

RAPPORT FINAL EXPERTISE MAIA 1ere PHASE EXPERIMENTALE 2009-2010

CONVENTION DGS-URC HEGP

CONVENTION DGS-URC OUEST

Auteurs :

Dr Matthieu de Stampa Service du Pr. Joël Ankri, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Sainte Pérrine

Dr Dominique Somme Service du Pr. Olivier Saint-Jean, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Européen Georges Pompidou

Avec l'aide de l'Equipe Projet National mesure 4 MAIA

Dr Olivier Dupont,

Mme Catherine Perisset,

Mme Nadia Arnaout

Sommaire

Remerciements	9
1. Introduction	10
2. Objectifs et hypothèses sous jacentes	11
2.1. Évaluer le degré d'implantation du modèle MAIA	11
2.2. Identifier les facteurs incitatifs et les obstacles à l'implantation des MAIAs	11
2.3. Caractériser les différents types de pilotages locaux et leurs liens avec l'équipe de pilotage nationale	12
3. Méthodologie	13
3.1. Recueil des données.....	13
3.1.1. Types de données.....	13
3.1.1.1. Données qualitatives : entretiens (voir annexe 1)	13
3.1.1.2. Données quantitatives : Outil MAIA24, feuille de route et recueil activités en gestion de cas	13
3.1.1.3. Analyse documentaire et données d'observation	13
3.1.2. Origines des données en fonction de l'objectif.....	13
3.1.2.1. Evaluations du degré d'implantation du modèle MAIA	13
3.1.2.2. Identification de facteurs incitatifs et des obstacles à l'implantation des MAIA	14
3.1.2.3. Caractériser les différents types de pilotages locaux et leurs liens avec le pilotage national	14
3.2. Procédures de recueil des données pour les évaluations sur les sites MAIA.....	15
3.2.1. Avant le déplacement sur site.....	15
3.2.2. Evaluations sur sites	15
3.2.3. Retour du déplacement sur site	15
3.3. Convention d'écriture	15
4. Evaluation du degré d'implantation du dispositif MAIA	16
4.1. Évaluation quantitative = Score MAIA 24.....	16
4.2. Évaluation qualitative.....	19
4.2.1. Les sites qui ont implanté une bonne partie du dispositif MAIA (n=2 dans groupe 1)	20
4.2.2. Les sites qui ont implanté une partie plus faible du dispositif ou qui ont établi des bases de partenariat faisant penser que le dispositif MAIA a de forte probabilité d'être implanté dans l'année suivante (n=6 dans groupe 2).	23
4.2.3. Les sites qui ont de la difficulté à implanter le dispositif ou à créer la dynamique partenariale mais qui poursuivent leurs efforts dans un sens qui laisse penser que la probabilité d'implantation du dispositif dans l'année qui suit reste élevée (n=3 dans groupe 3)	29
4.2.4. Les sites qui avaient des difficultés importantes à implanter le dispositif et où les mesures mises en œuvre ou projetées paraissaient plutôt tournée vers d'autre(s) objectif(s) que celui de l'implantation du dispositif MAIA (n=4 dans groupe 4)	35
4.2.5. Les sites qui avaient de très importantes difficultés à implanter le dispositif et pour lesquels la probabilité que ces difficultés s'amenuisent rapidement paraissait faible (n=2 dans groupe 5)	40
4.3. Croisement des évaluations quantitatives et qualitatives	42

4.4. Facteurs liés au manque de validité de l’outil MAIA24	44
5. Caractéristiques des sites en fonction du degré d’implantation.....	45
5.1. Taille du territoire	45
5.1.1. Petit territoire	45
5.1.2. Territoire de taille moyenne (infra départementale).....	45
5.1.3. Territoire départemental	45
5.2. Densité de population.....	46
5.2.1. Les sites mégalopolitains.....	46
5.2.2. Les sites avec une composante rurale	46
5.3. Types de population.....	46
5.3.1. Les sites selon le nombre de personnes âgées ou de bénéficiaires APA	46
5.3.2. Les sites selon la prévalence de la maladie d’Alzheimer.....	47
5.4. Type de porteur.....	47
5.5. Offre médico-sociale et sanitaire	47
5.6. Facteurs sites liés à l’implantation	47
6. Pilotes.....	49
6.1. Les rôles et compétences multiples du pilote.....	49
6.1.1. les rôles	49
6.1.2. Les compétences.....	51
6.1.2.1. Les compétences cliniques.....	51
6.1.2.2. La gestion de projet.....	52
6.2. L'autonomie du pilote par rapport au promoteur	54
6.3. L'implication du promoteur dans la mise en œuvre	61
6.3.1. Promoteurs impliqués	61
6.3.2. Implication problématique du promoteur	65
6.4. L'aptitude du pilote à faire appel à l'EPN pour la prise de décision	67
6.5. Le positionnement du pilote vis à vis de chaque table	70
6.6. La place du pilote relativement au pilotage clinique des gestionnaires de cas	73
6.7. Cas particulier de pilotage = le pilotage multiple	78
6.7.1. Copilotage	78
6.7.2. Adjoint au pilotage	79
6.7.3. Compagnonnage.	80
6.7.4. Promoteurs multiples.....	81
6.8. Une pilote démissionnaire	83
7. Promoteurs	84
7.1. Réponse à l’appel d’offre et engagement dans le dispositif MAIA	84
7.1.1. Les structures porteuses se disaient légitimes.....	84
7.1.2. Variabilités sur les objectifs d’engagement	85

