée par des questions de ressources humaines » mais que ce modèle peut isoler le pilote car « *ce fonctionnement tient à une question de personne* ». Si les gestionnaires de cas décident de ne plus travailler avec le pilote, ils le peuvent. L'action commune a un sens qu'il faudrait formaliser. En séparant la gestion de cas de la méthode, il ne faudra pas en faire un nouveau service fragmentant davantage le système.

« *L'intégration n'appartient pas au pilote MAIA, il est juste le vecteur* »<sup>41</sup>. En effet, les pilotes se disent au service des professionnels pour répondre à leurs besoins et faciliter leur exercice. Pour cela, il faut qu'une confiance existe mais elle prend du temps.

Il faut « *rassurer, échanger et montrer la plus-value de la méthode* ». En plus de la confiance, les pilotes doivent décloisonner les secteurs. Que ce soit créer une confiance envers la méthode ou un travail de décloisonnement, les libéraux sont difficiles à convaincre. Il est possible de se demander pourquoi les professionnels libéraux ont autant de réticences.

## **II/ Un dispositif méconnu par les professionnels de santé libéraux**

Les professionnels de santé reconnaissent que la coordination gériatrique est indispensable à l'organisation pluridisciplinaire mais peu parviennent à lui donner une place importante dans leur exercice. En effet, sur 197 professionnels de santé libéraux interrogés, 26% déclarent la coordination importante dans leur exercice quotidien quand 57,1 % la disent occasionnelle. Si 167 d'entre eux considèrent qu'elle permet une meilleure prise en charge du patient, 91 estiment qu'elle est difficile à mettre en place. L'intégration qui est une forme plus poussée de coordination a vocation à changer les pratiques professionnelles. Les MAIA sont implantées en Bretagne depuis quelques années déjà mais 72% des professionnels libéraux interrogés disent ne pas connaître la méthode MAIA. Cette méconnaissance pose question. Celle-ci semble être rejetée d'abord à cause de l'utilisation d'un vocabulaire flou complexifiant la méthode **(B)** et ensuite cela a entraîné une controverse quant au rôle de la MAIA **(A)**.

---

<sup>41</sup> Phrase dite par une pilote lors d'une rencontre.

## **A) Une confusion quant aux objectifs de la méthode : une intégration insuffisante des libéraux**

La méconnaissance du dispositif peut être dû à un nom long et flou. En effet, beaucoup de professionnels libéraux ne connaissent pas la signification du sigle MAIA. Pour ceux qui tentent de le traduire, certains se trompent avec l'ancienne appellation qui concernait les malades d'Alzheimer ou d'autres traduisent l'idée qu'ils se font du dispositif s'en se fier aux lettres MAIA. Cet acronyme qui a une intonation attirante peut repousser lorsque l'on en connaît la signification. Si des professionnels ne connaissent pas la méthode MAIA, la plupart ont une vision erronée de celle-ci. L'une des principales erreurs est la distinction entre la méthode et la gestion de cas.

### **1. La méthode elle-même**

Il faut rappeler que la MAIA est une méthode de travail qui a vocation à « associer tous les acteurs dans l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie »<sup>42</sup>.

Le but est d'initier une façon de travailler aux professionnels pour garantir une fluidité dans le parcours patient.

Quand on interroge les professionnels sur la définition du dispositif, on peut s'apercevoir que les réponses sont approximatives, inexactes ou confuses.

**Tableau 1 : E1 :** *Quelques réponses de la définition de la Méthode MAIA par les professionnels de santé libéraux.*

#### **• Selon vous, qu'est-ce que la méthode MAIA ? A quoi sert-elle ?**

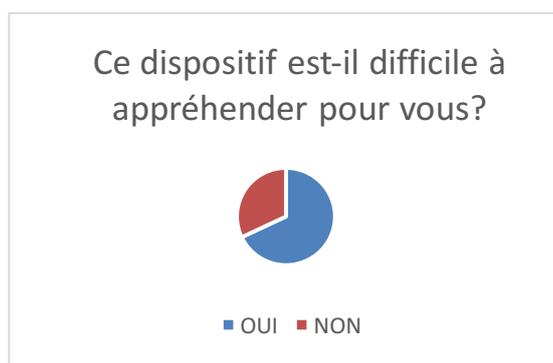
- Je ne sais pas.
- Elle concerne les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.
- Elle sert à dépister les personnes fragiles.
- C'est une méthode qui permet le retour à l'autonomie.
- Elle permet d'adapter la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer en prenant en compte la spécificité des symptômes.
- Elle sert à accompagner les personnes en perte d'autonomie.
- Faciliter les parcours de soins des patients et de leurs aidants.
- Plateforme d'appui sur des situations médico-sociales complexes en gériatrie.
- C'est de la coordination des soins.
- C'est un travail entre pluri-professionnels.
- Proposer une aide pour les cas complexes.
- ...

<sup>42</sup> CNSA, cahier pédagogique méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, octobre 2014, p5.

Il est possible de se demander à quoi est dû cette mauvaise connaissance du dispositif. Il peut y avoir plusieurs raisons. La première est une mauvaise communication de la part des autorités étatiques pour insérer ce dispositif dans le système. La seconde est le rejet par les professionnels de santé de l'ajout d'une couche à un « mille-feuilles » d'offres déjà bien haut. Cette multiplicité entraîne une confusion et une méconnaissance des services existants.

Si lors de la phase expérimentale, les professionnels libéraux étaient investis, un désengagement a été constaté lors de la généralisation des MAIA. Le problème avec la diffusion des MAIA c'est « *le passage d'un financement non pérenne lié à l'expérimentation à un financement pérenne élargi à l'ensemble de la France* » (D. Somme). En effet, les ARS naissent en même temps que le projet et elles apparaissent comme le relai local idéal. Les ARS, qui au départ étaient des partenaires, deviennent « *les garantes du respect du cahier des charges* ». La méthode MAIA devient « *un outil à la disposition des ARS* », ce qui ne permet pas d'attirer l'attention des professionnels de santé libéraux.

**Figure 2 : E2** Ce dispositif est-il difficile à appréhender pour vous ?



Pour les libéraux, la méthode MAIA est complexe (voir schéma ci-dessus). Une pilote explique qu'au départ la MAIA « était mal perçue » et qu'il y avait une confusion entre la MAIA et le CLIC. La mise en œuvre de la méthode demande du temps et de la persuasion.

Il faut surtout relever la confusion qui est faite entre la méthode et la gestion de cas.

## 2. La gestion de cas.

Dans la méthode MAIA, un service appelé « gestion de cas » est proposé pour les patients complexes<sup>43</sup>. Si la méthode engage une intervention spécifique et intense, elle permet également d'appréhender le système de santé dans sa globalité. Pour cela, elle devra associer tous les secteurs et services intervenant auprès du patient.

Le métier de gestionnaire de cas n'est pas nouveau puisqu'il est apparu dans d'autres pays du monde, tels que l'Amérique du Nord en 1970 ou au Royaume Uni dans les années 1980 – « *case manager* ». Il répondait déjà au besoin de coordination. En France, le terme de « gestion de cas » fait débat. Bernard Ennuyer, docteur en sociologie, considère le terme même de « cas » comme péjoratif et préfère le mot de « situation ». Il se demande également si l'appellation de « gestionnaire » qui se réfère plus au monde administratif n'est pas mal employé pour le contexte dans lequel il est utilisé. Il propose de le substituer par « le référent professionnel en gérontologie » qui renvoie aux notions de guide et d'orientation<sup>44</sup>.

Au-delà des questions de terminologie, il faut relever une confusion entre la méthode MAIA et la gestion de cas. Beaucoup de professionnels assimilent la méthode MAIA au service de la gestion de cas. Or celle-ci est au service de la méthode et non l'inverse. Elle permet avec un nombre restreint de cas complexes de répondre à un grand nombre de problématiques pouvant toucher un public large. Une pilote du territoire X rappelle d'ailleurs que « la MAIA n'est pas réductible au seul mécanisme de gestion de cas ».

**Tableau 2 - E1: Faites-vous la différence entre un pilote et un gestionnaire de cas ?**

### **Faites-vous la différence entre le pilote et le gestionnaire de cas ?**

- Le gestionnaire de cas s'intéresse à une personne alors que le pilote à plusieurs personnes.
- Le pilote est le barreur, le gestionnaire a les rames.
- Le pilote est le chef du gestionnaire.
- Le gestionnaire de cas est un professionnel de santé, le pilote un professionnel.
- Le pilote mène des projets ; le gestionnaire de cas gère des patients.
- Le pilote est le manager ; le gestionnaire de cas voit les cas qui peuvent intégrer la MAIA.

<sup>43</sup> Voir les critères de la complexité en annexe N°7

<sup>44</sup> Bernard Ennuyer, « Un regard critique sur « les gestionnaires de cas », dernière « mode » de la coordination imposée par le plan Alzheimer », *Gérontologie et société*, 2012/3 n° 142, p. 205-213.

En interrogeant les professionnels de santé libéraux, on peut remarquer que cette confusion est faite entre le pilote MAIA et le gestionnaire de cas.

Cette incertitude quant au rôle de chacun peut être due à une mauvaise communication au départ. Mais il faut relever que les professionnels de santé libéraux sont plus à l'aise avec la gestion de cas qui leur parle plus car elle peut directement concerner leur patient. Les pilotes relèvent d'ailleurs que l'approche des libéraux est plus simple par la gestion de cas. D'abord parce que le contact se fait via le patient et ensuite parce que la mission de la gestion de cas est plutôt bien comprise. D'ailleurs lorsqu'une personne est admise en gestion de cas, un courrier est systématiquement adressé au médecin traitant et ultérieurement, un contact téléphonique sera établi.

En 2014, selon l'ARS, le nombre de situations suivies était compris entre 91 et 131 représentant entre 24 et 43 situations par gestionnaire de cas et par an<sup>45</sup>. Si le nombre de personnes accompagnées peut paraître faible, cela est dû aux critères stricts de complexité mais également à la double mission de la gestion de cas :

- L'offre de service individualisé qui accorde un maximum de quarante cas par gestionnaire de cas.
- La fonction d'analyse des ruptures de parcours.

Si l'intégration des libéraux est insuffisante, la complexité de la méthode ne leur permet peut-être pas de s'impliquer entièrement **(B)**

## **B) Une méthode d'intégration complexe**

Si la méthode MAIA apparaît floue et complexe pour les professionnels de santé libéraux interrogés c'est peut-être dû à un vocabulaire peu lisible **(A)** et à une confusion avec d'autres dispositifs **(B)**.

### *1. Un vocabulaire peu lisible*

Pour commencer, l'acronyme MAIA n'est pas assimilé. En effet, en observant les réponses données, on constate que l'acronyme est souvent confondu avec l'ancienne appellation.

---

<sup>45</sup> ARS, « bilan du développement des MAIA en région Bretagne », 3/03/16, p19  
Camille COUSIN

**Tableau 3 :** E1 : Selon vous que signifie l'acronyme MAIA ?

**Selon vous que signifie l'acronyme MAIA ?**

- Méthode d'intégration autonomie
- Méthode d'action, d'intégration et d'aide
- Méthode pour accompagner les personnes âgées de 60 ans et plus.
- Maison pour patient en perte d'autonomie (Alzheimer)
- Méthode d'action pour l'intégration des malades Alzheimer
- Maillage activité interprofessionnel ambulatoire sur un territoire.
- Maison pour patient en perte d'autonomie.

La déclinaison de MAIA – **M**éthode d'**A**ctions pour l'**I**ntégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'**A**utonomie – est longue et difficile à retenir. De plus, le changement de signification de MAIA a favorisé le risque d'erreurs.

Ensuite, le premier mécanisme de la méthode est la concertation qui peut être stratégique ou tactique. A première vue, ces termes « *trop administratifs* » repoussent ceux qui les côtoient. Pour autant, une fois qu'une explication est donnée sur leur signification, c'est plus simple. Les termes spécifiques utilisés pour la méthode comme pilote, concertation ou autre, ont pour but de donner une sorte de poids à l'organisation. Le Professeur Somme rappelle à ce sujet « qu'il n'y a pas de métiers qui naissent et d'organisations qui soient sans jargon ». Le jargon doit permettre d'aller plus vite et de mieux se comprendre. Pour les libéraux, ce jargon « ARS » donc administratif, complexifie et rend peu lisible la compréhension du dispositif.

Si les pilotes ont conscience que ces mots peuvent faire peur, ils font en sorte de simplifier. En effet, une pilote du territoire Y définit le rôle du pilote comme « *un chef de projet intégration et le responsable du service de gestion de cas* ». Des tables tactiques ont également changé de nom pour s'appeler « concertation territoriale ».

Puis le second mécanisme est le guichet intégré qui permet d'apporter une réponse harmonisée à une demande sur un même territoire. Des outils sont créés afin de permettre ce travail collaboratif. Mais inventer ces outils prend du temps. Or les libéraux ont besoin d'une visibilité rapide.

Enfin, les mots permettent de formaliser la méthode MAIA, et de rendre son cahier des charges solide. Les pilotes MAIA ou les gestionnaires de cas ont compris les attentes et s'adaptent de plus en plus à leur interlocuteur. En effet, il ne faut pas que le dialogue soit bloqué par des termes qui éloigneraient la visibilité sur l'utilité de la méthode MAIA

## 2. Une confusion avec d'autres dispositifs

Une autre problématique entre dans les débats courants, c'est la superposition de plusieurs dispositifs. En effet, depuis de nombreuses années des instances de coordination gérontologique se sont mises en place.

Lorsque la méthode MAIA fut initiée, on s'est interrogé sur le lien de celle-ci avec d'autres dispositifs.

Il existe par exemple, depuis 2000, les CLIC qui mettent au centre de leur préoccupation la personne âgée en l'informant sur ses droits et ses possibilités de prise en charge au niveau local.

B.Ennuyer s'est demandé s'il n'aurait pas mieux valu donner une compétence supplémentaire aux CLIC plutôt que de créer un nouveau maillon dans la chaîne. Toutefois, il faut constater avec les années que les missions du CLIC sont complémentaires à celles MAIA. D'abord parce que certains sont porteurs de cette dernière, puis parce que la MAIA a vocation à toucher les professionnels alors que le CLIC informe et oriente les personnes âgées et enfin parce que la MAIA a un territoire plus large que le CLIC.

Les MAIA sont d'ailleurs parfois assimilées à des « super CLIC ».

La création des Plateformes territoriales d'appui (PTA), par la loi de Modernisation du système de santé du 24 janvier 2016, vient ajouter un niveau supplémentaire de coordination. Elles ont pour but d'apporter « *un soutien aux professionnels de santé lorsqu'ils sont face à des situations particulièrement lourdes* ». En Bretagne, les PTA sont en cours de déploiement.

Les pilotes MAIA n'ont pas beaucoup de crainte quant au duo MAIA/PTA, leur « *articulation ne peut apporter que de bonnes choses* » selon une pilote. La PTA, plus « *sanitario-centrée* » que la MAIA, est au service des professionnels de santé libéraux pour répondre aux difficultés poly-thématiques qu'ils pourraient rencontrer.

La MAIA, qui doit permettre à tous les acteurs du territoire de travailler ensemble, intègre ce nouveau protagoniste dans l'intégration. « *La MAIA renforce la PTA au niveau de l'intégration* » et la PTA permettra de toucher plus facilement les libéraux et de les inciter à participer à la méthode MAIA.

La question toutefois à se poser concerne la forme que devra prendre ce partenariat. En effet, la MAIA et la PTA auront-elles le même porteur ? La gestion de cas et la PTA auront-elles un comité d'inclusion en commun ?

Les professionnels de santé de la PTA pourraient en effet, être des orientateurs privilégiés pour la gestion de cas et remontraient des dysfonctionnements de parcours au

pilote. Ils seraient donc un appui. Une convention de partenariat devra-t-elle pour cela être écrite ?

Les deux dispositifs doivent impérativement travailler ensemble pour ne pas multiplier les instances et sur-solliciter les professionnels. C'est pourquoi, actuellement, des groupes de travail sont constitués afin de discuter de toutes ces préoccupations et permettre un service optimal.

Sur les quarante-deux élus URPS interrogés, 40,5% d'entre eux disent ne pas faire la différence entre la MAIA et la PTA.

Pour les 59,5% restants, la définition donnée n'est pas toujours précise.

**Tableau 4: E1 : Définition de la différence entre la MAIA et la PTA.**

**Quelle est la différence entre la MAIA et la PTA ?**

- L'âge du patient n'est pas le même.
- La PTA porte la MAIA.
- La PTA est une aide aux problèmes médicaux et médico-sociaux sur demande du médecin traitant.
- La MAIA n'est pas un appui pour les professionnels.
- Les MAIA feront parties des PTA.
- Tous ces services ont vocation à fusionner pour simplifier le système.
- MAIA : personne âgée atteint de Alzheimer.
- La PTA informe et oriente les professionnels de santé vers les différentes ressources.
- PTA uniquement joignable par téléphone ; MAIA possibilité de s'y rendre.

Au niveau national, il n'y pas de direction donnée quant à leur articulation. C'est pourquoi, les acteurs de terrain tentent en fonction de leur expérience et de leurs attentes de les faire converger.

De plus, l'ajout de l'expérimentation « Parcours santé des Aînés (PAERPA) amène de la complexité à un système qui n'est pas encore stabilisé. L'objectif de PAERPA, qui concerne les personnes âgées de 75 ans et plus, est de permettre à ces personnes de préserver leur autonomie le plus longtemps possible. Si cette expérimentation est vouée à être « *la dernière pierre qui manque au dispositif MAIA, soit l'intégration financière* »

(D.Somme), elle se construit en dehors des MAIA. En effet, les deux dispositifs ont été créés par deux directions étatiques différentes.

Une concurrence est ressentie entre MAIA et PAERPA qui ont l'objectif commun d'optimiser la coordination des professionnels et d'améliorer le parcours patient. Selon une pilote, « les acteurs ont du mal à comprendre la différence ». L'expérimentation en cours sur certains territoires bretons devra éclaircir ces points.

La notion de « mille-feuilles » est très présente dans les discussions. Les professionnels de santé libéraux ne peuvent pas maîtriser tous ces dispositifs qui apparaissent complexes et peu lisibles. Une pilote rapportait que ce mille-feuille n'est pas une mauvaise chose car « chaque couche répond à quelque chose ». Pour que la réponse soit cohérente, intégrée et globale, il faut déterminer le lien entre chacune d'elles. Il faut que tous se saisissent de la question. Cette même pilote rajoute qu'« ensemble on va, il est vrai moins vite, mais on va plus loin ».

Les premiers concernés sont les professionnels de santé libéraux qui ont une place essentielle dans les politiques publiques d'amélioration du système de santé.

**Tableau 5 :** Les différences entre les dispositifs.

	<b>MAIA</b>	<b>PTA</b>	<b>PAERPA</b>	<b>CLIC</b>
<b>Pilotage</b>	CNSA ARS	DGOS ARS	Pilotage partenarial : ARS, ministère, HAS, CNSA	Département
<b>Public</b>	Personne âgée	Tout public	Personnes âgées	Personnes âgées
<b>Âge</b>	60 ans et plus	Tout âge	75 ans et plus	60 ans et plus
<b>Fonction</b>	Gestionnaire de cas	Coordonnateur d'appui	X	Coordonnateur géronologique
<b>Situation</b>	Cas complexe	Parcours de santé complexe	Perte d'autonomie	Demande d'information
<b>Sollicitation</b>	Professionnels impliqués autour du patient	Professionnels de santé via médecin traitant	Professionnels gravitant autour de la personne âgée	Le patient, les aidants, les professionnels de santé
<b>Suivi</b>	Suivi long	Suivi ponctuel	Ponctuel	Suivi ponctuel
<b>Dimension</b>	Approche multidimensionnel le	Approche poly- pathologique	Approche multidimensionnelle	Information
<b>Capacité</b>	40 cas maximum	Pas de limite	Pas de limite	En fonction de la demande
<b>Secteur</b>	Sanitaire / médico- social/social	Sanitaire	Sanitaire / social / médico-social	Social / médico-social

## **Chapitre 2 : Les professionnels de santé libéraux : une pierre angulaire de la Méthode MAIA**

Le choix d'une politique publique intégrative dans le champ gérontologique suppose un travail collectif à travers des principes et des modes de fonctionnement nouveaux et communs. L'intégration apparaît comme une solution aux conséquences de la fragmentation en cherchant à répondre aux conflits intersectoriels. Pour cela, les pratiques et les méthodes de travail doivent changer pour tous.

Si aujourd'hui, la nécessaire participation des professionnels de santé libéraux à la démarche MAIA n'est plus à démontrer **(I)**, des progrès peuvent toutefois être encore faits **(II)**.

### **I/ La participation actuelle des professionnels de santé libéraux à la méthode d'intégration.**

Les libéraux sont conviés à participer aux instances de concertation notamment tactiques organisées par le pilote MAIA. Sur quarante-deux professionnels de santé libéraux, 76,2% ne sont pas en mesure de distinguer la table tactique de la table stratégique.

Pour les acteurs de la MAIA, le monde libéral est le plus difficile à sensibiliser. Les professionnels au cœur du parcours patient ont des difficultés à participer à l'intégration **(A)**. Pour les toucher plus fortement, les pilotes MAIA se tournent vers leurs représentants, les Unions Régionales des Professionnels Libéraux **(B)**.

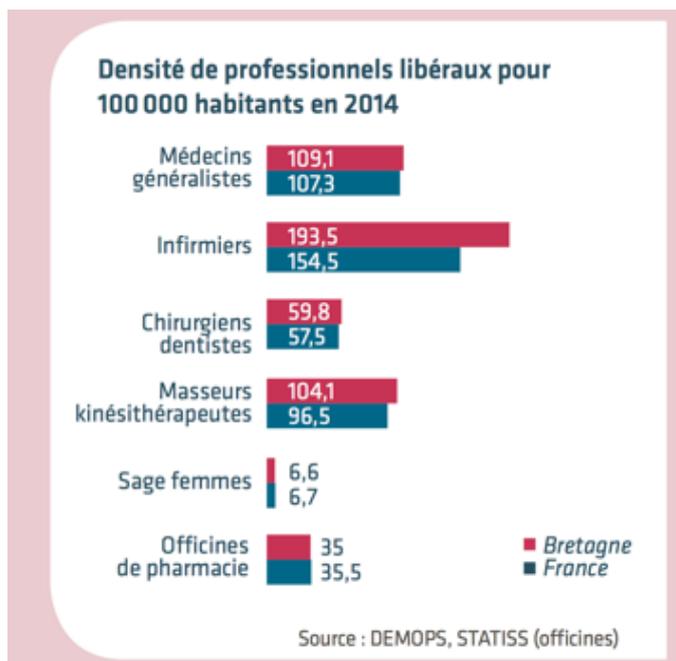
#### **A) Les professionnels de santé libéraux : au cœur de la prise en charge**

La Bretagne est une région attractive avec une population plutôt vieillissante avec des soins de plus en plus complexes. En 2014, la Bretagne présentait une densité de professionnels de santé du premier recours comparable, voire supérieure à la moyenne nationale. Ces professionnels de santé libéraux peuvent être définis comme des professionnels exerçant, à titre personnel, sous leur propre responsabilité, en offrant des services de santé<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> En référence à la définition de professionnel libéral - *considérant n° 43 de la directive à la reconnaissance des qualifications professionnelles n°2005/36/CE*

**Graphique 2:** Densité de professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants en 2014. Comparaison France/Bretagne



Les soins et les services qui sont proposés à la population répondent mieux à leurs besoins. Mais pour leur donner toute leur place et ne pas leur faire perdre de la valeur, l'intégration apparaît comme la solution.

Cependant, les professionnels de santé libéraux ont quelques réticences vis à vis de celle-ci.

### 1) Le secret médical et le partage d'informations

L'un des premiers principes en déontologie médicale est le secret. En effet, il est le « symbole du respect que le médecin doit avoir pour le patient et que la société doit avoir pour l'individu »<sup>47</sup>. Cette obligation d'ordre public de préserver l'information médicale est très ancienne, précieuse, et concerne chaque professionnel de santé. Mais dans le but d'assurer la continuité des soins et dans l'intérêt du patient, le partage d'informations d'ordre médical s'est néanmoins imposé depuis quelques années. Si toutes les données ne sont pas concernées, elles doivent être « nécessaires, pertinentes et non excessives ». L'accord explicite du patient est obligatoire.

Les politiques actuelles, mettant en valeur le travail pluridisciplinaire, bousculent ce principe.

Effectivement, les nouveaux professionnels de la coordination, et en l'occurrence le gestionnaire de cas, ont besoin de contacter les professionnels de santé dans le cadre de

<sup>47</sup> F.Gazier, B.Hoerni ; « secret médical et assurances » ; conseil de l'ordre des médecins, 1998, P1.

leur suivi. La loi du 26 janvier 2016 répond à leur demande en étendant le partage d'informations entre les professionnels de santé et les autres professionnels des champs social et médico-social.

Cet échange est strictement régi car, comme le rappelle le professeur Sicard, « *il ne faut pas accepter que le secret médical partagé devienne un secret médical propagé* ».

Le partage d'informations à caractère secret ne peut se faire qu'entre « *professionnels participant à la prise en charge d'une même personne* » et à deux conditions :

- Qu'il s'agisse « d'informations strictement nécessaires à la coordination, à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social de la personne ».
- Dans le « périmètre de leur mission »<sup>48</sup>.

Le patient ne fait plus de confidences à son médecin (dimension individuelle) mais évoque une chose confidentielle à une équipe (dimension collective).

Aujourd'hui, le partage d'informations entre gestionnaire de cas et professionnel de santé n'est pas acquis. Le secret médical qui est le « bras armé » du secteur sanitaire, a dû mal à s'ouvrir.

Il est compliqué pour un professionnel de santé d'aller au-delà d'un principe cardinal enraciné dans sa pratique.

## 2) *La modification des pratiques professionnelles*

La méthode MAIA et la coordination imposent pourtant de bousculer les lignes traditionnelles. Seulement, les professionnels de santé indépendants ont toujours eu l'habitude de travailler seul.

L'augmentation de la population, l'évolution des pathologies et l'accroissement des déserts médicaux ont obligé les professionnels de santé libéraux à travailler ensemble et à se regrouper.

Ainsi, des professionnels du premiers recours et des professionnels du paramédicales libéraux se réunissent au sein d'une structure (maison de santé) en coordonnant leurs pratiques afin d'améliorer le suivi du patient.

Cette démarche semble convenir aux patients et aux professionnels qui partagent la culture de la profession libérale. Si un travail commun entre professionnels du secteur sanitaire apparaît normal et fluide, ce n'est pas le cas avec les secteurs du médico-social et du social. Les difficultés sont liées notamment à des divergences quant aux pratiques et à une méconnaissance des compétences de chacun. De plus, dans les domaines du social et du médico-social, les professionnels et les services sont nombreux complexifiant

---

<sup>48</sup> Décret du 20 juillet 2016 en son article R.1110-1

ainsi la visibilité des professionnels de santé. Chacun a une identité culturelle qu'il défend et qui n'a pas la même vocation. « *Les cultures et les outils de ces différents professionnels sont souvent très différents* ». Certains accompagnent sur une plus longue durée, d'autres sur une plus courte. L'un établit un diagnostic l'autre s'oriente vers des traitements<sup>49</sup>. Les professionnels de santé soignent la personne physique strictement en réalisant un acte, alors que les professionnels du social soignent la personne dans son environnement. Le manque de langage commun et d'objectifs rendent leur collaboration difficile. Mais ces deux formes de « soins » ne sont pas inconciliables et devraient pouvoir aller dans le même sens.

Pour cela, les spécialistes de tout secteur doivent apprendre à se connaître et à travailler ensemble. Le but de la coordination sera alors de faire converger les énergies. Les professionnels, et en particulier les libéraux, auront quelques points à faire évoluer dans leur pratique. Ce processus sera épineux et lent. Mais pour que ce soit possible, chacun devra en voir, non seulement pour lui mais aussi pour les patients, le bénéfice.

Cependant, il est possible de constater que les nouvelles générations de professionnels sont sensibilisées à cette notion de pluridisciplinarité dès leurs études et seront peut-être plus enclines à ces nouvelles pratiques.

## **B) Les URPS : des interlocuteurs privilégiés**

Selon Didier Tabuteau, « *le secteur de la santé connaît depuis quelques années un véritable prurit législatif* ». En effet, entre 2004 et 2009, dix-sept lois ont été votées en matière de santé, d'assurance maladie ou encore de financement de la sécurité sociale. Le système de santé français fondé sur le principe de la solidarité offre une qualité et une sécurité des soins incontestables. Toutefois, la mauvaise répartition des professionnels de santé en France ne permet pas un accès égal aux soins à chacun d'entre nous.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires aura pour vocation de réformer le système en modernisant notamment les institutions.

L'aspiration à la qualité des soins et à la baisse de leur coût a entraîné un changement dans les prises en charges poussant les pouvoirs publics à renforcer les liens entre l'hôpital et la médecine de ville. L'objectif ambulatoire affirmé depuis des années est renforcé avec cette loi. La création de l'Hospitalisation A Domicile (HAD), qui consiste à assurer à domicile des soins médicaux lourds, répond au double enjeu du maintien à domicile et de la réduction des coûts d'hospitalisation.

---

<sup>49</sup> D. Somme et al ; Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration : texte intégral Deuxième partie. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2014;12(2):123-130.

Concernant le dialogue entre l'hôpital et les acteurs du premier recours, la loi s'est attachée à impulser une coordination entre les deux secteurs. Dans cette optique de déclouonnement, les structures d'exercice coordonnés se développent en ville. « Ce cadre attractif d'exercice »<sup>50</sup> est caractérisé par les centres de santé et les maisons de santé pluri-professionnelles.

Ces structures regroupent plusieurs professionnels de santé dans un même lieu, autour d'un projet commun qui engage leur partenariat avec les acteurs du territoire.

La loi HPST a renforcé le rôle des officines et du pharmacien dans le système global de santé. Désormais, les officines participent, aux mêmes titres que les autres acteurs du système, à l'offre de premier recours. La loi étend leurs missions et les fait participer à la coopération entre professionnels de santé et à la permanence des soins.

De plus, le souhait d'élargir le champ d'intervention des politiques de santé régionale, met en valeur également les biologistes libéraux. Ces professionnels s'inscrivent aussi dans l'offre de soins territoriale<sup>51</sup>.

Toutes ces mesures mettent en avant l'offre ambulatoire. Celle-ci s'appuie sur les professionnels de santé libéraux. L'Etat a pris conscience de l'importance de leur place dans l'efficience de la prise en charge et a décidé par la loi HPST de créer une représentation régionale de ceux-ci. Les Unions régionales des professionnels libéraux (URPS) ont vocation à être la voix des libéraux. Les Unions ont un rayonnement régional s'alignant sur celui des Agences Régionales de Santé et des syndicats. En effet, sous l'égide de la loi de 1901, les membres des unions sont élus via les organisations syndicales de chaque profession pour un mandat de cinq ans<sup>52</sup>. Dix professions sont ainsi représentées<sup>53</sup>.

L'objectif des unions est de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé sur le territoire en participant à la construction et à la mise en œuvre du projet régional de santé. (Art L.4031-3 Code de la santé publique).

Ainsi, leurs missions sont diverses : organiser l'exercice professionnel, analyser les besoins et l'offre de santé, organiser des actions de santé publique (prévention, veille sanitaire...), mettre en œuvre le développement professionnel continu.

Les URPS bretonnes, en fonction de leurs caractéristiques régionales, ont mis l'accent sur l'exercice pluridisciplinaire. A cet effet, elles ont décidé de mener une réflexion

---

<sup>50</sup> Définition du Ministère de la santé et des solidarités, direction générale de l'offre de soins.

<sup>51</sup> ANAP, Ministère de la santé « La loi HPST : les clés pour comprendre » : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf)

<sup>52</sup> Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé

<sup>53</sup> **10 URPS** : *biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeute, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, sages-femmes*

commune en créant un comité de pilotage. Le but est de construire des projets communs, innovants et de porter d'une même voix une réponse à leurs partenaires. Ce comité ne délaisse pour autant pas les politiques et les projets propres à chaque union.

Les élus URPS peuvent participer à différentes instances et notamment aux tables de concertation prévues par les MAIA. Dans le travail de construction de l'intégration et des outils du guichet intégré, la vision libérale est indispensable. Si les pilotes révèlent que leurs actions pour toucher les libéraux n'atteignent pas toujours leur objectif, le relais URPS serait sûrement un moyen efficace pour les sensibiliser. Les URPS seraient donc un interlocuteur privilégié pour le pilote MAIA.

Par ailleurs, de par leurs missions d'action et de prévention, les URPS sensibles à la problématique du vieillissement, et en collaboration avec l'ARS, expérimentent le projet « Personnes Âgées et Fragilité (PAF) ». L'objet de ce projet est de sensibiliser les professionnels de santé libéraux à la notion de fragilité. Le repérage de la fragilité de manière précoce chez la personne âgée permettrait à celle-ci de ne pas rentrer dans le processus de perte d'autonomie. Les professionnels de santé qui constatent une fragilité sont invités à remplir une grille<sup>54</sup>. Cette expérimentation préventive a été présentée lors d'une table tactique de MAIA sur l'un des territoires choisis. Ce partage rentre dans le processus d'interconnaissance des actions de chaque professionnel.

Les Unions régionales des professionnels libéraux ont, aujourd'hui, un réel poids à jouer dans les politiques publiques de santé. Il apparaît d'ailleurs que l'organisation URPS est bien identifiée par les acteurs étatiques, du social et du médico-social. C'est pourquoi, ils ne doivent pas hésiter à les solliciter.

## **II/ L'objectif d'une meilleure inclusion des professionnels libéraux.**

Les sondages réalisés ont permis de montrer qu'une grande majorité des professionnels de santé libéraux souhaitaient connaître la méthode MAIA.

Pour permettre une inclusion optimale, il faut connaître les attentes des acteurs du territoire entourant la MAIA **(A)** et des pistes de solutions seront avancées afin de permettre une meilleure intégration des libéraux **(B)**.

---

<sup>54</sup> Gérontopôle de Toulouse ; Programmation hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance ; Recommandation HAS ; juin 2013

## A) Le souhait des acteurs du territoire

Les professionnels de santé libéraux, au même titre que les autres professionnels entourant la personne âgée en perte d'autonomie, sont légitimes pour participer aux instances de concertation de la méthode MAIA.

Les pilotes révèlent qu'ils ont du mal à faire adhérer les libéraux à leur temps de concertation. Sur les quarante-deux professionnels interrogés, seuls, deux ont déjà participé à une table tactique.

En effet, les professionnels de santé libéraux ne s'y rendent pas pour plusieurs raisons.

La première raison est relative à la planification des tables tactiques. En effet, elles se déroulent très souvent en pleine journée. Les libéraux ayant un emploi du temps très chargé et étant très souvent sollicités ne sont pas en mesure de s'y rendre.