7.1.2.1. Répondre aux besoins de la population avec troubles cognitifs.....	85
7.1.2.2. Renforcer la coordination entre partenaires	86
7.1.2.3. Le projet MAIA comme un moyen d'intégration interne au CG	87
7.1.3. Manque de clarté dans la phase initiale d'implantation du dispositif	87
7.1.3.1. Manque d'information sur l'intégration et sur les étapes de construction	88
7.1.3.2. Phase d'appropriation nécessaire et résistance initiale aux concepts.....	89
7.1.4. Au delà de l'écriture : persistance de la logique de coordination et de la place prépondérante de la gestion de cas.....	90
7.1.4.1. Logique de coordination	90
7.1.4.2. Prépondérance de la gestion de cas	91
7.1.5. Le cadre expérimental avec un pilotage national	92
7.1.5.1. Le pilotage national : une surprise, un appui	92
7.1.5.2. Les outils d'aide au pilotage : implication faible ou nulle des promoteurs.....	92
7.2. Rôle du promoteur	93
7.2.1. Large communication auprès des partenaires	93
7.2.2. Motiver l'engagement des partenaires stratégiques : les promoteurs tactiques.....	94
7.2.3. Motiver l'engagement des partenaires stratégiques : les promoteurs conseils généraux	95
7.2.4. Participation à l'organisation et aux tables de concertation	95
7.2.5. Implications des promoteurs tactiques dans la gestion de cas.....	96
7.2.6. Lien étroit avec le pilotage	96
7.2.6.1. Légitimation du pilote	97
7.2.6.2. Soutien au pilote	97
7.2.7. Garantir les objectifs initiaux du projet.....	98
7.2.8. Gestion des conflits internes.....	98
7.3. Conséquences	99
7.3.1. Amélioration de la coordination globale entre les partenaires	99
7.3.1.1. Création d'une dynamique partenariale	99
7.3.1.2. Elargissement du cercle des partenaires habituels.....	100
7.3.2. Engagement des partenaires dans la concertation	101
7.3.2.1. Difficultés au niveau tactique également.....	101
7.3.2.2. Difficultés à entrer dans la co-responsabilisation	101
7.3.3. Nécessité de formation supplémentaire	102
7.3.4. Demande de partage d'expérience avec les autres promoteurs	103
7.4. Craintes du devenir principalement dans les conseils généraux	103
8. Concertation.....	105
8.1. Concertations tactiques et stratégiques	105
8.1.1. Construction des tables tactiques avant les tables stratégiques	105
8.1.2. Présence de groupes de travail thématiques dans les tables tactiques.....	105

8.1.3. Implication des élus dans la concertation stratégique.....	108
8.1.3.1. Communautés de commune	109
8.1.3.2. Réticences des communes	110
8.1.3.3. Conflits entre élus politiques d'étiquette différente	110
8.2. Concertation clinique et liens partenaires et gestionnaires de cas	111
8.2.1. La gestion de cas comme concrétisation de l'expérimentation.....	111
8.2.2. Conflits en cours d'amélioration avec les équipes des EMS APA	112
8.2.3. Résistances au niveau des cadres	115
8.2.4. Rapports apaisés avec le CLIC	116
8.2.5. Ambivalence des SSIADs	117
8.2.6. Les réseaux gérontologiques.....	119
8.2.6.1. Réseau légitime en tant qu'initiateur de la coordination sur le territoire	119
8.2.6.2. Les réseaux sont limités par leurs activités	120
8.2.7. Collaboration des services hospitaliers en gériatrie	121
8.3. Résultats transversaux issus du pilotage (chapitres 6 à 8)	122
La plupart des pilotes s'étaient bien appropriées la « sémantique » MAIA, où le terme « maison » ne renvoie pas à une « maison » et où le mot « Alzheimer » ne doit pas s'entendre comme une finalité mais comme un début. Enfin, le terme « gestionnaire de cas » n'était pas des plus faciles à transmettre. Les pilotes nous ont tous transmis d'importantes difficultés d'appréhension de ces concepts dans les partenariats tactiques et stratégiques qui ralentissaient l'implantation du dispositif.	
9. Guichet Unique/Guichet Intégré	123
9.1. Eléments de la définition.....	124
9.2. Particularités méthodologiques de ce chapitre	125
9.3. Evaluation d'implantation	126
9.3.1. Difficultés de perception du concept	126
9.3.2. Déploiement centrifuge du guichet	129
9.3.3. Enjeux du diagnostic	130
9.3.4. Enjeux de l'harmonisation des pratiques.....	130
9.3.4.1. Script et critères d'accès	130
9.3.4.2. Orientation en gestion de cas	132
9.3.4.3. Permanence et couverture	133
9.3.5. Enjeu de l'observatoire	134
9.4. Facteurs liés à l'implantation du guichet unique	134
10. Gestion de cas	136
10.1. Caractéristiques des gestionnaires de cas.....	136
10.1.1. Fortes motivations initiales	136
10.1.1.1. Volonté de changer les pratiques professionnelles	136
10.1.1.2. Volonté de participer à une expérimentation.....	137

10.1.2. Spécificités par types de formations initiales	138
10.1.2.1. Les assistantes sociales	138
10.1.2.2. Les infirmières	139
10.1.2.3. Les psychologues	139
10.1.3. Modalité d'emploi	140
10.1.4. Difficultés liées au temps partiel	141
10.2. Construction de la nouvelle compétence de gestion de cas	142
10.2.1. Nécessité d'un diplôme universitaire de gestion de cas	142
10.2.2. Echanges de pratiques entre gestionnaires de cas et experts	144
10.2.3. Besoin de se construire en réseau professionnel au-delà du diplôme	144
10.2.4. Mise en pratique des connaissances acquises	145
10.2.5. Relations entre formation initiale et identité professionnelle pas claires	146
10.2.6. Identité de gestionnaire de cas	147
10.2.7. Questionnement sur-le-champ professionnel : unique ou multiple	148
10.3. Positionnement face à la personne et les professionnels	148
10.3.1. Positionnement face à la personne	149
10.3.1.1. Utilisation faible du terme « gestionnaire de cas »	149
10.3.1.2. Utilisation de terminologies multiples pour pallier	150
10.3.1.3. Repositionner la personne et les aidants	151
10.3.1.4. Construire une relation singulière	152
10.3.1.5. Construire un projet ensemble	153
10.3.1.6. Une relation qui engage	154
10.3.2. Positionnement face aux professionnels	155
10.3.2.1. Le terme de gestionnaire de cas	155
10.3.2.2. Rapport au temps	155
10.3.2.3. Aller vers le « faire faire » et apprendre à déléguer	156
10.3.2.4. Coordination des partenaires	157
10.3.2.5. Les limites de l'intervention	158
10.4. Les Outils	160
10.4.1. Outil d'évaluation multidimensionnel des besoins	160
10.4.1.1. Niveau d'utilisation de l'outil d'évaluation multidimensionnel	160
10.4.1.2. Utilisation de l'outil et changement de pratiques	162
10.4.1.3. Aider à porter un regard positif sur les situations des personnes	162
10.4.1.4. Outils et concept de gestion de cas	162
10.4.1.5. Difficultés dans l'utilisation des outils	163
10.4.2. Le PSI	164
10.4.2.1. Utilisation limitée du PSI	164
10.4.2.2. Structure du PSI jugée non satisfaisante	165