Les pilotes ont bien conscience que cette contrainte temporelle est réelle. Néanmoins, ils disent que les libéraux sont prévenus du temps de rencontre et des conclusions de celle-ci. Toutefois, certains professionnels disent « *n'avoir jamais été invités* ». De plus, un professionnel de santé rapporte que ce sont « *des réunions très intéressantes mais qui se rajoutent à une foultitude d'autres réunions* ».

La seconde raison concerne le temps accordé par les professionnels de santé libéraux à la MAIA, temps qu'ils ne consacrent pas à leur activité. Les autres participants ne sont pas touchés financièrement par leur investissement en table tactique. En effet, les acteurs présents lors des concertations sont salariés et sont donc rémunérés pour leur temps de présence. C'est une remarque qui revient très souvent dans les débats mais qui ne peut être budgétisée par la MAIA. Peut-être faudrait-il se retourner vers d'autres instances ?

La troisième raison se rapporte au fait que les professionnels de santé libéraux ne se reconnaissent pas dans la démarche et ont parfois un sentiment de concurrence. La méthode MAIA, aujourd'hui, n'est pas perçue comme un moyen d'alléger les charges du professionnel de santé mais comme une façon de « faire à la place de... ».

Ce constat se rapporte à un problème de connaissance et de communication. Les libéraux souhaiteraient mieux connaître le fonctionnement, les sujets et être averti des dates de concertation bien à l'avance. Mais certains pilotes avouent avoir abandonner la sollicitation des libéraux faute de réponse.

Durant leur formation, les pilotes sont invités à passer par le patient pour toucher les libéraux (Pr. Somme). Si le professionnel en voit un bénéfice pour son patient en lui rapportant sa satisfaction, il sera peut-être poussé à continuer.

Tous les professionnels de santé libéraux du territoire ne peuvent pas être présents à chaque temps de concertation, c'est pourquoi les URPS sont également conviées. En effet, la majorité des pilotes interrogés considèrent que les URPS ont leur place en table tactique, « l'idéal serait le triptyque : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute ». Certains pilotes aimeraient que les libéraux URPS présents lors des tables tactiques aient la double casquette élu URPS et professionnel libéral de terrain. Les URPS sont également membre de la table stratégique en tant qu'institution du territoire. Cependant, les unions rencontrent certains problèmes. Leurs élus ne sont pas répartis sur l'ensemble des territoires MAIA et ne sont pas en nombre suffisant pour se rendre à l'ensemble des sollicitations.

Lors des tables tactiques, des groupes de travail sont créés pour travailler sur des problématiques spécifiques telles que l'interconnaissance, le partage d'informations, l'hébergement temporaire d'urgence ou le signalement.

Le souhait est de mobiliser les professionnels autour d'un sujet commun. Le but est d'avoir une parole interprofessionnelle où la voix libérale sera entendue. Mais, ces temps sont du temps en plus que les professionnels de santé libéraux ne peuvent pas toujours mobiliser. Dans cet objectif, le pilote serait vecteur.

Des solutions peuvent être apportées à l'ensemble de ces remarques.

## **B) Des pistes pour favoriser la participation des libéraux.**

Pour que l'intégration soit performante, elle doit s'appuyer sur des outils. Les besoins seront identifiés par les acteurs et discutés en table tactique. Lors de celle-ci, les professionnels participants aux groupes de travail seront engagés dans cette démarche de création.

### **Exemple d'outils :**

- Une carte de coordination des professionnels - Cette carte permet l'identification des professionnels libéraux, des professionnels intervenants à domicile et de la personne de confiance afin de faciliter la communication et la prise en charge coordonnée du patient lors de son retour à domicile. Elle a aussi pour objet d'anticiper la sortie et de préserver la continuité des soins.
- Un référentiel des missions médico-sociales et sanitaires – C'est un outil qui s'adresse aux professionnels qui a vocation à recenser les missions de soins et d'aides en faveur des personnes âgées à l'échelle d'un territoire (Pays de Rennes). Il doit permettre au professionnel de gagner du temps. Dans ce

document y sont mentionnées les missions et les coordonnées des professionnels du territoire.

Les pilotes souhaiteraient que les professionnels de santé libéraux n'hésitent pas à leur faire remonter des problématiques ou des besoins. La création d'une boîte à outils a pour but de faciliter le quotidien des professionnels.

Lorsqu'un outil est créé, il est envoyé à tous les professionnels de santé libéraux. Cependant, les pilotes ne reçoivent aucune réponse de leur part. Pourtant, il est important pour eux de connaître l'avis des professionnels de santé libéraux afin de pouvoir améliorer ou modifier l'outil si nécessaire.

Pour susciter l'attention des professionnels de santé libéraux, une pilote d'Ille et Vilaine propose d'associer les URPS à leur création. En effet, si celles-ci co-valident et cosignent les outils, l'impact sur les professionnels libéraux serait peut-être plus fort.

Il a été constaté que les professionnels libéraux avaient une méconnaissance ou une mauvaise connaissance de la méthode. C'est pourquoi, il semble essentiel de continuer de communiquer. « *La communication permet de partager, de séduire et de convaincre* »<sup>55</sup>. Les pilotes acceptent de rencontrer les URPS ou plusieurs professionnels libéraux, aux horaires qui leur conviennent le mieux, pour expliquer la méthode et le rôle qu'ils ont à y jouer.

Les pilotes se sont posés la question des moyens de communication. La seconde enquête réalisée auprès des cent quatre-vingt-dix-sept professionnels libéraux met en avant les préférences de ceux-ci.

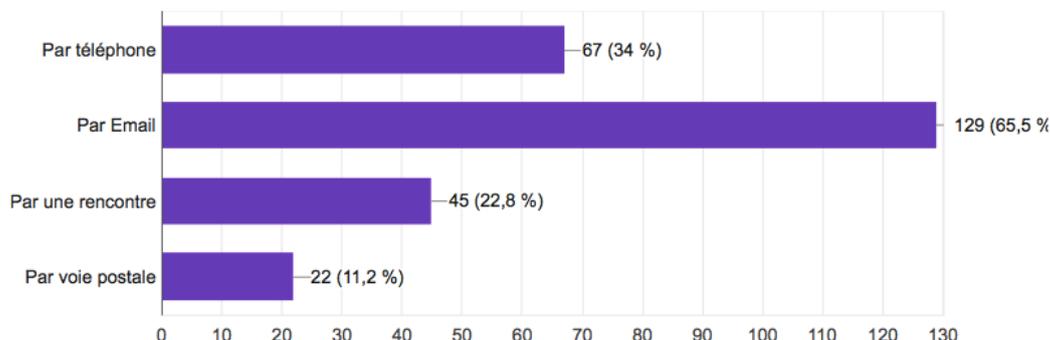
---

<sup>55</sup> biencommuniquer.com : <http://www.bien-communiquer.com/limportance-de-la-communication>

**Graphique 3: E2 – En cas de contact par les acteurs de la MAIA, par quels moyens préférez-vous être joint ?**

Il se peut que vous soyez contacté par les acteurs de la MAIA (pilote, gestionnaire de cas), par quels moyens préférez-vous être joint?

197 réponses



Une majorité des professionnels affiche une préférence pour l'email (65,5%). Vient ensuite le contact par voie téléphonique (34%), la rencontre physique (22,8%) et enfin le contact par courrier (11,2%). Précisons que plusieurs réponses étaient possibles, ce qui explique que les résultats soient élevés.

Une seconde question leur a été posée : lorsqu'un pilote souhaite communiquer sur un outil, donner une information ou envoyer un compte rendu, comment l'information doit-elle être transmise aux professionnels libéraux ?

- 84 % optent pour la voie électronique et notamment sur la messagerie sécurisée.
- 21,8% pour la voie postale
- 2% souhaitent ne pas en recevoir.

L'une des difficultés soulevées est celle de la participation aux tables tactiques des professionnels de santé libéraux. Pour cela, les pilotes se demandent s'ils ne feraient pas appel aux maisons de santé pour qu'un représentant soit désigné. Cette désignation permettrait une représentativité plus grande plutôt qu'une sollicitation individuelle.

Pour la participation des URPS, la solution serait peut-être de créer un collège. En effet, l'idée serait de créer soit un collège au sein de chaque profession et d'effectuer un roulement à chaque sollicitation. Soit un collège plus large représentant l'ensemble des professionnels qui porterait la voie libérale. Après chaque participation, un compte-rendu pourrait être fait et transmis aux URPS. Ceux-ci adresseraient les informations à l'ensemble de leurs membres par un mail ou en les postant sur leur site internet. Une plateforme numérique pourrait d'ailleurs être aménagée afin que chaque professionnel ait accès aux mêmes informations.

Actuellement, lorsque des élus ne sont pas présents sur un territoire, l'URPS peut mandater des personnes intéressées par le sujet et qui représentent l'union. Ces mandants connaissent peu les URPS, leur vision et leur posture. Une fiche leur rappelant celles-ci pourrait être envisagée afin de leur permettre une meilleure posture lors de l'instance.

## Conclusion

La Société française de gériatrie et de gérontologie s'est positionnée sur le concept d'intégration. Elle considère que l'intégration a pour vocation de créer « des espaces de construction du sens commun autour de la personne »<sup>56</sup>. Elle a donc pour mission de favoriser la connaissance des compétences de chacun des partenaires pour créer des procédures communes afin de faciliter la prise en charge du patient. Si l'intégration des services et des soins est apparue récemment en France, elle ne met pas fin à la coordination. Les deux principes sont complémentaires et nécessaires l'un à l'autre.

La méthode MAIA est un dispositif innovant qui permet de mieux prendre en compte les besoins. Elle met en valeur la place des professionnels intervenant auprès du patient. La méthode MAIA n'est pas une nouvelle couche du « mille-feuille » de l'offre car c'est une méthode de travail et non un opérateur de service.

Dans la phase de test de l'intégration, l'objectif était de créer un « label de soins intégrés ». C'est à dire que les professionnels qui acceptent un ensemble de normes et qui participent à la réponse aux besoins de la personne seraient labellisés. Ce label aurait permis de construire un réseau et aurait apporté une lisibilité à l'intégration. Cependant, le choix s'est porté sur la Méthode d'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

La méthode MAIA s'adresse aux personnes âgées de plus de soixante ans mais elle est vouée à s'étendre à d'autres publics. Le choix du public au départ s'est orienté vers la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Puis, il est apparu au vu du contexte et des divers besoins de ces personnes. Mais « la visée ultime de l'intégration » (Pr Somme) est de toucher l'ensemble de la population. La complexité et la fragmentation du système de santé français ne permettaient pas à l'époque de concilier tous les publics. La MAIA n'est pas un dispositif « clé en main », il est mouvant et s'adapte au territoire. Actuellement, quelques MAIA bretonnes, dans le cadre d'une expérimentation, étendent leur action au champ du handicap. Toutefois, se pose la question des moyens humains et financiers. En effet, les MAIA, doivent avec les mêmes ressources, augmenter leur activité ce qui, dans le temps risque de poser des difficultés. Faudra-t-il faire des

---

<sup>56</sup> Somme, Dominique, et al. « Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral) », *Gérontologie et société*, vol. 36 / 145, no. 2, 2013, pp. 201-226.

instances différentes selon les publics ou les démultiplier ? Le pilote pourrait-il être présent à chaque temps ? Une réflexion devra donc être engagée.

Les études réalisées durant cet état des lieux ont permis de montrer que les professionnels de santé libéraux avaient leur place au sein de la méthode MAIA. Elles auront également pu mettre en exergue les attentes, les besoins et les contraintes de chacun. Les conclusions pourront peut-être permettre à tous les protagonistes d'avancer dans le processus d'intégration.

Le processus de changement prendra du temps mais c'est sur la bonne voie. L'investigation aura également servi à analyser les différentes caractéristiques des territoires bretons.

Les résultats obtenus durant ce stage seront partagés également avec les pilotes MAIA du territoire afin qu'ils puissent y trouver appui lors de leur exercice.

Nous pouvons conclure ce mémoire par une phrase de Saint-Exupéry résumant parfaitement l'intégration :

***« Chacun est responsable de tous. Chacun est seul responsable. Chacun est seul responsable de tous ».***

---

# Bibliographie

---

➤ **Articles et revues**

Alain Colvez et al., « La coordination gérontologique. Pour qui, pourquoi, comment ? », *Gérontologie et société* 2002/1 (N 100), p.25-34.

Alain Parant, « Le vieillissement démographique. Chronique d'un tsunami annoncé », *Gérontologie et société* 2007/4 (N 123), p.135-152

André-Pierre Contandriopoulos et all., *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 8, n 2, 2001, pp. 38-52

Anne Ferrari, « Habitat et espace psychique chez le sujet âgé. L'intervention du psychologue à domicile », *Le Journal des psychologues* 2007/7 (n  250), p. 47-50.

Bègue T. Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. In : Mansat M. Chirurgie de l'épaule et du coude. Paris : Masson ; 2005 : p. 148-156

Bernard Ennuyer, 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie, », *Gérontologie et société* 2007/4 (n 123), p 153-167.

Bernard Ennuyer. « La coordination mission impossible ? ». In « Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation ». Dunot, Paris, 2014 p.185-198

Bernard Ennuyer, « Un regard critique sur « les gestionnaires de cas », dernière « mode » de la coordination imposée par le plan Alzheimer », *Gérontologie et société*, 2012/3 n  142, p. 205-213.

DEMERS Louis, ST-PIERRE Michèle, TOURIGNY André et all, *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*, Université du Québec, Ecole nationale d'administration publique, juin 2005,p1-7

Dominique Argoud, « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société* 2010/1 (vol.33/n 132), p.103-110.

Dominique Somme et al ; Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration : texte intégral Deuxième partie. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2014;12(2):123-130.

Dominique Somme, et al. « Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral) », *Gérontologie et société*, vol. vol. 36 / 145, no. 2, 2013, pp. 201-226.

Camille COUSIN -

Dominique Somme et Al., « *PRISMA France et la recherche-action : implanter c'est aussi innover* ». *Gérontologie et Société*, 2008p 95- 124.

F.Gazier, B.Hoerni ; « secret médical et assurances » ; conseil de l'ordre des médecins, 1998, P1.

Guillaume Le Blanc, « *Que faire de notre vulnérabilité* », Bayard 2012.

Jacques Ladsous, « Vers une politique d'action sociale. La figure de Bernard Lory », *L'action sociale aujourd'hui. Petite histoire de l'action sociale*, sous la direction de Ladsous Jacques. ERES, 2008,

Jacqueline Trincas et al., « La lutte contre le vieillissement », *Gérontologie et société* 2008/2 (N°125), p23-27.

Jean-David Peroz « *Les politiques sociales en France* », 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, oct 2015, p128.

Kodner D. et Kyriacou C., « Fully integrated care for frail elderly: two American models », *International journal of Integrated Care*, 2000, p.1.

L.Roche, R.Boucher, « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social », ENSP, 2007, p 17

Laura Rizzerio, « *Approches philosophiques de la vulnérabilité* », Namur, 11/05/2016, p3

Marie-Aline Bloch et al., « la coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », pour la fondation Paul Benetot, Fev 2011, p31

Marie-Aline Bloch M.A. et Léonie Henaut, « *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico- social* », Dunod, 2014, Paris.

Magali Robelet *et al.*, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales* 2005/1 (), p. 231-260.

Marie Gillet, Dominique Jacques-Jouvenot « La dépendance dans l'indépendance », *Cahiers du Genre* 2004/2 (n° 37), p. 171-190.

Matthieu De Stampa, et al. « Un guichet unique dans un réseau gérontologique pour l'orientation des personnes âgées », *Santé Publique*, vol. vol. 25, no. 1, 2013, pp. 7-14.

Michel Frossard , « Coordination, intégration, réseaux de services. Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées », *Gérontologie et société*, 1/2002 (vol. 25 / n° 100), p. 35-48.

Myriam Le Sommer-Père, « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société* 2002/1 (n°100), p.49-63.

Olivier Dupont, « De l'expérimentation des MAIA à leur déploiement », *Gérontologie et société* 2012/5 (HS n°1), p.179-184.

Olivier Dupont, « les « MAIA » maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer : un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires », *Gérontologie et société* 2010/1 (vol.33/n°132), p.129-133.

Réjean Hébert, et al., « *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* », Edisem, 2004, p6

Réjean Hébert, Durand, P. J., Dubuc, N., & Tourigny, A. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 2003

René Lenoir, « *Le temps de vivre un 3<sup>ème</sup> âge heureux* », Paris, la documentation française, 1978 p140-.141

Yves Couturier et al., « principes méthodologiques de l'implantation du modèle PRISMA portant sur l'intégration des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie », *Management & Avenir* 2011/7 (n°47), p 133-146.

WNLeutz, Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Q*, 1999

W.N Leutz, W. Reflections on Integrating Medical and Social Care : Five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5) :3-14, 2005.

### ➤ **Mémoires**

Emilie Progin, « *Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, ou la place du Conseil général dans la coordination gérontologique* », sous la direction de Monika Steffen, Master 2 politiques publiques de santé, 2013.

Marlène Cieslik, « *L'intégration des services dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sur Nantes agglomération : l'exemple de la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer* », DESSMS, EHESP, décembre 2011.

### ➤ **Rapports et article de presse**

Ankri et al., « Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012 », juin 2013

ARS, « *Bilan du développement des MAIA en Bretagne* », 3 mars 2016.

Gérontopôle de Toulouse ; Programmation hôpital de jour d'évaluation des fragilités et de prévention de la dépendance ; Recommandation HAS ; juin 2013

Laurence Prat, « Le sanitaire, le social et le médico-social », ONISEP, 2013

Camille COUSIN -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2016-2017

Luc Broussy, *Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population*, janvier 2013

P.Champvert, R.Gilzome, « *vieillir c'est grandir en connaissance de soi et du monde* », La gazette santé-social 5/05/17.