10.4.2.3. Pratiques cliniques et PSI	166
10.5. La concertation.....	167
10.5.1. L'interdisciplinarité entre gestionnaires de cas	167
10.5.1.1. Besoins d'échange sur les situations cliniques.....	168
10.5.1.2. Permanence de la gestion de cas.....	169
10.5.1.3. Echanges pour s'approprier les outils	169
10.5.1.4. Echanger pour homogénéiser les pratiques professionnelles	170
10.5.1.5. L'interdisciplinarité comme mode de création d'une identité commune	172
10.5.2. La concertation avec les partenaires.....	173
10.5.2.1. Construction de la concertation.....	173
10.5.2.2. Concertation et légitimité auprès des partenaires	176
10.5.2.3. Cas particulier de l'interdisciplinarité avec les médecins traitants	178
10.6. Participation à la démarche d'intégration.....	181
10.6.1. Bonne compréhension du dispositif d'intégration et de la gestion de cas	181
10.6.2. La réalité de la fragmentation	182
10.6.3. Gestion de cas et intégration systémique	185
10.6.4. Informer les partenaires sur la gestion de cas et ses limites	186
10.6.5. Construire son propre réseau de partenaires	186
10.6.6. Circulation de l'information vers les tables de concertation	187
10.7. La définition de la population cible et le guichet unique	188
10.7.1. Pas de définition reconnue	189
10.7.2. La première visite ne suffit pas	189
10.7.3. Critères de complexité	190
10.7.3.1. Les aidants épuisés ou trop nombreux	190
10.7.3.2. Troubles cognitifs et/ou du comportement.....	190
10.7.3.3. Coordination des professionnels difficiles	191
10.7.3.4. Superposition de problématiques.....	191
10.7.4. Un Guichet intégré non fonctionnel.....	192
10.8. Relation avec le pilote et/ou promoteur.....	194
10.8.1. Le pilote répond aux besoins des gestionnaires de cas	195
10.8.2. Remontée d'information.....	195
10.8.3. Le pilote comme animateur d'équipe	195
10.8.4. Besoins d'un regard extérieur en plus du pilotage	196
10.9. Les facteurs liés à l'implantation de la gestion de cas	197
10.9.1. Approche multidisciplinaire	197
10.9.2. Taille du territoire	197
10.9.3. Formations communes et construction outils	198
10.9.4. Difficultés de positionnements sur des situations complexes	198

10.9.5. Le réseau de partenaires	198
10.9.6. La légitimité	200
11. Outils dévaluation de planification et échange d'informations	202
11.1. Outils d'évaluation et PSI	202
11.1.1. Implantation centrée sur la gestion de cas	202
11.1.2. Des dimensions peu claires et non prioritaires pour les pilotes	203
11.1.3. Un intérêt pour certains partenaires.	205
11.1.4. Usage des outils	206
11.1.5. Facteurs liés à l'implantation de l'outil	207
11.2. Plan de services	208
11.3. Le SIP	212
11.3.1. Le SIP comme un « annuaire »	213
11.3.2. SIP « uni-partenaire »	214
11.3.3. SIP plus avancé	215
12. Synthèse et propositions	216
12.1. Les choix des territoires	216
12.2. Le pilote	217
12.3. Le promoteur	219
12.4. Les gestionnaires de cas	220
12.5. Des difficultés à prendre en compte	221
13. Conclusion	223
14. Résumé	224
Annexes	226

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des personnes qu'ils ont été amené à rencontrer durant les visites d'expertise (pilotes, promoteurs, gestionnaires de cas, professionnels de la structure porteuse et des partenaires). Les auteurs ont été sensibles non seulement à la disponibilité et à la participation souvent enthousiaste à leur mission d'expertise mais également à la qualité de l'accueil qui leur a été réservé partout.

Les auteurs remercient également l'équipe de pilotage nationale avec laquelle la collaboration a été étroite, chaleureuse et productive. Ce rapport en est un des multiples fruits.

1. Introduction

Ce rapport présente le résultat de l'expertise réalisée entre Mars et Aout 2010 par les auteurs auprès de l'équipe de pilotage nationale. Comme il était prévu, les experts ont pu se rendre sur les 17 sites afin d'évaluer le niveau d'implantation du dispositif MAIA. L'ordre de ces visites était déterminé par les disponibilités des partenaires rencontrés. Ce rapport fait un état des lieux de l'avancée de l'intégration sur les sites, 18 mois en moyenne après le début de leur implantation. Il a fait le choix de donner une large place aux verbatims pour retranscrire au maximum tout le sens des discours des professionnels qui sont en première ligne dans ce travail d'intégration. Les entretiens auprès des pilotes et des promoteurs et les focus avec des gestionnaires de cas ont été d'une grande richesse et permettent d'avoir une première image de ce qui se passe actuellement sur les sites expérimentaux. Le recueil d'information par types de professionnels a, de plus, permis d'enrichir l'expertise par l'analyse croisée des discours (par exemple entre pilote et promoteur autour de la concertation). Au delà de l'analyse des composantes de l'intégration, les auteurs ont tenté d'approcher la mesure du degré d'implantation qui est un des enjeux majeurs pour suivre la mise en place de tels dispositifs dans l'avenir.

Par ailleurs les experts ont été durant la dernière phase de leur mission (juin 2010 à décembre 2010) impliqués dans l'aide à l'équipe de pilotage nationale pour le processus de validation, et l'élaboration des processus de généralisation et de labellisation. La deuxième promotion de gestionnaire de cas a été accueillie en formation dans le diplôme universitaire de Paris Descartes et le travail pour faire évoluer ce diplôme en DIU s'est poursuivi. Les experts ont aussi été sollicités sur les indicateurs mobilisables à partir des bases de données nationales et pour la construction d'un référentiel de mission des gestionnaires de cas. Ils ont également participé à l'élaboration du contenu et à l'animation des deux sessions nationales des pilotes des mois de septembre (16 et 17 septembre) et de décembre (6 et 7 décembre). Ils ont encadré l'enquête de simplification du parcours (2ème vague) et participé à l'amélioration et à l'exploitation des bases de données provenant des sites pilotes.

2. Objectifs et hypothèses sous jacentes

2.1. Évaluer le degré d'implantation du modèle MAIA

Le degré de l'implantation du modèle MAIA s'appuie sur ses 6 axes avec 3 mécanismes et 3 outils :

- a. composante de concertation
- b. composante du guichet unique
- c. composante de la gestion de cas
- d. composante d'outil d'évaluation multidimensionnelle
- e. composante de planification individualisée
 - i. les objets outils d'évaluation et plan de services sont extrêmement complexes et sortent pour beaucoup du champ de cette étude qui s'est volontairement limité à documenter si les outils en question étaient utilisés ou non.
- f. composante de système d'information
 - i. cette composante n'a été évaluée que de façon rapide considérant que sa complexité en fait en soi un objet de recherche.