### ➤ Textes législatifs

ANAP, Ministère de la santé, « La loi HPST : les clés pour comprendre » :  
[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum\\_loi\\_HPST.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf)

Article L.312-7 du Code de l'aide sociale et de la famille.

Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011, relatif au cahier des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé  
Décret du 20 juillet 2016 en son article R.1110-1

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

### ➤ Webographie

<https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/398-IntegrationServicesAines.pdf>

Larousse - [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921)  
<http://www.prisma-qc.ca/>

<http://www.agevillagepro.com/actualite-14269-1-les-pta-un-nouveau-dispositif-de-coordination-locale.html>

<http://www.agevillage.com/n3--Coordination-integration-Clic-reseaux-Maia-47>

[http://www.cnsa.fr/documentation/cahier\\_des\\_charges\\_maia\\_15nov11.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/cahier_des_charges_maia_15nov11.pdf)

<http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/plateformes-territoriales-d-appui-un-soutien-pour-les-professionnels-dans-l>

<http://www.bien-communiquer.com/limportance-de-la-communication>

Institut national d'études démographiques, dossier thématique, santé et vieillissement, avril 2014 <http://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/dossiers-thematiques/sante-vieillessement/>

<http://www.maia-nantes.fr/combien-existe-t-il-de-maia-en-france--35229.kjsp?RF=13451>

---

## Note réflexive

---

Ma réflexion se portera sur la vieillesse qui est depuis plusieurs années un sujet de santé publique (1) puis je développerai le fonctionnement des URPS en région Bretagne (2) et enfin je ferai l'analyse de mon stage (3) en mettant en avant les apports et les limites de celui-ci.

J'ai choisi de faire mon stage au sein des URPS car c'est un acteur de la santé, une institution, une représentativité que je ne connais pas. En effet, j'ai effectué auparavant un stage auprès d'une Agence régionale de santé, ce qui m'a permis de prendre de la hauteur sur la santé en région et de comprendre comment la politique nationale est déclinée au niveau régional puis départemental. J'ai également fait des stages au sein d'un EHPAD et d'un hôpital ce qui m'a rapprochée du terrain, j'ai donc eu une vision plus micro de la santé.

Faire un stage au sein d'une Union régionale de santé m'a donné un autre positionnement. C'est à dire que cette fois, je me suis placée au niveau des soignants. J'ai pu comprendre comment les professionnels de santé participent à la prise en charge du patient et comment ils s'orientent dans les politiques nationales. Ce qui est très intéressant car les choses ne sont pas vues de la même façon.

De plus, mon choix a été affirmé par la thématique proposée. La méthode MAIA consiste à intégrer les professionnels de santé prenant en charge les personnes âgées. Ce public m'attire depuis de nombreuses années ce qui oriente notamment mes expériences. Les personnes âgées ont une forme de sagesse et de bienveillance qui me touche. La vieillesse est « la phase et l'état de l'être humain dans son âge avancé » c'est à dire à partir de la « sixième décennie ». C'est un « processus biologique de changements auquel est soumis l'organisme vivant non seulement dans la vieillesse, mais de sa naissance à sa mort »<sup>57</sup>.

Lorsqu'elles avancent dans l'âge, les personnes âgées deviennent plus vulnérables et plus fragiles. C'est à dire qu'elles peuvent se blesser plus facilement face à ce qui les

---

<sup>57</sup> Jacques Richard, « Résilience et vulnérabilité. De l'ajustement des concepts en psychogérontologie », *Gérontologie et société* 2004/2 (vol. 27 / n° 109), p. 109-125.

oppose (vulnérabilité) ou qu'elles manquent de solidité (fragilité). La fragilité rend l'individu plus vulnérable à son environnement<sup>58</sup>. C'est à ce moment de la vie qu'elles ont le plus besoin d'assistance et d'accompagnement. C'est pourquoi de nombreuses mesures ont été mises en place pour les aider dans la dépendance ou en prévention de celle-ci. Ce stage m'aura permis d'approfondir l'étude de cette population et de découvrir plus en détails l'histoire des politiques de la vieillesse.

### 1) La vieillesse, un enjeu de santé publique

*« La vieillesse existe le jour où elle nous empêche de réaliser les **actes de notre quotidien** qui depuis leur apprentissage étaient devenus automatismes »*  
Th.Darnaud,1999.

Lorsqu'une personne perd son autonomie dans la réalisation des actes de la vie courante et qu'elle a besoin d'aide pour les accomplir elle devient **dépendante**.

La longévité des hommes et des femmes, l'augmentation de la dépendance amènent les pouvoirs publics à prendre des mesures. Un grand nombre de celles-ci a pour objectif de maintenir la personne âgée dépendante à son domicile.

La création de la Sécurité Sociale en 1945 permet aux personnes âgées de se prémunir contre les risques de la vie comme la pauvreté ou la maladie.

Une commission a été constituée en 1960 pour étudier la vieillesse en France et notamment les conditions de vie des vieilles personnes. Un rapport - dit le Rapport Laroque - va y découler en 1962 et il mettra en évidence qu'il faut intégrer les personnes âgées dans la société en leur « fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante ». Ce rapport annonce la naissance d'une politique de la vieillesse axée sur le maintien à domicile, la préservation de l'autonomie et de l'intégration sociale.

Pour remplir cet objectif de nombreux services seront créés dans le domaine sanitaire, alimentaire, du loisir et d'information.

Ce nouvel enjeu va se lier aux politiques de lutte contre le chômage. En effet, les politiques de vieillesse vont permettre de créer de nombreux emplois. Par exemple, l'aide à domicile, les chèques emploi-services, emploi-aidé. La création de la Prestation personnalisée dépendance (PSD) puis l'Allocation personnalisée autonomie (APA) ont été mises en place pour répondre aux conséquences financières et matérielles du vieillissement de la population. Beaucoup de professionnels et de services tournent

---

<sup>58</sup> Bickel, Jean-François, et Myriam Girardin Keciour. « De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne. Changements et continuité des activités et du bien-être dans le grand âge », *Gérontologie et société*, vol. vol. 27 / 109, no. 2, 2004, pp. 63-82.

autour de la personne âgée : l'aidant, l'auxiliaire de vie, les services d'aides et d'accompagnement au maintien à domicile, HAD, les professionnels du médical et du paramédical, les associations...

L'offre de services en France est riche mais cette multiplicité de services a perdu en lisibilité. Donc pour une efficacité optimale, la coordination entre tous ces professionnels et services était nécessaire. C'est pourquoi à partir des années 2000, les politiques vont se centrer sur la coordination des services.

## **2) Les Unions régionales des professionnels de santé libéraux.**

J'effectue mon stage au nom du Comité de pilotage de l'URPS regroupant l'ensemble des Unions. Ils souhaitent au départ un stagiaire pour étudier les MAIA. Les libéraux se sont rendus compte qu'ils étaient amenés à côtoyer les acteurs des MAIA très souvent lors des instances auxquelles ils participent. Mais, ne connaissant pas bien le dispositif, ils ne savaient pas comment se positionner face à celles-ci. C'est pourquoi, le COPIL a souhaité un stagiaire pour mieux connaître le sujet et leur répartition sur le territoire. Puis, lors d'un second COPIL, ils se sont dits que s'ils pouvaient avoir aussi des informations sur d'autres dispositifs actuellement en cours ce serait intéressant. Ma mission était intitulée au départ « *réalisation d'un audit sur la nouvelle organisation territoriale de santé (territoire de démocratie sanitaire, Plateformes territoriale d'appui, MAIA...)* afin de permettre notamment au Copil inter-URPS de se positionner stratégiquement lors des différentes instances ». Ma mission s'est donc élargie. A mon arrivée, j'ai voulu avoir des précisions sur les attentes de ma mission. Au vu du vaste sujet, avec ma tutrice, nous avons choisi de nous orienter vers l'étude de la Méthode d'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Plusieurs raisons en sont la cause :

- Au départ, ce besoin était identifié et une réelle attente était présente sur ce dispositif.
- L'étude de l'ensemble de ces notions aurait demandé un stage plus long. Chaque dispositif a des acteurs et des interlocuteurs différents.
- La focalisation sur le dispositif MAIA était pertinente car les libéraux sont les protagonistes de la PTA en construction. Pour la mise en place de celle-ci, des groupes de travail ont été créés avec notamment les libéraux et les pilotes MAIA afin de discuter de la collaboration entre les deux.

Après avoir été validé par l'ensemble des membres du COPIL, le sujet fut l'étude des MAIA en Bretagne.

Arriver sur son lieu de stage sans être certaine du sujet à traiter n'est pas simple. Mais, la mission a vite été éclaircie.

Le rôle des URPS est de représenter les professionnels libéraux. Elles sont l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et plus particulièrement de l'Agence régionale de santé. Les membres des URPS sont élus sur des listes électorales présentées par les syndicats. Les mandats sont de 5 ans.

Au sein d'une URPS, il y a donc un président, les élus (le nombre varie selon l'union), et pour certaines URPS un ou plusieurs chargés de missions.

Le fait que les URPS soient issues de syndicats est à double tranchant. C'est positif car il y a déjà une organisation et un investissement des élus. En effet, ceux-ci s'intéressent à beaucoup de sujet et maîtrisent très souvent l'organisation territoriale.

Toutefois, les URPS qui ont un rôle en santé publique, en représentativité ne doivent pas mélanger leurs missions et leurs actions avec celles des syndicats.

Un syndicat est une association de personnes qui défendent des intérêts professionnels communs. Les URPS ont plus un rôle de représentativité des libéraux. Elles participent aux projets de santé nationale afin de donner une vision libérale.

Les URPS sont récentes. Elles ont été constituées en 2010 avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires. Elles commencent depuis quelques années à avoir un certain poids. Elles sont reconnues en tant que représentants des professionnels.

- Les prises de décisions à l'URPS

Les URPS ont décidé de se réunir chaque mois en instance dite « COPIL inter-URPS » pour discuter des projets en cours et du fonctionnement des Unions. Le COPIL est composé des huit présidents élus, membres de droit, et des « invités » comme les chargés de mission ou certains vice-présidents. Seuls les membres de droit actent des décisions.

Prendre une décision c'est « choisir une solution en comparant plusieurs possibilités ». Pour Igor Ansoff, il y a trois types de décisions, les **décisions stratégiques** qui concernent les orientations générales de l'entreprise puis les **décisions tactiques** qui ont une implication à moyen terme et peuvent ne pas être prises par les dirigeants et enfin les **décisions opérationnelles** qui ont une portée limitée avec un risque limité.

Prendre des décisions pour une entreprise c'est commun, mais prendre une décision à plusieurs n'est pas chose facile. En effet, au COPIL inter-URPS, les membres décisionnaires sont huit et chaque décision prise doit être validée par l'ensemble. Les capacités de réflexion de plusieurs personnes sont supérieures à celles d'une seule, les résultats sont limités. En effet, la décision de groupe est « *considérée comme le moyen le mieux approprié à la prévention du phénomène de « résistance au changement »* qui

s'oppose aux initiatives fécondes »<sup>59</sup>. Il est plus complexe pour une personne de se montrer opposée face à un groupe. Ce manque de résistance amène peu de conflits mais ne permet pas de se trouver face à une résistance.

Pour le COPIL inter-URPS, prendre une décision en collectif demande l'accord de chaque URPS Or, chaque président d'union représente sa profession, son modèle et les valeurs de sa profession. S'opposer aux autres n'est pas quelque chose de courant mais des discussions sont entamées.

### **3) Les apports et les limites du stage**

- Connaissances et compétences

Lors du Master 2, j'ai pu avoir une première approche de la médecine libérale lors du cours de Monsieur Schweyer sur la « sociologie politique de la santé : réformes, organisation et professions de santé ». En effet, il avait démontré que l'on est passé à une médecine de ville où le médecin travaillait seul aux soins de premiers recours regroupant plusieurs professionnels. Ce fut la première fois que la notion d'intégration m'était présentée.

J'ai pu approfondir et comprendre ce principe lors de mon stage. Je différencie bien à présent l'intégration de la coordination et de l'orientation politique qui a été prise.

J'ai pu prendre connaissance du dispositif d'intégration MAIA et de son histoire. En effet, la MAIA n'est pas un dispositif que je comprenais dans la sphère de la santé. Mais le double regard que j'ai pu avoir lors de mon stage, la vision des libéraux et des pilotes MAIA, fut pour moi précieux. J'ai réalisé que les professionnels communiquent peu ou mal créant des tensions et du flou sur les compétences de chacun.

J'ai pu assister à des tables tactiques, à une table stratégique ou au séminaire sur le déploiement des MAIA organisées par l'ARS, ce qui m'a permis de voir le fonctionnement. J'ai rencontré également de nombreux professionnels que ce soit les acteurs de la MAIA (pilote, gestionnaires de cas), des professionnels libéraux mais aussi des professionnels du social et du médico-social ce qui a permis d'enrichir mon étude.

J'ai organisé seule le déroulé de ma mission et j'ai fait le choix avec l'accord de l'URPS, de me rendre à la rencontre des pilotes MAIA. J'ai pu y observer leur environnement de travail, leurs projets et leur équipe. Un échange téléphonique peut créer des freins et ne

---

<sup>59</sup> « La dynamique des groupes restreints » - D. Anzieu, J.Y. Martin – « la dynamique des groupes » - R.Mucchielli, Les processus de prise de décision, Moodle.insa-toulouse.fr.

pas permettre à la personne de se livrer. J'ai choisi de rencontrer la responsable du service Parcours de l'ARS, il me semblait important d'avoir la vision régionale des MAIA. J'ai pu également être identifiée à l'ARS afin d'être un contact privilégié au sein des URPS et mais aussi auprès des professionnels de santé libéraux.

J'ai également eu la chance d'échanger avec le Professeur Somme, pionné de l'intégration en France sur les MAIA. Celui-ci pense que l'évolution vers l'intégration était strictement nécessaire et que mettre en place des pratiques et des procédures communes à tous les professionnels est primordiales. Toutefois, il a conscience qu'une mauvaise communication a été faite sur le rôle des MAIA rebutant les professionnels de santé libéraux.

Ce stage a été l'occasion d'acquérir de nombreuses compétences.

J'ai été bien intégrée au sein des URPS. J'ai pu solliciter les chargées de mission en cas de besoin. De plus, j'ai participé aux réunions de travail entre chargés de missions. Ce qui m'a permis de découvrir de nombreux projets et dispositifs. Par exemple, j'ai découvert les différences entre les Equipes de soins primaires (ESP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Plateformes territoriales d'appui (PTA). J'ai également eu connaissances des projet Personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA) et PAPRICA.

J'ai participé à des facilitations sur la messagerie sécurisée. Celle-ci est obligatoire pour les professionnels de santé afin d'échanger des informations concernant un patient.

Une grande majorité des professionnels de santé communiquent par courrier, par fax ou par téléphone. Aujourd'hui, l'email permet de faciliter les échanges et de gagner du temps. Toutefois, beaucoup de professionnels échangent des données de santé via des messageries standards non sécurisées. Ce qui est problématique.

C'est pourquoi à travers les facilitations, les URPS tentent d'interpeler et de changer les pratiques. « *Le changement est un processus d'apprentissage collectif* » (Crozier et Friedberg). C'est d'autant plus vrai que pour envoyer un message avec la messagerie sécurisée, il faut également que le destinataire soit doté de la messagerie sécurisée. C'est pourquoi, il faut inciter l'ensemble des professionnels à instaurer dans sa pratique l'utilisation de la messagerie sécurisée.

L'idée de changement signifie le passage d'une situation à une autre. G.Bateson distingue deux types de changements dans les systèmes humains :

- Le changement intervenant à l'intérieur d'un système, ce qui lui permet de préserver son équilibre. Celui-ci est rendu possible grâce à des mesures correctives, des mesures d'adaptations permettent de préserver le système.
- Le changement qui affecte et modifie le système provoquant son évolution<sup>60</sup>.

Crozier estime que le changement doit être considéré comme un problème car il n'est pas naturel. L'accompagnement au changement doit être valorisé.

Grâce à cette participation à la vie de l'association j'ai pu apprécier le travail de chargé de mission d'une URPS. Ce poste est intéressant car il permet de participer à l'organisation du système de santé, d'avoir un contact avec les professionnels de santé libéraux et leurs interlocuteurs.

- **Les difficultés**

→ Les actions des URPS se font à l'échelle régionale – la région Bretagne.

N'étant pas de la région, la difficulté a été de connaître les spécificités de la Bretagne mais également son organisation. Lorsque l'on me parlait d'une ville, il fallait que je puisse la situer au niveau départemental, puis au niveau des territoires de santé et enfin du territoire de la MAIA. Ce schéma est complexe mais ça le fut encore plus par le fait que je ne sois pas originaire de la région.

→ Je n'ai pas eu de fiche de mission me permettant de cibler mon travail. Ce qui a posé des difficultés dans les premiers temps.

→ La culture libérale est forte et bien présente. Les libéraux sont des professionnels qui ont l'habitude de travailler seuls et pour eux. C'est pourquoi, l'organisation de l'URPS qui impose un salariat peut poser des difficultés.

→ J'ai travaillé pour le COPIL mais mon stage était financé par l'URPS Pharmaciens. L'URPS pharmacien n'avait jamais eu de stagiaire et n'a pas de service de ressources humaines, quelques questions organisationnelles ont dû être résolues.

---

<sup>60</sup> L'approche théorique du changement : [http://www.memoireonline.com/09/08/1531/m\\_la-problematique-du-changement-entre-concepts--realites2.html](http://www.memoireonline.com/09/08/1531/m_la-problematique-du-changement-entre-concepts--realites2.html)

→ L'une des difficultés avec la composition des URPS est que les présidents, qui sont un appui, sont peu présents sur les lieux. En effet, même avec leur mandat, ils continuent d'exercer et parfois les contacter peut-être difficile. Lors de mon stage, j'ai dû contacter plusieurs fois les présidents et ce fut compliqué.

→ Pour mon mémoire, j'ai eu des difficultés pour démarrer l'écriture. D'abord, je n'avais jamais écrit auparavant de mémoire, je ne savais pas comment procéder, comment organiser ma pensée et mes recherches.

De plus, je m'étais positionnée du côté du patient, sa prise en charge, ses besoins et ses attentes. Mais après en avoir discuté avec ma tutrice, je me suis réorientée vers les libéraux. Ce qui m'a permis d'avancer et de pouvoir avoir une ligne directrice.

- **Les compétences.**

Ce stage a été pour moi l'occasion d'acquérir de nombreuses compétences.

La réalisation de nombreux entretiens m'a permis d'utiliser les méthodes d'entretiens dispensées en cours (grille, recueil, analyse). M'y rendant seule, j'ai pu prendre de l'assurance au fur et à mesure de ceux-ci et m'adapter à l'interlocuteur en face de moi.

Grâce à ces multiples rencontres, j'ai pu me créer un réseau professionnel ce qui est positif pour la suite.

Mon stage m'a donnée beaucoup d'autonomie quant aux personnes à rencontrer ou à l'organisation de mon travail.

De manière plus général, mon stage m'a permis de développer une méthode de travail et une organisation. J'ai présenté avec ma tutrice de stage, le projet Personnes Âgées et Fragilités PAF) lors d'une table tactique. J'étais donc en face d'un public de trente personnes où je devais réussir à leur transmettre les objectifs du projet et savoir répondre à leurs questions.

Ce stage a confirmé mon intérêt pour la santé publique et pour le public des personnes âgées. Il m'a également fait apprécier le travail avec de multiples acteurs, la conduite de projets en groupe, et m'a fait découvrir des dispositifs et des expérimentations que je ne connaissais pas.

J'ai beaucoup aimé travailler au sein de l'URPS. L'équipe est jeune et la diversité des missions et des sujets traités est stimulante. Commencer ma vie professionnelle au sein d'une telle organisation ne me déplairait pas.

---

## Bibliographie

---

Bickel, Jean-François, et Myriam Girardin Keciour. « De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne. Changements et continuité des activités et du bien-être dans le grand âge », *Gérontologie et société*, vol. vol. 27 / 109, no. 2, 2004, pp. 63-82.

CROZIER M. & FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris

D. Anzieu, J.Y. Martin « La dynamique des groupes restreints » – groupes » - R. Mucchielli « la dynamique des, Les processus de prise de décision, Moodle.insa-toulouse.fr.

Jacques Richard, « Résilience et vulnérabilité. De l'ajustement des concepts en psychogérontologie », *Gérontologie et société* 2004/2 (vol. 27 / n° 109), p. 109-125.

L'approche théorique du changement : [http://www.memoireonline.com/09/08/1531/m\\_la-problematique-du-changement-entre-concepts--realites2.html](http://www.memoireonline.com/09/08/1531/m_la-problematique-du-changement-entre-concepts--realites2.html)

---

## Liste des annexes

---

<u>Annexe 1</u> : Liste des entretiens réalisés	P 3
<u>Annexe 2</u> : Grille d'entretien pilote MAIA	P 4
<u>Annexe 3</u> : Grille d'entretien rencontre ARS	P 5
<u>Annexe 4</u> : Grille d'entretien professeur Somme	P 6
<u>Annexe 5</u> : Questionnaire E1 destiné aux élus URPS	P 7
<u>Annexe 6</u> : Questionnaire E2 destiné aux professionnels de santé libéraux	P 13
<u>Annexe 7</u> : Schéma des critères de complexité pour la gestion de cas.	P 20
<u>Annexe 8</u> : Cahier des charges MAIA	P 21

## Annexe 1

<b>Nom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Date</b>	<b>Durée</b>
Aurélie LE CHANU	Pilote MAIA Pays de Rennes	14/03/17	1H45
Gisèle HUTEAU	Pilote MAIA Pays de Brocéliande	11/04/17	45 mins
Delphine GUILLEUX	Pilote MAIA Pays de Vitré – Porte de Bretagne	06/04/17	1H00
Isabelle CROUZEL	MAIA TS6	12/04/17	1H20
Patricia BOURHIS	Pilote MAIA Saint Briec/Lamballe Interim direction Gestion de cas Trégor-Goëlo/Guimgamp	12/05/17	1H00
Mélanie BELLEC	MAIA Pays de COB	04/05/17	45 mins
Sabine STEPHANNO	Pilote MAIA Est-Cornouaille	06/06/17	Ecrit + 20 mins
Marlène NICOLAS	Pilote MAIA Ouest-Cornouaille	19/05/17	Ecrit + 20 mins
Caroline BEATRIX	Pilote MAIA EAS Pontivy	17/05/17	1H15
Céline GIRARD	Pilote MAIA Vannes	7/06/17	
Mme RETO	Pilote MAIA en intérim EAS Ploërmel	12/06/17	25 mins
Isabelle GELEBART	Directrice Ajointe Parcours - ARS	14/04/17	45 mins
Dominique SOMME	Praticien hospitalier CHU Rennes / Professeur faculté de médecine/ Initiateur des MAIA	08/06/17	1H00
Sylvie BOCHEREL- BERNEUIL	Infirmière et mandatée par l'URPS Infirmiers	15/03/17	30 mins

## Annexe 2

### Grille d'entretien

#### *- L'existence de la MAIA de ...*

Vous êtes la pilote depuis quand ?  
En quoi consiste le rôle d'une pilote ?  
Il est le référent des gestionnaires de cas ?  
C'est un nouveau métier de coordination ?  
Qui est votre porteur ?  
Quel est le rôle du ou des porteurs ?

#### *- Définition de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*

Quel est son rôle ?  
Quelles sont les missions de la MAIA ?  
Elle participe à la politique pour garder les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile ?  
Comment s'est intégré la MAIA sur le territoire Breton  
C'est une adaptation au vieillissement de la population ?  
Combien y en a-t-il en Bretagne ? Y a-t-il eu des conflits de territoire ?  
Travaillez-vous parfois entre MAIA du territoire ?

#### *- Concernant le guichet intégré*

Comment fonctionne-t-il ?  
Quels sont les outils que vous utilisez pour celui-ci ?

#### *- L'intégration*

Pouvez-vous me parler de la notion d'intégration ?

#### *- La MAIA et les professionnels*

Comment travaillez-vous avec les professionnels de premier recours ?  
Le lien est-il facile ?  
L'orientation vers votre service est-elle systématique pour les professionnels ?  
Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer ?

#### *- Les MAIA et l'URPS*

Qu'attendent les MAIA des libéraux ?  
Que peuvent apporter les libéraux aux MAIA ?  
Il existe deux tables de concertation – pensez-vous que les libéraux doivent être présents à la table tactique ? à la table stratégique ?  
Certains territoires sont-ils à privilégier car peu d'élus qui doivent être partout ?  
La table stratégique réunit de plusieurs territoires ?

#### *- L'extension des MAIA au public handicapé plus largement*

Celle-ci est-elle une bonne chose ?  
L'organisation va être différente ?  
Il faudra plus de gestionnaire ?!  
Il y aura deux pilotes ou deux sections bien distinctes dans le dispositif MAIA ?

**GRILLE D'ENTRETIEN ARS**  
14 avril 2017

**→ L'historique de la Méthode MAIA**

- L'expérimentation
- L'intégration des MAIA sur le territoire breton.
- Y a-t-il des difficultés

**→ La Méthode MAIA**

- L'intégration
- Le but de l'organisation différente entre les 1<sup>ère</sup> et nouvelles MAIA
- L'objectif aujourd'hui de la méthode
- Quel est le travail mené avec le pilote
- Les outils du guichet intégré comment sont-ils développés
- Niveau stratégie

**→ La place des libéraux dans le dispositif**

- Quelles sont les attentes de l'ARS vis à vis des libéraux
- Les attentes et le rôle des URPS
- Comment les URPS peuvent s'impliquer plus dans le dispositif

**→ L'avenir des MAIA**

- Quels sont les objectifs à long terme de la MAIA.
- L'avenir avec les PTA, PAERPA...

**→ La journée déploiement MAIA du 5/04/17**

- Le bilan de la journée
- Les retours
- Implication de tous les libéraux. Réel intérêt.

- Parler de la table stratégique du 4 mai 2017 dans le Finistère (invitation)
- Invitation aux événements de l'ARS s'y réfèrent.

### **Grille d'entretien professeur SOMME**

- Pouvez me donner le contexte de la création des MAIA.
  - Pourquoi l'intégration a suscité un intérêt ?
  - Pourquoi l'acronyme MAIA ?
  
- Comment avez-vous eu un intérêt pour les MAIA ?
  
- Les MAIA répondent-elles aux attentes ?
  
- Que pensez-vous des différentes constructions des MAIA ?
  
- Le vocabulaire utilisé pour parler de la méthode MAIA n'est-il pas trop complexe ? Pourquoi ce choix ?
  
- Comment était pensé la place des libéraux à la création des MAIA ?
  
- Selon vous, pourquoi les libéraux sont réticents à participer à l'intégration ?
  - Pourquoi ne connaissent-ils pas la méthode MAIA ?
  
- Quel message faut-il leur faire passer ?

## Questionnaire sur la méthode MAIA

Ce questionnaire a une simple valeur informative; le but est de recueillir vos impressions et vos attentes concernant les MAIA. Vos réponses seront synthétisées dans une note sur l'articulation entre le dispositif MAIA et les URPS, et plus largement les professionnels de santé libéraux. En parallèle, un travail similaire est réalisé auprès des pilotes MAIA.

Par la suite, un guide sur "la Méthode MAIA expliquée aux professionnels de santé libéraux" incluant les réponses au questionnaire vous sera remis.

\*Obligatoire

### 1. Adresse e-mail \*

---

## Etude pour le COPIL Inter-URPS



### 2. 1. À quelle URPS appartenez-vous ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Biologistes libéraux
- Chirurgiens-Dentistes libéraux
- Infirmiers libéraux
- Masseurs-Kinésithérapeutes libéraux
- Médecins libéraux
- Orthophonistes libéraux
- Orthoptistes libéraux
- Pédiçures-Podologues libéraux
- Pharmaciens libéraux

**3. Sur quel territoire de santé êtes-vous? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Brest/Morlaix/Carhaix/Quimper/Douarnenez/Pont L'Abbé
- Lorient/Quimperlé
- Vannes/Ploërmel/Malestroit
- Rennes/Fougères/Vitré/Redon
- St-Malo/Dinan
- St-Brieuc/Guingamp/Lannion
- Pontivy/Loudeac

## **Le dispositif MAIA**

**4. 2. Savez-vous ce que veut dire le sigle MAIA ? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI
- NON

**5. Si OUI, précisez la signification.**

---

---

---

---

---

**6. 3. Selon vous, qu'est-ce que la Méthode MAIA? A quoi sert-elle? \***

---

---

---

---

---

**7. 4. Ce dispositif vous semble-t-il difficile à appréhender? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI
- NON

**8. Si OUI, pourquoi?**

---

*Passez à la question 8.*

## **La concertation**

**9. 5. Faites-vous la différence entre la table tactique et la table stratégique? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI
- NON

**10. Si OUI, laquelle:**

---

---

---

---

---

**11. 6. Avez-vous déjà participé à une table tactique de votre territoire? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI
- NON

**12. Si OUI, laquelle? :**

---

**13. Si OUI, en tant que:**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Elu URPS
- Professionnel de santé
- Les deux

**14. Si OUI, votre présence vous est-elle apparue pertinente? Pourquoi?**

---

---

---

---

---

**15. 7. Avez-vous des suggestions pour favoriser votre participation aux tables tactiques? \***

---

---

---

---

---

## **Le guichet intégré**

16. **8. Savez-vous ce qu'est le guichet intégré? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI  
 NON

17. **Si OUI, donnez-en la définition?**

---

---

---

---

---

18. **9. Connaissez-vous les outils du guichet intégré? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI  
 NON

19. **Si OUI, lesquels?**

---

## La gestion de cas (1)

20. **10. Savez-vous, ce qu'est la gestion de cas? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI  
 NON

21. **Si OUI, pouvez-vous l'expliquer en quelques mots?**

---

22. **11. Faites-vous la différence entre un gestionnaire de cas et un pilote MAIA? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI  
 NON

23. **Si OUI, précisez:**

---

---

---

---

---

## La gestion de cas (2)

*Plusieurs réponses sont possible.*

**24. 12. Qui peut, selon vous, solliciter la gestion de cas? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Un patient
- Un aidant
- Un médecin
- Les professionnels intervenant autour du patient
- Autre : \_\_\_\_\_

**25. 13. Dans quels cas pouvez-vous faire appel à la gestion de cas? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- Lorsqu'un besoin d'aide est ressenti dans la prise en charge d'un patient sans distinction d'âge ou de pathologie.
- Pour une personne âgée de plus 60 ans en perte d'autonomie fonctionnelle
- Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées
- Lorsque plusieurs critères sont réunis: environnement, santé, comportement...
- Autre : \_\_\_\_\_

### **La gestion de cas (3)**

**26. 14. Connaissez-vous la fiche d'orientation de gestion de cas? \***

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI
- NON

**27. Si OUI, comment avez-vous obtenu cette fiche d'orientation?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Vous l'aviez déjà
- Vous avez contacté la MAIA
- Vous avez sollicité un autre dispositif (CLIC, CCAS...), qui vous l'a transmise
- Autre : \_\_\_\_\_

**28. 15. Le délai de réponse était-il, selon vous, convenable? Précisez:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**29. 16. Si votre patient n'a pas été admis en gestion de cas, avez-vous été réorienté?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- OUI
- NON

30. Si OUI, vers quel service?

\_\_\_\_\_

## Les MAIA et...

31. Faites-vous la différence entre la MAIA et la PTA (Plateforme Territoriale d'Appui)? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

OUI

NON

32. Si OUI, laquelle?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Pour finir

33. Avez-vous des questions au sujet de la méthode MAIA ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. Laissez-nous vos coordonnées pour recevoir le guide MAIA et trouver les réponses aux questions posées.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

---

En cas de questions, vous pouvez contacter Camille Cousin à la maison des URPS (02.99.84.15.15)

## Questionnaire sur la méthode MAIA

Ce questionnaire a une simple valeur informative; le but est de recueillir vos impressions et vos attentes concernant les MAIA. Vos réponses seront synthétisées dans une note sur l'articulation entre le dispositif MAIA et les URPS, et plus largement les professionnels de santé libéraux. En parallèle, un travail similaire est réalisé auprès des pilotes MAIA.

### Adresse e-mail \*

Adresse e-mail valide

Ce formulaire collecte des adresses e-mail. [Modifier les paramètres](#)

### Pour le COPIL-Inter URPS



### Quelle est votre profession? \*

- Chirurgien-dentiste libéral
- Infirmier libéral
- Masseur-Kinésithérapeute libéral
- Médecin généraliste
- Orthophoniste libéral
- Pédiacre-podologue libéral

Dans quelle commune exercez-vous? \*

Réponse courte

Après la section 1 [Passer à la section suivante](#)

Rubrique 2 sur 7

## La coordination

C'est synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs de soins. Il s'agit de travailler ensemble.

Titre

Plusieurs réponses sont possibles.

Que pensez-vous de la coordination interprofessionnelle? \*

- Elle permet de gagner du temps
- Elle permet de passer le relais à d'autres professionnels
- Elle permet une meilleure prise en charge du patient
- Elle permet d'attirer de jeunes professionnels
- Elle prend beaucoup trop de temps
- Elle n'est pas facile à mettre en place
- Autre...

Quelle est la place de la coordination dans votre exercice quotidien? \*

- Importante
- Occasionnelle
- Inexistante

Connaissez-vous un ou des dispositif(s) de coordination gérontologique ? \*

- OUI
- NON

Si oui, précisez lequel/lesquels?

Réponse courte

Près la section 2 [Passer à la section suivante](#)

Rubrique 3 sur 7

25

## La méthode MAIA

MAIA = MÉTHODE D'ACTION POUR L'INTÉGRATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE.

Connaissez-vous la méthode MAIA? \*

- OUI
- NON

Ce dispositif est-il difficile à appréhender pour vous? \*

- OUI
- NON

Sur quel territoire MAIA êtes-vous? \*

- MAIA du Pays de Brest
- MAIA du Pays de Morlaix
- MAIA Ouest-Cornouaille

- MAIA Pays de Centre-Ouest Bretagne (COB)
- MAIA de Pontivy/Loudéac
- MAIA de Ploërmel / Auray
- MAIA de Vannes / Muzillac
- MAIA du Pays de Brocéliande
- MAIA du Pays de Rennes
- MAIA du Pays de Vitré
- MAIA de Saint-Malo/Dinan
- MAIA de Saint-Brieuc / Lamballe
- MAIA du Trégor-Goëlo / Guingamp
- Je ne sais pas
- A ma connaissance, il n'y a pas de MAIA sur mon territoire

Titre

Plusieurs réponses sont possibles.

**Comment connaissez-vous la MAIA de votre territoire? \***

- J'ai reçu un email m'informant de l'une de leur action
- Je participe à l'une de leurs instances
- J'ai été sollicité(e) par le service de gestion de cas
- Je ne connais pas la MAIA

Après la section 3 **Passer à la section suivante** 

Rubrique 4 sur 7 

## La gestion de cas

Camille COUSIN -

16

une coordination intensive des professionnels concernés.

Titre

Plusieurs réponses sont possibles.