Par ailleurs l'approche a systématiquement croisé les points de vue sur le niveau d'implantation tel que le percevaient les promoteurs, les pilotes, les gestionnaires de cas, l'équipe de pilotage, les experts et la mesure du MAIA 24

2.2. Identifier les facteurs incitatifs et les obstacles à l'implantation des MAIAs

Les facteurs liés à l'implantation sont multiples et peuvent être regroupés autour de facteurs :

- Structurels (retrouvé sur tous les sites ayant la même caractéristique : par exemple sur tous les sites ruraux)
- Fonctionnels (non retrouvé de façon systématique chez les sites ayant pourtant des configurations très proches, donc expliqué par d'autres facteurs).

L'étude a tenu compte d'hypothèses explicatives regroupant :

- La taille du territoire (superficie et densité)
- Le type d'environnement
- L'historique antérieur de l'intégration
- L'appropriation du modèle conceptuel
- La trame temporelle

- La préexistence de situation de concurrence, ou prédisposant à l'émergence de concurrence
- La formation du pilote local
- Les liens pilotes-promoteurs
- Le positionnement du pilote
- Le contexte expérimental avec un pilotage national
- La configuration de l'offre de services

2.3. Caractériser les différents types de pilotages locaux et leurs liens avec l'équipe de pilotage nationale

L'étude qualitative devait renforcer les connaissances sur les fonctions du pilote local, sur ses ressources et ses outils mobilisables. Elle visait à déterminer des typologies de pilotage en fonction des caractéristiques du pilote et des spécificités locales.

Les hypothèses de caractérisation semblaient devoir tenir compte notamment

- De la formation initiale
- De l'éclatement éventuel de la fonction sur plusieurs individus au sein du pilotage et de la présence de pilote non reconnu pleinement comme tels.
- Du soutien apporté au pilote par le promoteur
- De soutiens externes autres
- De l'existence d'un mandat clair des porteurs CG (Conseil Général) et DDASS
- Du type d'action entreprise par les pilotes (le pilote ne fait pas à la place de)
- De l'aide apporté par les outils
- De l'aide apporté par l'EPN
- De la sensation de compréhension de ce qui est attendu

3. Méthodologie

3.1. Recueil des données

Les données mobilisées dans le cadre de cette étude étaient de natures multiples et complémentaires. La méthode est une analyse multi-cas ou chaque site est considéré comme un cas.

3.1.1. Types de données

3.1.1.1. Données qualitatives : entretiens (voir annexe 1)

- Entretiens auprès des pilotes en 2 focus group à 11 mois d'intervalle à la CNSA (Janvier et Décembre 2010) et en face à face avec entretiens semi-structurés sur site (Mars-Aout 2010)
- Entretiens auprès des promoteurs en face à face avec entretiens semi-structurés sur site (Mars-Septembre 2010)
- Entretiens auprès des gestionnaires de cas en focus group sur site (Mars-Aout 2010)
- Entretiens auprès des membres de l'équipe de pilotage nationale en 17 focus group sur le descriptif des sites avant chaque visite

3.1.1.2. Données quantitatives : Outil MAIA24, feuille de route et recueil activités en gestion de cas

L'outil MAIA 24 permet d'approcher le degré d'implantation de l'intégration à partir de 24 items binaires (non=0/oui=1) relatifs aux points clefs des 6 axes de l'intégration. Cet outil permet à l'équipe de pilotage national de quantifier le degré d'implantation de l'intégration sur chaque site tout au long de l'expérimentation (annexe 2). Chaque site MAIA était également caractérisé par le nombre d'objectif sur sa feuille de route remplie à l'échéance au moment de la visite. Les principaux indicateurs quantitatifs de gestion de cas étaient le nombre de personnes en gestion de cas actif par mois rapportés au nombre d'équivalent temps plein (charge en cas) et le taux d'entrée en gestion de cas par mois.

3.1.1.3. Analyse documentaire et données d'observation

- Analyse documentaire Diag MAIA et l'ensemble des rapports d'activités des sites vers l'équipe projet nationale CNSA et les feuilles de route
- Observation du fonctionnement du guichet unique sur site (Mars-Aout 2010)
- Recueil informations auprès du pilote

3.1.2. Origines des données en fonction de l'objectif

3.1.2.1. Évaluations du degré d'implantation du modèle MAIA

Composante concertation : 3 sources de données

- Les entretiens auprès des pilotes et des promoteurs sert de base à l'évaluation des processus de concertation (étendue, changement par rapport à l'existant, formalisation).
- Le recueil des données des gestionnaires a pu apporter un éclairage indirect supplémentaire sur la composante de la concertation.
- les données recueillies en continue par l'équipe de pilotage nationale MAIA (comprenant le MAIA 24)

Le DIAG MAIA et les rapports d'activités

Composantes de gestion de cas, d'outils d'évaluation et de plans de services : 4 sources de données

- Les entretiens auprès des pilotes
- Les entretiens auprès des gestionnaires de cas
- Les données d'observation sur site
- Les données recueillies par l'équipe projet national sur l'activité de gestion de cas

Composante guichet unique : 5 sources de données

- Les entretiens auprès des pilotes
- Les entretiens auprès des gestionnaires de cas
- Les données d'observation sur site
- Les données recueillies par l'équipe de pilotage nationale
- Le Diag-MAIA et les rapports d'activité

Composante système d'information : 2 sources de données

- Les entretiens auprès des pilotes
- Les données d'observation

3.1.2.2. Identification de facteurs incitatifs et des obstacles à l'implantation des MAIA

4 sources de données :

- Les entretiens auprès des pilotes
- Les entretiens auprès des promoteurs
- Les entretiens auprès des gestionnaires de cas
- Les entretiens auprès de l'équipe projet nationale
- Le Diag MAIA et les rapports d'activité

3.1.2.3. Caractériser les différents types de pilotages locaux et leurs liens avec le pilotage national

4 sources de données :

- Les entretiens auprès des pilotes
- Les entretiens auprès des promoteurs
- Les entretiens auprès des gestionnaires de cas
- Les entretiens auprès de l'équipe projet nationale

3.2. Procédures de recueil des données pour les évaluations sur les sites MAIA

3.2.1. Avant le déplacement sur site

- Prise des rendez-vous par les experts auprès des pilotes locaux pour les rencontres sur site et organisation du calendrier des déplacements entre Mars et Juillet 2010.
- Recueil des informations sur chacun des sites auprès de l'équipe projet nationale 2 à 5 jours avant les déplacements à partir de la grille EPN-Site. Les informations sur les spécificités du site, l'état d'avancement dans l'intégration, les incitatifs et les obstacles et le pilotage étaient notamment collectées.