**Qui peut, selon vous, solliciter la gestion de cas? \***

- Un patient
- Un aidant
- Un professionnel de santé
- Un professionnel du champ médico-social
- Un professionnel du champ social
- Je ne sais pas
- Autre...

Titre

Plusieurs réponses sont possibles.

**Quels sont, selon vous, les trois critères d'orientation en gestion de cas? \***

- Lorsque les aides et les soins en place sont insuffisants ou inadaptés
- Lorsqu'un besoin d'aide pour entamer les démarches d'entrée en institution est ressenti
- Lorsqu'il y a un problème d'autonomie et de santé
- Lorsque l'entourage est peu présent ou absent
- Je ne sais pas

Après la section 4 [Passer à la section suivante](#)

Rubrique 5 sur 7 

**Avez-vous déjà sollicité la gestion de cas ? \***

- OUI
- NON

**Si non, pourquoi?**

- Je ne sais ce que c'est
- Je n'en ai jamais eu besoin
- Je n'ai pas été satisfait lors d'une sollicitation précédente
- Autre...

**Si oui, le délai de réponse vous a-t-il paru convenable?**

- OUI
- NON

**Précisez ce délai?**

Réponse courte

---

**Si votre patient n'a pas été admis en gestion de cas, avez-vous été réorienté?**

- OUI
- NON

**Vers quel(le) autre service/structure?**

Réponse longue

---

## La communication

Plusieurs réponses sont possibles.

Il se peut que vous soyez contacté par les acteurs de la MAIA (pilote, gestionnaire de cas), par quels moyens préférez-vous être joint? \*

- Par téléphone
- Par Email
- Par une rencontre
- Par voie postale

Si le ou la pilote MAIA souhaite vous transmettre une information/un outil/un compte-rendu..., vous aimeriez le recevoir? \*

- Sur papier
- En version électronique
- Vous ne souhaitez pas en recevoir
- Autre...

Après la section 6 [Passer à la section suivante](#)

## Pour Terminer

Description (facultative)

Titre

En cas de questions, vous pouvez contacter Camille Cousin à la maison des URPS (02.99.84.15.15)

### MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

Vos réponses contribueront à la réalisation d'une brochure sur l'articulation entre le dispositif MAIA et les professionnels de santé libéraux. La brochure qui en résultera vous sera transmise ultérieurement.

## **ANNEXE 7 : Les critères de la complexité pour entrer en gestion de cas**

### **CRITERE 1 : Autonomie et état de santé ( Δ les 3 problèmes doivent être présents pour valider le critère 1)**

#### **Problème d'autonomie fonctionnelle**

- Difficultés dans la réalisation dans les actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, se vêtir, se laver, se transférer, aller aux toilettes, se déplacer)
- Difficultés dans les activités domestiques de la vie (faire ses courses, le ménage, le repas, la lessive, prendre ses médicaments, utiliser son téléphone, gérer son budget)
- Difficultés dans les activités sociales et/ou professionnelles

#### **ET problème relevant du champ médical**

- Dégradation de l'état général dans les 3 derniers mois (perte d'appétit, perte de poids, fatigue, hospitalisations répétées)
- Dégradation des fonctions cognitives (pertes de mémoire, désorientation temporo-spatiale)
- Symptômes physiques (risques de chutes, baisse sévère d'un des 5 sens, douleur, autre :.....)
- Absence de suivi médical
- Troubles du comportement (mise en danger, conduites à risques, agressivité, repli sur soi, désinhibition...)

#### **ET altération du processus décisionnel** quelle qu'en soit l'origine (individuelle, environnementale...) avec pour conséquences :

- Difficultés de gestion financière et/ou administrative
- Prise de décision non éclairée et incapacité à assumer la protection de soi
- Difficultés dans l'élaboration d'un projet de vie, d'expression de ses souhaits, aspirations et besoins

### **CRITERE 2 : Aides et soins à domicile (insuffisants ou inadaptés) et environnement**

- Aide et/ou soins insuffisants / inadaptés
- Refus de soins
- Habitat inadapté (accessibilité, insalubrité)

### **CRITERE 3 : Entourage**

- Absence de personne ressource, d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner les réponses aux besoins
- Problématiques compromettant le maintien à domicile (projet non partagé, déni, épuisement des professionnels, cohabitation difficile, conflits familiaux, absence de moyens de communications)
- Epuisement, hospitalisation ou décès récent de l'aidant principal

Ces trois critères doivent être réunis pour qu'une personne âgée puisse entrer en gestion de cas. C'est souvent à l'occasion d'un comité d'inclusion ouvert ou restreint (pilote, médecin, gestionnaires de cas) que les fiches sont étudiées.

## SOLIDARITÉS

### ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

NOR : SCSA1107470D

**Publics concernés :** institutions et professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire ; personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie ; aidants familiaux.

**Objet :** approbation du cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

**Entrée en vigueur :** le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

**Notice :** l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie coordonnent leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

En vertu du même article, les conditions de fonctionnement des MAIA doivent répondre à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.

Le présent décret approuve ce cahier des charges, qui est publié au Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité.

**Références :** le présent décret est pris pour l'application du II de l'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 et peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>). Le cahier des charges peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/publications-et-documentation>.

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 113-3 ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et personnes âgées en date du 7 mars 2011 ;

Vu l'avis de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 30 juin 2011 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse en date du 6 juillet 2011 ;

Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes en date du 7 juillet 2011 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 13 septembre 2011,

Décète :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le cahier des charges relatif aux conditions de fonctionnement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionné à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles est approuvé.

Il est publié au Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité et peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/publications-et-documentation>.

**Article 2**

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 29 septembre 2011.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :  
*La ministre des solidarités  
et de la cohésion sociale,*  
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,*  
XAVIER BERTRAND

## ANNEXE

CAHIER DES CHARGES NATIONAL DES DISPOSITIFS D'INTÉGRATION DITS « MAIA » (MAISONS POUR L'AUTONOMIE ET L'INTÉGRATION DES MALADES D'ALZHEIMER) APPROUVÉ PAR LE DÉCRET N° 2011-1210 DU 29 SEPTEMBRE 2011

Le présent cahier des charges national a pour objet de définir les dispositifs MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), dans le cadre de leur déploiement national, prévu à compter de 2011.

Il sera enrichi au regard de la montée en charge des MAIA et des travaux encore en cours au niveau national.

### La problématique générale

En France, le système de soins et d'aides auprès des personnes en perte d'autonomie se caractérise par des fragmentations multiples au niveau de l'organisation et du financement. Cela est vrai entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mais aussi entre le secteur hospitalier et le secteur des soins de ville, entre les services de court séjour et les soins de longue durée, entre privé, public et associatif, mais aussi entre niveaux décisionnels national, régional, départemental et communal.

Les dispositifs MAIA visent à créer un partenariat coresponsable (1) de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins.

Une expérimentation a été menée pendant deux ans sur 17 sites en France.

### Les expérimentations menées en 2009-2010 dans le cadre de la mesure 4 du plan Alzheimer

Initialement présentées comme des « maisons » dans la mesure 4 du plan national Alzheimer 2008-2012, ces expérimentations développent un processus d'« intégration » (2) qui permet de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des personnes qui vivent à domicile.

Au travers des « MAIA », où le mot *maison* renvoie à la « proximité », l'objectif est de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Cette nouvelle organisation vise à simplifier les parcours, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et à améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

De nombreuses expériences antérieures ont été conduites autour de la coordination. Le dispositif MAIA (3) ne remplace pas les structures déjà en place. En revanche, il repère la structure la mieux placée pour mettre en œuvre l'intégration. La légitimité de cette structure, appelée « porteur », s'appuie sur les fonctions d'accueil, d'orientation et de coordination qu'elle exerce déjà.

Le processus d'intégration MAIA nécessite une articulation entre le secteur sanitaire, le secteur social et le secteur médico-social. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) confère aux ARS une mission de déclouonnement. À ce titre, elles ont un rôle central dans la généralisation du dispositif MAIA, aux côtés des conseils généraux.

### La généralisation des MAIA

Sur la base des expérimentations, la généralisation des MAIA a été décidée en septembre 2010 et elle débutera dès 2011 avec quarante nouveaux projets. Elle prévoit cent autres dispositifs pour l'année 2012.

Cette généralisation aboutira à un maillage de l'ensemble du territoire national.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a donné une base légale au dispositif MAIA :

- l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles est consacré aux MAIA ;
- l'article L. 14-10-5 du même code prévoit leur financement par le budget de la CNSA (section I) ;
- l'article L. 1431-2 du code de la santé publique relatif aux missions et compétences des ARS est complété par une disposition prévoyant que les ARS attribuent les financements aux MAIA et s'assurent du respect du cahier des charges.

Au regard de ces dispositions légales, les MAIA ne sont pas une nouvelle catégorie d'établissements ou de services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Elles ne relèvent donc pas du régime des autorisations prévu à l'article L. 313-1 du code précité. Afin de permettre la généralisation de ces dispositifs, leur déploiement relèvera d'une procédure d'appel à candidatures.

(1) Voir annexe I. – Glossaire.

(2) Voir annexe I. – Glossaire.

(3) Voir annexe I. – Glossaire.

Les dispositifs MAIA ne se superposent pas aux structures de coordination déjà existantes. Néanmoins, elles s'appuient sur ces structures afin de les faire évoluer vers un mode d'organisation dit « intégré ». L'intégration commence par la création d'un partenariat coresponsable (1) et formalisé sur les trois champs : sanitaire, social et médico-social. Les expérimentations MAIA ont inscrit dans le paysage de la santé, entendu au sens large, de nouveaux espaces collaboratifs : « les tables de concertation » (2). La concertation contribue au décloisonnement des différents secteurs de notre système de soins et d'aides. Les expérimentations MAIA ont montré le rôle prépondérant du pilote MAIA dans la construction de l'intégration. L'intégration s'appuie sur la concertation pour construire un guichet intégré de réponses aux usagers (les « guichets intégrés MAIA »).

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

Les MAIA nécessitent de nouvelles modalités d'organisation et de travail des professionnels sur un territoire. Ces nouvelles modalités sont définies au paragraphe 3 du présent cahier des charges.

---

(1) Voir annexe I. – Glossaire.

(2) Voir annexe I. – Glossaire.

## SOMMAIRE

### 1. Le concept des dispositifs intégrés

- 1.1. *L'intégration des services de soins et d'aides est une dynamique internationale, c'est la signification du I de MAIA*
- 1.2. *Les implications d'une organisation intégrée dans le contexte français : les objectifs généraux pour les porteurs*
- 1.3. *Le périmètre des dispositifs MAIA*
  - 3.1.1. La composition
  - 1.3.1. La population ciblée par les MAIA
  - 1.3.2. Le territoire
  - 1.3.3. Le porteur du projet MAIA

### 2. Le pilotage du dispositif

- 2.1. *Le pilotage national*
- 2.2. *Le pilotage régional par les agences régionales de santé*
- 2.3. *Le pilotage local MAIA*

### 3. Les MAIA : un dispositif d'intégration des services de soins et d'aides qui se développe selon six axes

- 3.1. *La concertation*
  - 3.1.1. La composition des tables de concertation
  - 3.1.2. Le rôle de chaque table de concertation
- 3.2. *Le guichet intégré MAIA pour la réponse aux usagers*
- 3.3. *La gestion de cas*
- 3.4. *L'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas*
- 3.5. *Le plan de services individualisé*
- 3.6. *Un système d'information partagé*

### 4. Les étapes du processus

- 4.1. *L'implantation de la concertation et le lancement du guichet intégré*
- 4.2. *La gestion de cas*
- 4.3. *La certification : le label qualité MAIA*

Annexes :

- Annexe I. – Glossaire.  
Annexe II. – Références bibliographiques.  
Annexe III. – Profil du pilote MAIA.  
Annexe IV. – Profil de poste : gestionnaire de cas.  
Annexe V. – Caractéristiques des territoires MAIA.

### 1. Le concept des dispositifs intégrés

- 1.1. *L'intégration des services de soins et d'aides est une dynamique internationale (1), c'est la signification du I de MAIA*

L'intégration a reçu en Europe la définition suivante projet CARMEN (2) ; il s'agit d'un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, favorisant la coordination, la coopération puis la coresponsabilisation (3).

(1) Annexe II. – Références bibliographiques.

(2) Vaarama, M. et Pieper R., *Managing Integrated Care for Older People. European Perspectives and Good Practices*, Vaajakoski, Finlande : STAKES, EHMA (eds) ; 2006.

(3) Voir annexe I. – Glossaire.

Il s'agit de promouvoir un parcours individuel qui soit à la fois continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situation dans le respect de l'autonomie des personnes, avec un accompagnement personnalisé.

Les experts internationaux considèrent que l'intégration vise à introduire de nouveaux modes de coopération entre les professionnels et les personnes malades, entre la santé et le social, entre « prévention » et « intervention », entre hôpital et soins de ville (1).

Les MAIA s'inscrivent donc dans ce contexte international, européen et français de déploiement de l'intégration.

### 1.2. *Les implications d'une organisation intégrée dans le contexte français : les objectifs généraux pour les porteurs*

Les MAIA sont des dispositifs de proximité organisés pour simplifier le parcours des personnes et de leurs aidants sur un territoire donné.

Ces dispositifs doivent proposer :

- une réponse harmonisée quelle que soit la structure à laquelle la personne s'adresse dans le périmètre intégré des partenaires MAIA ;
- une réponse complète, puisque le dispositif MAIA prend en compte toutes les prestations et tous les services disponibles du territoire ;
- une réponse adaptée aux besoins de la personne : accueil, information, orientation, mise en place de soins, de services ou de prestations ;
- pour les personnes en situation complexe, les MAIA proposent un accompagnement rapproché et individualisé par un « gestionnaire de cas » (2) afin d'assurer la meilleure accessibilité et la meilleure continuité possible dans l'articulation des différentes interventions. Ce travail se concrétise dans la planification partagée des réponses nécessaires au maintien à domicile des personnes suivies.

Dans les MAIA, les différents partenaires se coordonnent, définissent ensemble leurs règles de fonctionnement et des outils communs. L'ensemble des partenaires légitime les gestionnaires de cas et valide les outils dont ils disposent.

Le dispositif MAIA modifie les pratiques professionnelles de l'ensemble des partenaires et entraîne l'acquisition de compétences supplémentaires, mais induit aussi des changements d'organisation avec de nouveaux modes de relation entre les services.

Le processus MAIA comporte six axes de travail (qui sont précisés au paragraphe 3) sur lesquels le pilote MAIA et le porteur s'appuient pour développer l'intégration.

### 1.3. *Le périmètre des dispositifs MAIA*

#### 1.3.1. La population ciblée par les MAIA

La population ciblée par les MAIA est celle des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Plus largement, toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sont concernées par ce dispositif.

Dans cette population, les situations dites « complexes » (3) sont orientées vers la gestion de cas. La population concernée par le dispositif MAIA est donc nécessairement plus large que celle concernée par la gestion de cas. Ainsi, le dispositif MAIA ne se réduit pas à la gestion de cas.

#### 1.3.2. Le territoire

Un dispositif MAIA se développe sur un territoire défini et compatible avec le projet régional de santé (PRS) et ses composantes, et avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

Les ARS ont défini des territoires de santé. Les territoires des MAIA en respectent les contours afin d'assurer la cohérence des actions de proximité. Les dispositifs MAIA intègrent les nouvelles ressources développées dans le cadre du plan national Alzheimer (équipes spécialisées Alzheimer à domicile, plates-formes d'accompagnement et de répit, unités cognitivo-comportementales, pôles d'activités et de soins adaptés, unités d'hébergement renforcé, etc.). Ces structures ont vocation à renforcer et à diversifier les solutions mobilisables par les gestionnaires de cas.

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

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

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

(1) Schrijvers, Julius Center, University Medical Center Utrecht. Tampere, Finlande, INIC 10.

(2) Voir annexe I. – Glossaire, définition de la gestion de cas.

(3) Voir annexe I. – Glossaire.

### 1.3.3. Le porteur du projet MAIA

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

Les porteurs d'un dispositif MAIA doivent faire état d'un partenariat formalisé au minimum par un courrier d'engagement des acteurs sanitaires (réseaux de santé, établissements de santé, etc.), médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, accueils temporaires, CLIC, etc.) et sociaux (services sociaux et équipes APA du conseil général), ou constitués en groupement (GCSMS ou GCS).

## 2. Le pilotage du dispositif

### 2.1. Le pilotage national

Une équipe projet nationale située à la CNSA accompagnera le déploiement des nouveaux dispositifs MAIA. L'équipe projet qui a mené les expérimentations sera en appui technique et méthodologique auprès des ARS à toutes les étapes de l'appel à candidatures ainsi que pour la formation des pilotes MAIA.

### 2.2. Le pilotage régional par les agences régionales de santé

L'agence régionale de santé est chargée du développement des dispositifs intégrés MAIA dans sa région. Les conseils généraux sont des acteurs incontournables pour les dispositifs intégrés, et leur présence est essentielle. Par conséquent, ils doivent être associés au processus de sélection des porteurs.

Le développement des dispositifs MAIA se fait par appels à candidatures organisés par l'ARS.

Les quinze sites expérimentaux MAIA, validés fin 2010 au niveau national, ne sont pas concernés par ces appels à candidatures. Ils devront conventionner directement avec l'ARS concernée, au plus tard début 2012, afin d'entrer dans le régime de droit commun.

L'ARS organise l'appel à candidatures. Elle met en place une commission régionale consultative pour la sélection des candidatures qui associe tous les conseils généraux de la région. Le directeur général de l'ARS décide du (des) porteur(s) retenu(s).

L'ARS passe convention avec le porteur sélectionné à l'issue de la procédure d'appel à candidatures. Cette convention définit les engagements mutuels des parties, et notamment le montant des financements alloués au porteur pour développer un dispositif MAIA ainsi que les modalités de suivi du dispositif par l'ARS.

Le porteur transmet annuellement un rapport d'activité à l'ARS, qui comprend notamment les caractéristiques du territoire MAIA (1) ainsi que les indicateurs demandés par l'ARS. Ces données sont ensuite transmises par chaque ARS à l'équipe projet nationale.

Le rapport d'activité type est en cours de finalisation, il sera communiqué ultérieurement.

L'ARS participe au financement du budget de fonctionnement du dispositif MAIA. Les crédits sont attribués au regard d'un budget prévisionnel transmis par le porteur. Ces crédits couvrent les charges suivantes : le poste de pilote, les postes de gestionnaire de cas et les moyens nécessaires au fonctionnement du dispositif (les frais de formation du pilote et des gestionnaires de cas, leurs frais de déplacement, les dépenses liées à leur équipement informatique, les licences et les droits d'utilisation des outils et des systèmes d'information et les dépenses liées à la labellisation du dispositif MAIA).

Les postes de gestionnaire de cas sont attribués par l'ARS après analyse des besoins et des ressources mobilisables par le porteur. L'ARS finance deux ou trois postes de gestionnaire de cas par dispositif. Au-delà de ces postes dédiés et financés par l'ARS, le dispositif peut bénéficier de gestionnaires de cas supplémentaires, financés ou mis à disposition par d'autres partenaires.

Le financement par l'ARS n'est donc pas exclusif, et l'objectif du dispositif MAIA doit conduire le porteur à rechercher des cofinancements.

L'ARS est un appui indispensable aux pilotes pour la mise en œuvre de l'intégration, et en particulier dans l'organisation de la concertation stratégique.

### 2.3. Le pilotage local MAIA

Les expérimentations MAIA ont montré la nécessité du poste de pilote, entièrement dédié à la mise en œuvre du dispositif. C'est un emploi à temps plein.

Le porteur fait valider par l'ARS le choix du pilote MAIA. Les compétences et les aptitudes recherchées pour ce poste et ses fonctions sont détaillées dans l'annexe III.

(1) Voir annexe V. – Caractéristiques des territoires MAIA. Ce document n'est pas exhaustif et peut être complété par l'ARS.

Le pilote local a pour mission de travailler à l'intégration des services de soins et d'aides sur le territoire MAIA. Pour cela, il établit au préalable un diagnostic organisationnel approfondi des ressources du territoire, régulièrement actualisé (1).

Il anime la « table de concertation stratégique » (2) en lien avec le représentant de l'ARS, qui renforce sa légitimité. Il transmet des données permettant d'ajuster l'offre sur le territoire, il rend compte de son action collectivement aux partenaires engagés dans le dispositif MAIA, et spécifiquement à l'ARS selon un rythme prédéfini.

L'activité des gestionnaires de cas, les données de parcours des personnes issues du guichet intégré (3) et les échanges en « table tactique » (4) peuvent révéler des lacunes dans l'offre ou dans son organisation, qui, après analyse, sont remontées en table de concertation stratégique par le pilote.

Le pilote assure l'articulation des informations et des décisions entre la table stratégique, la table tactique et les gestionnaires de cas. Un lien fonctionnel existe entre le pilote et les gestionnaires de cas.

Sur la base de la méthodologie définie, le pilote impulse le développement d'un dispositif intégré. Il construit et anime localement l'espace de concertation tactique, en vue du développement de l'intégration des services sur un territoire. Il doit tout mettre en œuvre pour obtenir la présence des organismes et des ressources, à un niveau décisionnel, aux tables de concertation tactique.

S'appuyant sur les outils méthodologiques MAIA (les six axes développés au paragraphe 3), il impulse également la création d'un guichet intégré du territoire associant tous les acteurs identifiés.

### **3. Les MAIA : un dispositif d'intégration des services de soins et d'aides qui se développe selon six axes**

L'intégration dans les dispositifs MAIA se développe selon une méthode d'implantation éprouvée lors des expérimentations MAIA et donc retenue dans la phase de déploiement nationale.

L'intégration se construit selon six axes qui visent à relier les champs sanitaire, social, médico-social, quel que soit le statut des structures ou des intervenants, public, privé, institutionnel, libéral :

1. La concertation.
2. Le guichet intégré.
3. La gestion de cas.
4. L'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle, standardisé.
5. Le plan de services individualisé.
6. Un système d'information partagé.

#### *3.1. La concertation*

La concertation a pour objet d'inscrire dans le territoire concerné par le dispositif MAIA des espaces collaboratifs construits de façon particulière. Ce ne sont pas des comités de pilotage ou des groupes de travail. Afin de marquer cette différence, ils sont nommés « tables de concertation ».

La concertation pourra s'appuyer sur un comité existant si sa composition et la représentation le permettent. La concertation est par conséquent un partenariat formalisé de « tables », fondée sur la coresponsabilité des acteurs.

La coresponsabilité est formalisée dans les comptes rendus des tables de concertation ; elle peut également être formalisée dans une convention ou par la constitution d'un groupement de coopération.

#### **3.1.1. La composition des tables de concertation**

La concertation se décline à deux niveaux :

- la table stratégique se compose des décideurs et des financeurs. Il est possible de s'appuyer sur un comité préexistant et de le faire évoluer pour lui faire prendre une dimension stratégique. La table de concertation stratégique comprend le directeur général de l'ARS ou son représentant mandaté, le représentant du (des) conseil(s) général (général) concerné(s), les représentants des caisses de retraite, les représentants des professionnels de santé libéraux, les représentants des associations d'usagers et toute autre représentation utile de niveau stratégique. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, etc.) ; il s'agit d'un élément déterminant de la coresponsabilité. Le pilote, avec l'appui de l'ARS, constitue la table de concertation stratégique. Dans l'avenir, avec le développement des MAIA, afin de ne pas multiplier les tables, la table stratégique pourra être commune à plusieurs dispositifs MAIA ;
- la table tactique se compose des responsables et des directeurs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux qui accompagnent ou prennent en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies appa-

(1) Voir annexe V. – Caractéristiques des territoires MAIA. Ces données constituent seulement un des éléments du diagnostic organisationnel.

(2) Voir annexe I. – Glossaire, et paragraphe 3.1.

(3) Voir annexe I. – Glossaire.

(4) Voir annexe I. – Glossaire, et paragraphe 3.1.

rentées et les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sur le territoire concerné. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, etc.), c'est un élément déterminant de la coresponsabilité.

La différenciation explicite des représentants à ces deux niveaux est gage de réussite et permet ainsi une réelle coresponsabilité des acteurs.

### 3.1.2. Le rôle de chaque table de concertation

Au niveau stratégique, le retour d'informations et son analyse permettent d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire, ce qui renforce la cohérence de l'offre de soins et médico-sociale, conformément aux demandes exprimées par la table tactique. La table stratégique assure le suivi de l'avancement du processus d'intégration : montée en charge globale du dispositif, changement des pratiques professionnelles, etc.

Au niveau tactique s'effectuent la mise en œuvre et l'analyse du service rendu. La table peut alors ajuster l'offre et/ou interpeller la table de concertation stratégique. Ce niveau a pour mission d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la lisibilité du système de soins et d'aides.

Les différents niveaux de concertation structurent l'organisation des acteurs.

La concertation aura pour corollaire de diminuer les redondances dans les évaluations des besoins des personnes, par exemple par la réalisation de passerelles institutionnelles entre les différents organismes effectuant des évaluations (évaluation par les équipes médico-sociales de l'APA, les caisses d'assurance vieillesse, les services hospitaliers, les réseaux, etc.)

Ces différents niveaux de concertation constituent un point essentiel dans la construction des dispositifs MAIA. Leur inscription dans le temps et sur le territoire est un gage de pérennité du processus.

Le pilote joue un rôle central. Il anime la concertation tactique, participe à l'animation de la table de concertation stratégique et s'assure de l'articulation des sujets traités. Il utilise, en outre, l'interaction des tables pour faire progresser les six axes de travail.

### 3.2. Le guichet intégré MAIA pour la réponse aux usagers

Le guichet intégré, parfois appelé « guichet unique », constitue l'accès de proximité (quelle que soit la structure) à l'accueil et à l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée. C'est un ensemble coordonné des lieux d'information, d'analyse et d'orientation, qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants en évitant les réponses fragmentées.

C'est donc un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires (par exemple établissement de santé, réseau de santé), sociaux (par exemple centre communal d'action sociale) et médico-sociaux (par exemple CLIC, SSIAD, équipes APA).

Le guichet intégré n'est donc pas un lieu unique qui regroupe les moyens d'allouer des ressources et de mobiliser les prestataires. Ce n'est pas une plate-forme de services. C'est un processus commun aux différentes structures du territoire pour l'analyse, l'orientation et le suivi des situations prises en compte.

Lors du diagnostic local, le périmètre du guichet intégré est défini ainsi que ses membres.

Le guichet intégré ne peut se mettre en place qu'après un travail préalable d'élaboration d'outils spécifiques et de procédures communes :

- annuaire partagé ;
- référentiel des missions différenciées existant sur le territoire ;
- critères d'inclusion dans les services du territoire facilitant l'orientation ;
- outil multidimensionnel d'analyse des situations.

Ce travail est réalisé par le pilote du dispositif MAIA en concertation avec tous les partenaires du territoire et en reprenant les documents existants ou les travaux qui ont pu déjà être engagés.

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

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

### 3.3. La gestion de cas

Les associations de malades et les associations d'usagers, qui ont depuis longtemps pointé la fragmentation du système, sollicitent l'émergence de référents. Les mesures 4 et 5 du plan national Alzheimer ont pour objet l'expérimentation puis le déploiement de MAIA et de professionnels dotés de nouvelles compétences pour le suivi individuel et intensif des personnes. Les personnes ayant des pathologies cognitives sont particulièrement sensibles à la fragmentation du système, plus particulièrement entre les champs sanitaire, médico-social et social. Ces populations dont les diverses problématiques touchent tous les champs du système sont qualifiées de « situations complexes ».

C'est ainsi que la fonction de gestionnaire de cas (1) est apparue comme une solution possible au suivi sur le long cours des personnes en situation complexe avec une réponse flexible et continue, adaptée à l'évolution des besoins. Le gestionnaire de cas assure la continuité de l'intervention informationnelle et relationnelle, il prend en compte l'ensemble de la problématique de la personne et de son entourage.

Le gestionnaire de cas intervient à la suite d'un processus de repérage des situations complexes par le guichet intégré.

Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels. Il est formé pour intervenir sur les situations complexes dont il est le référent.

L'analyse des données issues de l'expérimentation fait apparaître que ces profils cumulent des « alertes » sur leur état de santé (impliquant des besoins sanitaires ponctuels, intermittents ou sur le long cours), sur des problématiques d'aide et d'accompagnement (alimentation, nutrition, etc.), de relations familiales et de sécurité individuelle et environnementale. La complexité n'est jamais le fait d'une seule problématique prise isolément.

Dans l'attente d'une définition validée au niveau national, les cas complexes sont définis en table de concertation tactique et validés en table de concertation stratégique.

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

La gestion de cas mise en œuvre dans les MAIA ne se conçoit que sur un dispositif intégré ou en cours d'intégration pour en compléter le processus (2). Elle est légitimée par les concertations tactique et stratégique comme appui au processus d'intégration. Les gestionnaires de cas mobilisent les ressources pour une prise en charge globale des personnes mais ne se substituent pas aux professionnels en charge de la situation.

Le dispositif MAIA doit disposer d'au moins deux personnes en équivalent temps plein (ETP) de gestionnaires de cas entièrement dédiés, en privilégiant l'interdisciplinarité.

Les gestionnaires de cas sont titulaires du diplôme universitaire de gestionnaire de cas. Ils sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du pilote.

Le pilote collige les données recueillies dans l'exercice de leurs fonctions. Ces données concernent la population suivie, les statistiques d'activité, l'analyse du service rendu. Elles sont analysées et diffusées en tables de concertation par le pilote.

Pour toutes les personnes repérées, le gestionnaire de cas :

- réalise à domicile une évaluation multidimensionnelle à l'aide d'un outil validé (3) afin de mesurer l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Cette évaluation confirme ou infirme le recours à la gestion de cas ;
- fait le lien avec les professionnels déjà en charge de la situation ;
- planifie les services nécessaires à l'aide d'un plan de services individualisé ;
- fait les démarches pour l'accès de la personne à ces services ou à ces aides financières ;
- assure un suivi de la réalisation des services planifiés ;
- organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués ;
- assure une révision périodique du plan de services individualisé ;
- est le référent pour la personne en perte d'autonomie fonctionnelle ;
- recueille un document stipulant que la personne a donné son accord pour l'échange d'informations la concernant.

Dans son travail de coordination des actions autour de la personne, il s'appuie sur plusieurs outils : un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé, un plan de services individualisé (4) et un système d'échange d'informations.

#### 3.4. *L'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas*

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

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

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

(1) Voir annexe IV. – Profil de poste du gestionnaire de cas.

(2) Challis, P., *Intensive model case management*, selon séminaire case management 8 et 9 mars 2010, Essonne.

(3) Voir annexe I. – Glossaire.

(4) Voir annexe I. – Glossaire.

– articulé avec la grille AGGIR, instrument d'éligibilité à la prestation APA.

Concomitamment à la montée en charge du dispositif, le choix de l'outil utilisé devra être déterminé (1) en cohérence avec l'élaboration d'un système d'information partagé.

### 3.5. Le plan de services individualisé

L'intervention auprès de personnes en situation complexe se caractérise par la multiplicité des intervenants à un moment donné ou dans le temps.

Le plan de services individualisé découle de l'évaluation des besoins. C'est un outil du gestionnaire de cas, qui cherche à rendre cohérent l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne. Ce plan n'a pas pour but de prescrire l'intervention des uns ou des autres mais d'articuler les différentes interventions et les différents plans existants, tout en s'assurant que les désirs de la personne et ses préférences sont pris en compte.

C'est un outil au service de la mise en œuvre de l'interdisciplinarité nécessaire au suivi de ces populations.

Par ailleurs, il est nécessaire que cet outil fasse état de l'écart entre la situation réelle et la situation souhaitée.

Il n'existe pas en France d'outils actuellement développés dans cette optique. La phase expérimentale des MAIA a permis la mise en œuvre d'un outil de planification des services individualisés qui rencontre un intérêt de la part des gestionnaires de cas et des pilotes. Il est essentiel que les sites utilisent le même outil ou un outil basé sur la même logique, l'objectif étant à terme de l'intégrer dans le système d'information.

### 3.6. Un système d'information partagé

Des informations caractérisant la population, les parcours et le service rendu, agrégées et anonymisées, sont recueillies. Elles proviennent à la fois du guichet intégré et du travail des gestionnaires de cas.

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

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

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

## 4. Les étapes du processus

Le processus se déroule en deux temps. Le premier temps est une phase débutant le travail d'intégration, le second concerne la gestion de cas.

### 4.1. L'implantation de la concertation et le lancement du guichet intégré

Les étapes sont ainsi résumées, en sachant que des variations sont inévitables et que le processus d'intégration s'étale dans le temps. C'est un phénomène dynamique qui doit être entretenu.

Le porteur retenu devra procéder au recrutement d'un pilote local MAIA dans les plus brefs délais. Le pilote débute alors le travail d'intégration en commençant par :

- faire un diagnostic territorial approfondi des ressources, des outils et des prestations ;
- formaliser la concertation avec l'ARS pour la table de concertation stratégique et construire la table de concertation tactique ;
- construire le guichet intégré MAIA ;
- mettre en place le partage des procédures et des outils du guichet intégré.

### 4.2. La gestion de cas

Il est nécessaire d'avoir construit le partenariat, mis en place la concertation à ces deux niveaux et lancé les bases du guichet intégré pour amorcer la gestion de cas.

Afin de ne pas assimiler l'intégration à la seule composante gestion de cas, les procédures d'orientation devront être définies ; les critères d'éligibilité à la gestion de cas faciliteront ce travail.

Cette étape comprend la mise en place d'un service de gestion de cas et le recrutement des gestionnaires de cas. Pour exercer leurs missions, ils doivent disposer d'outils : outil d'évaluation multidimensionnelle et plan de services individualisé, notamment.

(1) Projet POEM – Étude de la pertinence des outils d'évaluation multidimensionnelle dans le cadre du plan national Alzheimer – comité scientifique réuni par le Dr Somme – Fondation nationale de gérontologie – décembre 2010.

#### 4.3. La certification : le label qualité MAIA

Dès l'installation d'un dispositif intégré MAIA, l'obtention du label qualité MAIA sera envisagée. Le processus de labellisation des dispositifs MAIA fera l'objet de développements ultérieurs.

Toutefois, le positionnement dans un processus d'obtention du label débute dès la prise de fonctions du pilote.

La première période de ce processus s'étend sur dix-huit mois et s'achève par la validation ou non de la poursuite du processus d'intégration. L'ARS procède à cette validation en fonction des données remontées régulièrement par le pilote et le porteur, d'une part, et par une expertise sur site, d'autre part. Les modalités concrètes de cette étape de validation seront précisées.

Différents niveaux de décision peuvent être pris par l'ARS :

- décision de non-validation, qui entraîne l'arrêt du financement ;
- décision de validation avec réserves qui alerte le porteur sur des difficultés et des dysfonctionnements à corriger, le financement restant accordé pour les dix-huit mois suivants ;
- décision de validation avec recommandations permettant d'atteindre l'objectif de labellisation dans les dix-huit mois suivants.

La seconde période s'étend de dix-huit à trente-six mois et donne lieu à un processus qui débouche sur l'obtention d'un label qualité en mode certification.