3.2.2. Évaluations sur sites

Les entretiens face à face ont tous été réalisés par les mêmes enquêteurs et enregistrés

3.2.3. Retour du déplacement sur site

- Partage des premiers résultats saillants avec l'équipe projet nationale en respectant l'engagement à la confidentialité auprès des personnes interrogées
- Les entretiens ont été transcrits verbatim
- Analyse des verbatims par les deux experts selon un arbre de codage prenant en compte les objectifs décrits ci-dessus.

3.3. Convention d'écriture

Les extraits des entretiens et focus groupes que nous utilisons dans ce rapport sont identifiés par des lettres choisies au hasard pour identifier les sites MAIA, afin que le lecteur puisse s'il le désire mettre en cohérence certains extraits les uns avec les autres. Les tables tactiques et stratégiques portaient parfois des noms spécifiques sur certains sites, dans ce cas ces noms ont été remplacés par les termes génériques. Les auteurs pensent avoir fait le maximum pour assurer l'anonymat dans le travail présenté ici néanmoins étant donné le faible nombre de sites et les recoupements possibles il est impossible d'assurer que cet anonymat soit total.

4. Évaluation du degré d'implantation du dispositif MAIA

Notre analyse de l'implantation du dispositif MAIA reposait sur deux approches : une approche quantitative basée sur les indicateurs que nous avons proposé dans le rapport 2 et qui ont été adoptés par l'équipe de pilotage national (score MAIA 24 et taux d'atteintes des objectifs de la feuille de route) et sur une approche qualitative plus globale qui provenait à la fois de l'ensemble des entretiens et observations réalisées durant les visites sur chaque site mais également d'informations recueillies par l'équipe de pilotage nationale tout au long de son accompagnement avec les pilotes.

Nous proposons ici de mettre en relation les deux approches afin d'en tirer le maximum d'enseignement possible.

4.1. Évaluation quantitative = Score MAIA 24

Le score MAIA 24 a été calculé à trois reprises pour l'ensemble des sites (en juillet 2009- soit au démarrage de l'expérimentation pour la grande majorité des sites, en novembre 2009 – soit au moment du recrutement des gestionnaires de cas, de Mai à Juin 2010 soit au moment de la visite des experts).

La mesure MAIA 24 peut être considérée comme une mesure « globale » du niveau d'implantation du dispositif MAIA (figure 1 et 2). Elle peut varier théoriquement de 0 à 24.

Première notation :

A la première notation, les scores attribués variaient de 0 à 20 ; le score médian était de 6 ; un quart des sites avaient un score de 4 ou moins et pouvaient être considérés comme ayant un faible niveau d'intégration initial ; un quart des sites avaient un score supérieur à 8 et pouvaient être considérés comme ayant un niveau d'intégration initial élevé. Trois sites ont un score strictement supérieur à 8 : tous avaient fait l'objet d'expérimentations préalables en rapport avec le concept d'intégration. À l'inverse les sites ayant un très faible niveau initial d'intégration ne présentaient pas de caractéristiques communes évidentes.

Deuxième notation :

A la deuxième notation, les scores attribués variaient de 4 à 21 ; le score médian était de 10 ; un quart des sites avaient un score inférieur à 9, un quart des sites avaient un score supérieur à 13. Dans un laps de temps assez court un mouvement intégratif assez rapide et fort peut être noté sur l'ensemble des sites. Les sites ayant atteint le troisième quartile sont au nombre de 5, les 3 initiaux étant rejoint par deux autres sites qui étaient initialement à la limite (à 8). Ce groupe est hétérogène et ne permet pas de dégager des « profils-types » de site qui seraient particulièrement disposés à implanter rapidement le dispositif.

Troisième notation :

A la troisième notation, les scores attribués variaient de 4 à 21 ; le score médian était de 15 ; un quart des sites avaient un score inférieur à 14 ; un quart des sites avaient un score supérieur à 16. Une tendance générale à la réduction de la dispersion est observable puisque l'écart interquartiles diminue sensiblement et se resserre autour de la médiane. Les 2 sites ayant un score final strictement supérieur à 16 faisaient déjà partir du premier quartile à la deuxième notation et l'un d'entre eux faisait partie de ce quartile dès la première notation. Deux des 3 sites ayant un score strictement inférieur à 14 faisaient partie du premier quartile à la première et à la deuxième notation, le troisième site était à la limite lors de la première notation et dans le premier quartile lors de la deuxième notation.