À l'issue de ce processus, le label qualité MAIA est délivré à l'ensemble des partenaires du dispositif.

L'intégration n'est pas spontanée, car elle aboutit notamment à de nouveaux modes d'organisation des professionnels. C'est aussi un processus qui nécessite du temps et le respect d'une démarche spécifique, décrite dans ce cahier des charges.

Face au défi du vieillissement démographique, les dispositifs intégrés MAIA sont un des instruments permettant d'optimiser les ressources en services d'aides et de soins et de favoriser la fluidité et la simplification des parcours des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle.

## ANNEXE I

### GLOSSAIRE

Les dispositifs intégrés MAIA s'appuient sur des expériences françaises et étrangères et sur une expérimentation menée dans le cadre du plan national Alzheimer depuis 2009.

Dans ce cadre, un vocabulaire spécifique a été utilisé et est repris dans le présent cahier des charges. Ce lexique est proposé afin d'en faciliter l'appropriation.

#### **Intégration**

L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système, qui se traduit par une discontinuité du service rendu, par l'existence de doublons ou de réponses redondantes. Elle conduit à un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle favorisant la coordination, la coopération et la coresponsabilisation des acteurs.

#### **Dispositifs intégrés MAIA**

Les dispositifs intégrés MAIA constituent des réseaux intégrés des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans le cadre d'un processus d'intégration.

#### **Coresponsabilité**

La coresponsabilité est une notion qui s'entend par le fait que tous les acteurs participant au maintien à domicile de la population ciblée sont responsables collectivement du service rendu. Ils s'efforcent de construire une offre accessible, diversifiée, flexible, adaptée aux besoins de la population et distribuée avec équité.

L'atteinte de cet objectif dans le fonctionnement des tables de concertation constitue une étape importante dans le processus d'intégration.

Elle est formalisée par l'inscription des décisions prises dans les comptes rendus des tables de concertation. Elle peut être également formalisée dans des conventions ou par la constitution de groupements de coopération.

#### **Tables de concertation**

Les tables de concertation ou comités de concertation correspondent à une liste prédéfinie de membres. Ces espaces collaboratifs réunissent des acteurs identifiés qui sont représentés par les personnes ayant reçu une délégation formalisée. La table de concertation est réunie sur la base d'un ordre du jour. Les décisions et les échanges sont actés dans un compte rendu écrit. Une table de concertation peut être tactique ou stratégique selon qu'elle met en jeu la coresponsabilité des responsables de service (tactique) ou des décideurs et financeurs (stratégique).

#### **Guichet intégré**

Le guichet intégré est un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires (par exemple établissements de santé, réseaux de santé), sociaux (par exemple maisons des solidarités, centres communaux d'action sociale) et médico-sociaux (par exemple CLIC, SSIAD, équipes APA).

Le partage des référentiels, des pratiques et des données fait du guichet intégré une organisation essentielle à l'accessibilité des services et à la définition des besoins d'un territoire.

#### **Gestion de cas**

La gestion de cas est un nouveau rôle exercé par des professionnels formés à l'évaluation et à l'accompagnement de situations complexes. Cette fonction renvoie à « un maintien à domicile intensif ». Les gestionnaires de cas travaillent avec un nombre circonscrit de personnes âgées (il est classiquement admis que le nombre maximal de dossiers actifs est de quarante).

#### **Cas complexes**

Les premiers retours d'expérimentation montrent une population particulièrement sensible à la fragmentation du système du fait de problématiques multiples (de santé, sociales, familiales et économiques) remettant en cause leur maintien à domicile. Un accompagnement optimal de ces personnes nécessite d'évaluer l'ensemble des problématiques en jeu et d'articuler l'ensemble des

professionnels susceptibles de renforcer le maintien à domicile et/ou de stabiliser la situation. Cette population gagne particulièrement à être accompagnée par un gestionnaire de cas. Les critères de définition de la complexité sont encore à préciser.

**Outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé (et validé) les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie**

Un seul outil doit être défini sur le territoire MAIA afin de réduire les redondances d'évaluation et d'intervention. La lecture des situations par un outil standardisé pour toutes les situations suivies en gestion de cas et par tous les partenaires constitue un élément important de l'intégration.

**Plan de services individualisé**

L'élaboration d'un plan de services individualisé est une démarche globale issue de l'évaluation multidimensionnelle de la situation. Il prend en compte et intègre les différents plans existants (plan d'aides, plan de soins...) et les articule entre eux. Il s'élabore avec la personne, en concertation avec le médecin traitant et en partenariat avec les intervenants concernés. Le déploiement de ce plan vise à mettre en cohérence les interventions autour de la personne. Toute la population en gestion de cas doit avoir un plan de services individualisé connu et reconnu par l'ensemble des partenaires.

## ANNEXE III

### PROFIL DE POSTE : PILOTE LOCAL MAIA

#### Missions

Le pilote a pour mission principale de faciliter et de promouvoir l'intégration des services de soins et d'aides en direction de la population cible du dispositif MAIA dans le site où il exerce.

Le pilote, avec l'appui de l'ARS, constitue puis réunit la table stratégique. Le pilote MAIA rend compte au porteur, à l'ARS et plus généralement aux membres de la table stratégique des moyens mis en œuvre pour le déploiement du dispositif MAIA.

Il anime la table de concertation tactique en assurant son organisation pratique (ordre du jour, locaux, réunion elle-même et compte rendu). Il s'assure également du suivi des prises de décision en table tactique auprès des différents partenaires impliqués.

Il impulse et s'assure de la mise en œuvre progressive sur le territoire MAIA du processus de guichet intégré.

Il supervise et anime l'équipe de gestionnaires de cas.

Il fait le lien entre les informations cliniques recueillies par les gestionnaires de cas (qu'il utilise au besoin de façon anonyme et agrégée) et les orientations et décisions des tables tactique et stratégique. Il a donc un rôle de veille sur l'adéquation du système de soins et d'aides aux besoins de cette population.

Il rend compte de son action collectivement aux partenaires engagés dans le dispositif MAIA, et spécifiquement à l'ARS dans le cadre du financement. Il documente les actions réalisées en vue de l'identification puis de la résolution des obstacles à la mise en œuvre du dispositif et à la labellisation.

#### Employeurs

Le pilote est employé par le porteur du dispositif MAIA sur un territoire. Le porteur est donc responsable de son recrutement et de son action.

Le pilote ne doit pas favoriser son employeur par rapport à tout autre partenaire dans la mise en œuvre du dispositif MAIA. La concertation stratégique veille à cette neutralité.

L'employeur doit s'attacher à faciliter l'action du pilote auprès des partenaires en facilitant les contacts avec les personnes ayant le bon niveau décisionnel dans chaque établissement, institution ou organisme en s'aidant pour cela du réseau relationnel de sa propre structure.

L'employeur doit également s'attacher à faciliter l'action du pilote auprès des gestionnaires de cas en identifiant des locaux pour la tenue des réunions hebdomadaires et en apportant si possible et si nécessaire une aide à l'encadrement fonctionnel des gestionnaires de cas à la demande du pilote.

#### Relations fonctionnelles

Elles sont nombreuses et variées : ensemble des personnes impliquées dans la planification, l'organisation et la gestion des structures de soins et d'aides du territoire MAIA participant au maintien à domicile de la population cible. Le pilote doit avoir avec les partenaires des contacts directs en dehors des réunions des tables de concertation afin d'identifier avec chaque partenaire les difficultés propres à son établissement ou organisme à participer à l'ensemble de la mise en œuvre du dispositif MAIA. Le pilote peut à l'occasion se positionner comme médiateur entre deux organismes si cela est approprié pour la mise en œuvre du dispositif MAIA.

#### Principales activités

Faire un diagnostic systémique et standardisé des ressources et de l'organisation de l'offre de soins et de services du territoire.

Conduire la construction du guichet intégré.

Impulser et animer la construction d'outils communs.

Piloter et coordonner l'équipe des gestionnaires de cas.

Structurer l'activité de l'équipe de gestionnaires de cas en coopération avec leurs responsables hiérarchiques le cas échéant.

Accompagner les gestionnaires de cas dans la mise en œuvre de leurs nouvelles fonctions, repérer leurs besoins éventuels de formation complémentaire.

Identifier avec les gestionnaires de cas les doublons et ruptures de continuité des parcours des personnes suivies en gestion de cas.

Développer le partenariat local.

Suivre les indicateurs définis en concertation.  
Organiser le recueil des données partagées entre les membres du guichet intégré.  
Réunir et animer la table de concertation tactique.  
Mobiliser et informer régulièrement la table de concertation stratégique de l'avancée de l'intégration.  
Suivre la mise en œuvre des décisions des tables de concertation.

#### **Profil requis, compétences**

Niveau master tourné vers l'organisation et la gestion du système sanitaire et médico-social.  
Expérience de conduite de projet et capacité à travailler en mode conduite de projet.  
Capacité à analyser et à identifier les problématiques locales afin d'adapter le mode d'organisation MAIA aux particularités du territoire.  
Connaissance du tissu sanitaire et médico-social construite en particulier lors d'expériences antérieures.  
Intérêt pour l'organisation systémique.  
Expérience en management d'équipe.  
Aptitude à la communication institutionnelle.  
Aptitude à la négociation.  
Expérience en gérontologie.  
Maîtrise de la bureautique (Word, Excel, PowerPoint), Web.

#### **Qualités requises**

Forte compétence relationnelle.  
Sens de l'innovation.  
Dynamisme.  
Créativité.  
Autonomie.  
*Leadership.*

## ANNEXE IV

### PROFIL DE POSTE : GESTIONNAIRE DE CAS

#### Missions

Le gestionnaire de cas intervient à la suite d'un processus défini de repérage des situations complexes pour lesquelles il :

- évalue la situation dans toutes ses dimensions ;
- analyse les besoins ;
- organise la concertation des professionnels concernés par la situation pour mettre en commun les données d'évaluation et mettre en cohérence l'ensemble des interventions. Il organise en tant que de besoin la tenue de réunions interdisciplinaires réunissant des professionnels de différents établissements ou organismes ;
- élabore avec la personne et éventuellement son entourage le plan de services individualisé (PSI) en tenant compte des évaluations et interventions professionnelles déjà en place. Il s'assure de son ajustement aux préférences de la personne et à l'évolution de ses besoins. Le PSI est l'outil de référence pour la mise en cohérence de l'ensemble des plans d'intervention des professionnels.

La gestion de cas est un suivi de type intensif qui ne permet pas de dépasser une quarantaine de situations en file active.

Le gestionnaire de cas participe au mouvement d'intégration sur un territoire en remontant au pilote local les informations nécessaires à son action (dysfonctionnements des processus d'orientation, difficulté d'accès à un service ou à certaines informations, documentation du manque de ressources). Les données anonymisées et agrégées issues de son évaluation et du PSI sont destinées à être utilisées par le pilote dans le cadre de sa mission d'animation des tables tactique et stratégique.

#### Employeurs

Les employeurs qui embauchent des gestionnaires de cas doivent être engagés dans le processus MAIA.

Quel que soit leur rattachement hiérarchique, les relations des gestionnaires de cas avec le pilote local et les modes de fonctionnement sont identiques sur un territoire donné.

Les gestionnaires de cas tiennent leur légitimité d'intervention du partenariat (tactique et stratégique).

Le gestionnaire de cas est indépendant de l'offre de services de son employeur dans la planification des services nécessaires. Le pilote local et le partenariat stratégique sont garants de cette neutralité.

#### Rattachement hiérarchique

Chaque gestionnaire de cas peut rester rattaché hiérarchiquement à son employeur, mais il est encadré dans son intervention de gestionnaire de cas par le pilote local.

Les gestionnaires de cas rendent compte de leur activité à la fois au pilote local (afin qu'il en fasse part et en tire les analyses nécessaires au partenariat tactique et au partenariat stratégique) et à leur employeur.

#### Relations fonctionnelles

Elles sont nombreuses et variées : ensemble des professionnels intervenant sur le territoire du dispositif MAIA.

#### Principales activités

Pour toutes les personnes repérées, le gestionnaire de cas :

- réalise à domicile une évaluation globale des besoins de la personne à l'aide de l'outil multi-dimensionnel standardisé ;
- confirme ou infirme le recours à la gestion de cas, à cette occasion ;
- fait le lien avec les professionnels déjà en charge de la situation ;
- planifie les services nécessaires à l'aide du plan de services individualisé (PSI) ;
- assure un suivi effectif des démarches pour l'admission de la personne à ces services ;
- assure un suivi de la réalisation des services planifiés ;

- organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués ;
- assure une révision périodique du plan de services individualisé ;
- est le référent pour la personne en situation complexe ;
- assure un retour d'information sur les situations suivies au pilote local.

#### **Compétences**

Sens aigu de l'organisation, aptitude à la négociation.  
Bonne aptitude à la communication (écrite et orale).  
Connaissance du tissu associatif, médical, sanitaire et médico-social du secteur et de son organisation.  
Connaissance des droits des personnes, de la déontologie et du secret professionnel.  
Sens des relations humaines vis-à-vis des personnes prises en charge et des professionnels.  
Goût pour le travail en équipe, intérêt pour l'interdisciplinarité.  
Maîtrise de la bureautique (Word, Excel au moins), intérêt pour l'outil informatique.

#### **Conditions d'exercice**

Le gestionnaire de cas doit :

- être employé dans un dispositif MAIA ;
- avoir une formation d'auxiliaire médical, de psychologue ou être titulaire d'un diplôme de travailleur social de niveau III ;
- avoir une expérience professionnelle dans le soin, l'aide ou l'accompagnement des personnes ;
- s'engager dans une formation validée en gestion de cas, permettant notamment d'exercer des fonctions d'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes et de coordination des différents intervenants.

#### **Qualités requises**

Rigueur.  
Forte compétence relationnelle.  
Dynamisme.

#### **Aspects pratiques**

Réunion hebdomadaire sous la responsabilité du pilote en équipe de gestion de cas.  
Formation DU de gestion de cas.

## ANNEXE V

### CARACTÉRISTIQUES DES TERRITOIRES MAIA

#### Données recensées

Région.  
Département.  
MAIA.  
Structure porteuse.  
Territoire administratif couvert.  
Liste des cantons.  
Nombre de cantons.  
Superficie (km<sup>2</sup>).  
Taux d'urbanisation (données Sénat 2003).  
Ville de référence.  
Population totale du département.  
Population totale du territoire MAIA.  
Densité de population du territoire MAIA.  
Population de 60 ans et plus du département.  
Population de 60 ans et plus du territoire MAIA.  
Taux de personnes âgées de 60 ans et plus dans le département.  
Taux de personnes âgées de 60 ans et plus dans le territoire MAIA.  
Population de 75 ans et plus du département.  
Population de 75 ans et plus du territoire MAIA.  
Taux de personnes âgées de 75 ans et plus dans le département.  
Taux de personnes âgées de 75 ans et plus dans le territoire MAIA.  
Nombre de cas Alzheimer recensés dans le département (extrapolation PAQUID).  
Nombre de cas Alzheimer recensés dans le territoire MAIA (extrapolation PAQUID).  
Nombre de bénéficiaires de l'APA dans le département.  
Nombre de bénéficiaires de l'APA dans le territoire MAIA.  
Taux d'allocataires de l'APA dans le département.  
Taux d'allocataires de l'APA dans le territoire MAIA.  
Taux d'équipement du territoire MAIA :  
- médecine ;  
- chirurgie ;  
- SSR ;  
- SSIAD ;  
- hébergement pour personnes âgées dépendantes (USLD + EHPAD).  
Autres équipements spécifiques : accueil de jour, hébergement temporaire, consultation mémoire,  
etc.  
Pour le territoire MAIA :  
- nombre d'IDE libéraux ;  
- leur densité (pour 100 000 habitants) ;  
- nombre de médecins généralistes ;  
- leur densité (pour 100 000 habitants) ;  
- nombre de médecins libéraux ;  
- leur densité (pour 100 000 habitants) ;  
- proportion médecins généralistes/médecins libéraux.

COUSIN	Camille	06 juillet 2017
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Le rôle et la place des professionnels de santé libéraux bretons au sein du dispositif d'intégration MAIA.</b>		
<b>Promotion 2016-2017</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Aujourd'hui, l'augmentation de la chronicité des maladies est associée à l'augmentation de l'espérance de vie. L'Etat se doit de traiter ces problématiques. L'aide au « bien vieillir » fait partie désormais des priorités des politiques actuelles. Les professionnels de santé, ainsi que tous les acteurs concernés par la thématique de la vieillesse, ont eux aussi participé activement à la prise en charge de cette population. Pour permettre l'efficience de ces initiatives, chacun doit trouver sa place et ce dans l'intérêt du patient. La coordination des acteurs semble donc indispensable.</p> <p>Si la <u>coordination</u> est le premier pas vers une meilleure prise en charge du patient <b>l'intégration</b> va encore plus loin. Le Canada fut précurseur du modèle d'intégration des services auprès des aînés en perte d'autonomie. Ce modèle qui découle d'une expérimentation au début des années 2000 s'est transposé dans d'autres pays et notamment la France par la mise en place des MAIA.</p> <p>La méthode d'intégration des services d'aide et de soins cherche à répondre à la fragmentation du système due à la discontinuité du service rendu et par l'existence de doublons ou de redondances. Cette étude se concentrera sur le dispositif MAIA en Bretagne, région qui est plutôt bien couverte.</p> <p>S'il n'est pas à prouver que les MAIA sont présentes en Bretagne, le but sera surtout de montrer l'importance <b><u>de l'implication des professionnels libéraux</u></b> dans cette méthode.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  URPS ; PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX ; MAIA ; PERSONNE ÂGEE ; ALZHEIMER ; METHODE ; COORDINATION ; INTEGRATION ; DOMICILE</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :  ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		