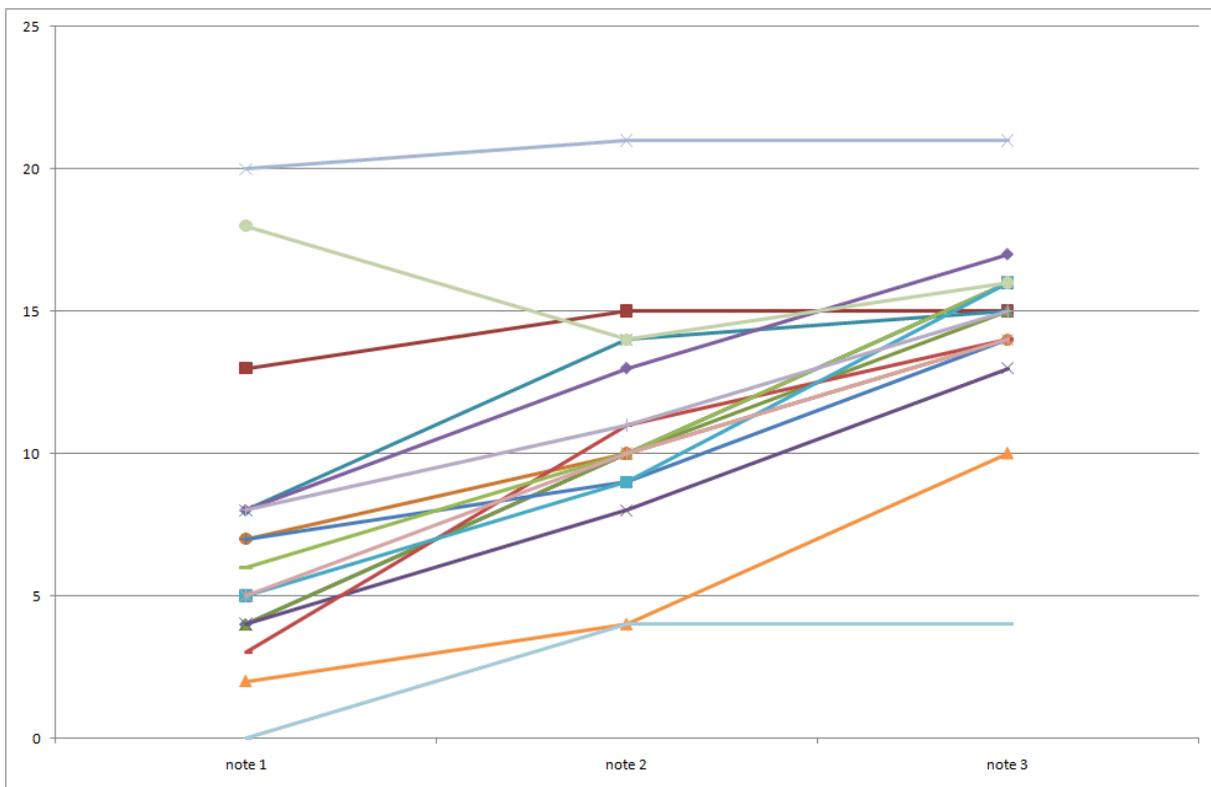


Figure 1 : évolution de la notation des 17 sites

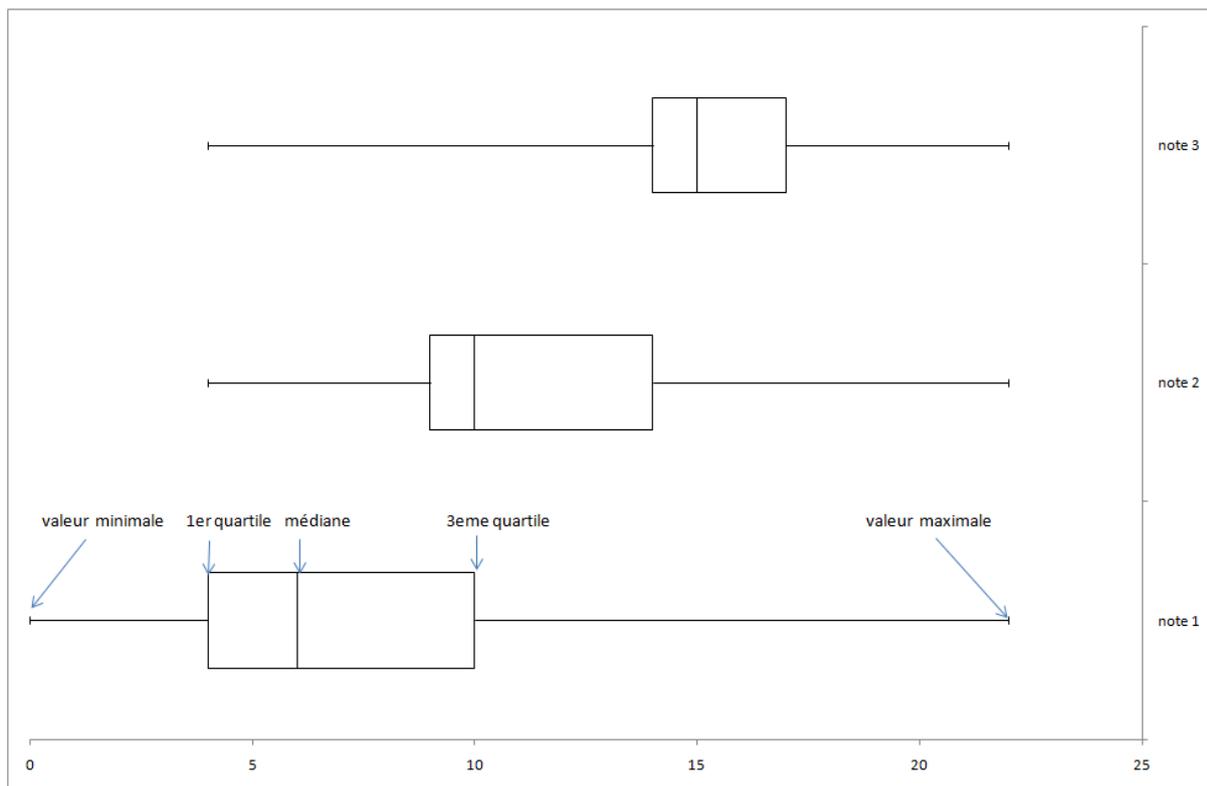


Figure 2 : Répartition des évaluations par MAIA 24 aux trois points de notation

Écart entre première et dernière notation :

Les scores ont en évolué en moyenne +/- écart type de 7,2 points +/- 3,9 (évolution minimale -2 maximale : +12). Les sites qui présentent la plus faible évolution sont ceux qui partaient d'un score élevé (effet plafond de tout score). Il est possible de remarquer qu'un site a pris un tel retard à la mise en œuvre du dispositif que le score était dans le premier quartile initialement et ne le quitte pas sur la dernière notation (passage de 0 à 4). Les sites qui présentaient la plus forte évolution partaient d'un score soit dans le premier quartile soit à la limite. Tous ces sites ont une forte composante rurale.

Score composite d'évolution :

Il est possible de calculer un score composite d'évolution selon l'algorithme suivant :

Si le site est au 3^e quartile lors de la dernière évaluation, il est classé dans la catégorie (MAIA24) 1 : les sites ayant implanté une partie significative du dispositif MAIA relativement au score

Si le site est au 1^{er} quartile lors de la dernière évaluation, il est classé dans la catégorie (MAIA24) 5 : les sites ayant peu implanté le dispositif MAIA relativement au score

Si le site est entre ces bornes lors de la dernière évaluation il est tenu compte de l'évolution entre la première et la dernière notation

- si l'évolution est dans le 3^e quartile, il est classé dans la catégorie (MAIA24) 2 : les sites ayant une implantation encore modérée mais une dynamique d'implantation du dispositif forte relativement au score
- si l'évolution est dans le 1^{er} quartile, il est classé dans la catégorie (MAIA24) 4 : les sites ayant une implantation encore modérée et une dynamique d'implantation du dispositif faible relativement au score
- si l'évolution est entre ces bornes, il est classé dans la catégorie (MAIA24) 3 : les sites ayant une implantation encore modérée et une dynamique d'implantation du dispositif moyenne relativement au score

Selon cette classification en CATEGORIES de score MAIA 24 :

2 sites sont dans la catégorie (MAIA24) 1, ces deux sites ont en commun d'être de relative petite taille

4 sites sont dans la catégorie (MAIA24) 2, ils ne présentent pas de caractéristiques communes évidentes

4 sites sont dans la catégorie (MAIA24) 3, ils ne présentent pas de caractéristiques communes évidentes

2 sites sont dans la catégorie (MAIA24) 4, il s'agit de deux sites mégalo-urbains

3 sites sont dans la catégorie (MAIA24) 5, ils ne présentent pas de caractéristiques communes évidentes

4.2. Évaluation qualitative

A l'issue des visites sur sites et en tenant compte de l'ensemble de l'information à leur disposition (issue de la visite, de la connaissance préalable des acteurs au travers des réunions, des échanges avec l'équipe de pilotage nationale, des rapports et des tableaux "diag MAIA"), les deux experts ont tenté de déterminer une typologie des sites en fonction de leur avancement dans l'implantation du dispositif MAIA. La typologie s'est affinée tout au long des visites sur site et n'était pas préétablie, la classification d'un site dans un groupe ou l'autre des sites s'est faite par consensus entre les experts. Il faut souligner ici que cette typologie n'était pas prévue au protocole initialement et qu'elle ne préjuge pas du jugement porté par l'équipe de pilotage nationale qui pourrait être différent et qui prévaut aux recommandations de celle-ci pour l'année 2011. Cette typologie globale gagnerait à être affinée, vérifiée ou invalidée lors de l'expertise 2011.

Les experts ont identifié ces différentes typologies

4.2.1. Les sites qui ont implanté une bonne partie du dispositif MAIA (n=2 dans groupe 1)

Il faut noter qu'au moment des visites d'expertise aucun site n'était en mesure d'afficher un fonctionnement de type MAIA complet (guichet unique fonctionnel, table de concertation tactique et stratégique coresponsables respectivement pour leurs fonctions, gestion de cas parfaitement implantée et susceptible d'intervenir dans toutes les organisations du territoire MAIA, utilisation d'outils d'évaluation et de planification adaptés et communs, système d'information partagé). Les sites du groupe 1 sont ceux qui ont avancé de façon significative sur la majorité des axes. Deux sites correspondent à ce groupe. Il s'agissait dans les deux cas de sites développant l'approche MAIA sur un territoire restreint (entre 200 et 400 km²; 4-5 cantons) avec une densité populationnelle plutôt élevée.

Dans les sites appartenant à ce groupe, ce type de discours illustre la bonne implantation du dispositif :

« [...] moi je suis très pour ce qui se passe parce que franchement on a l'impression que tout doucement, [...] des choses qui vont évoluer, définir un cas complexe et puis le faire évoluer, [...], travailler sur le script d'analyse, un outil de communication entre tout le monde, même s'il est basique, même s'il est merdique au départ, que tout le monde se l'approprie et que tout le monde sache que l'on va le faire évoluer tous ensemble, mais pas chacun dans son coin, travailler, on bosse depuis longtemps sur un dossier commun partagé qui n'est pas facile parce que chaque structure, on va dire que c'est le dossier du SSIAD ou c'est le dossier d'untel et bien non là c'est le dossier du territoire qu'on arrive, j'espère qu'un jour ils n'assimileront pas la MAIA à autre chose qu'au territoire, des fois au lieu de dire MAIA, je dis c'est le territoire. » (Promoteur J)

Dans la citation suivante, l'appropriation par les partenaires d'une logique de projet commun et partagé paraissait élevée. Les constats d'observation faits par les experts ont validé cette impression.

« On a un SSIAD sur le territoire, j'ai pas réussi et pourtant on a tout essayé, on est passé par les tutelles qui les ont convoqué, ils ont refusé de venir, l'inspecteur DDASS qui fait une réunion, ils refusent de venir, ils ne sont pas concernés, ils ne s'excusent pas de ne pas venir à la réunion, avec un bon relais, mais même avec l'inspecteur DDASS, on a tout essayé, je suis passée par le haut, je suis passée par le bas, les gestionnaires y sont allés, en disant ils viennent présenter aux infirmières coordinatrices, ils ont été reçu, je fais des réunions à côté de chez eux, en me disant ils vont venir, ils s'inscrivent, ils ne viennent pas, donc le discours n'est pas entendu et quelque part ils ne se sont toujours pas arrêtés et ce n'est pas faute d'avoir tendu des perches ... » (Pilote J)

Dans cette citation, même si elle témoigne d'un échec de l'association du SSIAD en question, le pilote cherchait à faire fonctionner tous les mécanismes mis à sa disposition y compris l'interpellation d'un acteur stratégique qui s'investissait (l'inspecteur DDASS).

L'extrait qui suit témoignait d'un niveau d'investissement élevé des partenaires tactiques et stratégiques qui a pu être vérifié par les observations lors de la visite des experts.

« C'est quand même intéressant parce que là on touche aux racines c'est-à-dire que l'on n'intervient pas comme dans la coordination justement, avec le bon vouloir des gens et où cela se greffe après et quand j'ai été conseillère technique, quand je dirigeais le gros service et que je travaillais avec les partenaires on n'avait quand même toujours cette limite quand il y a de la résistance, quand il y a un refus, cela tombe, c'est complètement mis à mal, ou quand un partenaire change et qu'il veut tout remettre en cause, il le fait très facilement c'est-à-dire on met une autre personne à la place, et tout peut être remis en cause et là, tel que c'est conçu non parce que c'est structurel, et on y travaille dès le départ et surtout, quand je dis qu'on y travaille dès le départ c'est que du fait de la concertation stratégique et tactique et clinique, il y a une continuité » (Pilote E)

« La [table tactique] est en place, fonctionne, on a une réunion, c'est toutes les six semaines, au maximum tous les deux mois, donc on a un rythme assez rapproché, donc bien sûr pour chacune de ces réunions je fais toujours un ordre du jour que les gens ont au moins quinze jours avant, il y a toujours un compte rendu qui est envoyé au moins quinze jours avant [la prochaine table tactique] et on fait toujours une proposition de validation » (Pilote E)

« Donc le groupe de travail qu'on a lancé, c'est, on a tous des livrets, est ce qu'on peut le mutualiser, voir ce qu'on pourrait construire ensemble et là cela concerne tout le monde et donc chacun a amené son livret et on est parti de tous ces livrets, pas seulement de celui qui avait été créé dans la gestion de cas » (Pilote E)

La citation précédente démontrait une mise en commun qui semblait témoigner d'une dynamique de projet commun. Il est aussi loisible de constater que le projet MAIA ne se réduisait pas, sur ce site, à la gestion de cas.

« Avec un fort appui méthodologique, on arrive progressivement, de manière très rationnelle, avec l'apport méthodologique que nous donne l'expérimentation, à rentrer dans le vif du sujet, à travailler sur des choses tout à fait concrètes avec les partenaires, style, le choix de l'outil de l'évaluation, le fait

de tester l'outil d'évaluation, différente de celui de la grille GIR, le fait d'organiser un guichet unique, eh bien le fait d'organiser un guichet unique cela oblige de rentrer en discussion avec les partenaires sur savoir comment, et eux vont s'organiser pour répondre à des questions qui arrivent dans nos, dans nos services, que nous posent le public et du coup cela ça répond à nos attentes, parce que du coup la concertation, la coordination ce n'est plus de la, cela n'est pas du vent, ce n'est pas des mots, c'est de la réalité concrète, c'est de l'organisation d'une réponse, donc cela, ça répond, cela répond assez bien à notre attente de, de ce côté-là, on a l'impression d'avancer vraiment sur, sur une réalité concrète et sur une réponse à l'utilisateur » (Promoteur E)

La citation précédente met en exergue que les partenaires s'emparaient du projet commun pour le rendre concret.

« Vous voyez si vous voulez il ne faut pas que cela soit la chambre d'enregistrement[de la table tactique], et c'est le risque, on s'est rendu compte au bout d'un moment et même la pilote elle même s'est dit « mince, je fais des choses en [table tactique] » et en fait, et après je les remonte en [table stratégique], bien sûr il y a ce va et vient, ok, mais il faut bien veiller à un moment donné que c'est bien l'aspect descendant, il fonctionne bien aussi, c'est-à-dire que la [table stratégique] dit, voilà, c'est cela le cadre, et le pilote va travailler dans ce cadre là et va vers [la table tactique], puis vers l'opérationnel et puis nous on a fixé le cadre, mais en fait c'est assez difficile quoi de, de dire, fixer le cadre c'est quoi, et amener des débats [en table stratégique] qui soient vraiment stratégiques, ce n'est pas évident, ce n'est pas évident, ce n'est pas évident, c'est, il faut bien y réfléchir en disant, mais qu'est-ce qui est de l'ordre de la stratégie, qu'est-ce qui est de l'ordre de l'opérationnel » (Promoteur E)

Dans l'extrait précédent notre interlocuteur mettait en lumière que les acteurs stratégiques avaient dépassé une posture de prise d'information mais revendiquait un pouvoir décisionnel (encore difficile à définir précisément).

La citation suivante souligne que ce promoteur avait pris conscience des dédoublements de concertation (concertation multiples en dehors du projet MAIA) et souhaitait y remédier. De plus ce promoteur y associait l'ensemble des partenaires stratégiques en ne réduisant pas la concertation stratégique à un arrangement entre le CG et l'ARS.

« Mais regardez, on leur dit, c'est notre proposition, est-ce que vous vous avez des points à y mettre, enfin vous, CRAM ou vous, enfin tous les autres, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, vous

souhaitez qu'on y mette quoi, parce qu'on s'est rendu compte que parfois, je pense, qu'ils discutaient de choses ailleurs que dans [la table stratégique] et qu'il eut été important qu'ils en parlent en [table stratégique]. » (Promoteur E)

« C'est un système unifié, ce sont des procédures, c'est une organisation, moi ce qui me plaît, ce qui m'intéresse c'est que cela oblige tout le monde à bouger les lignes [...] sinon il y a les procédures qualités, il faut un annuaire à jour, il faut des formations communes entre toutes ces personnes, il faut, là il y a, il y a un minimum, un minimum incontournable, un socle de procédures à respecter, cela moi l'organe de guichet unique, moi je pense que cela c'est un, cela c'est quelque chose qui est modélisable. » (Promoteur E).

Le promoteur développait ici l'idée qu'une des particularités fortes du projet MAIA est de s'appuyer sur des démarches de type démarches-qualité commune. Ce niveau d'appropriation du concept permettait de supposer une bonne transmission du message en table tactique et stratégique.

4.2.2. Les sites qui ont implanté une partie plus faible du dispositif ou qui ont établi des bases de partenariat faisant penser que le dispositif MAIA a de forte probabilité d'être implanté dans l'année suivante (n=6 dans groupe 2).

Ces sites ont parfois très bien travaillé l'un ou l'autre des axes d'implantation mais en négligeant tel ou tel autre aspect. Parfois l'ensemble des composantes est faiblement implanté mais les entretiens et la visite (avec les rencontres éventuellement de partenaires) mettaient en évidence une dynamique partenariale. Ce dernier facteur est bien sûr le plus difficile à objectiver et nécessiterait d'être vérifié lors d'une deuxième visite un an plus tard. Six sites répondaient aux critères qualitatifs pour être classés dans ce groupe. Ils ne présentaient pas de caractéristiques communes évidentes

Dans les sites appartenant à ce groupe, ce type de discours illustre une certaine implantation du dispositif, avec des réserves :

« On a compris l'enjeu, on a compris le concept, mais on reste encore un peu dans l'artisanat, j'ai un pas à franchir pour que, je ne sais pas si sera possible[...] est-ce que c'est parce que la table stratégique n'a pas validé un tas de choses, et c'est vrai que c'est important aussi pour les autres partenaires, je ne sais pas mais je me sens un peu au ralenti en ce moment.[...] (les) doublons d'évaluation et d'intervention sur les personnes et leur famille on essaye de les repérer à chaque fois et en table tactique de comprendre pourquoi il y a ces doublons, pourquoi ils existent encore, à savoir en général les systèmes de coordination existants aujourd'hui, CCAS, CLIC on voit sur notre territoire à

nous encore des situations qui arrivent et vous avez eu des prises en charge, peut-être différées dans le temps, par deux structures et qui ne le savaient pas, [...] on en discute après avec les chefs de service en table tactique. (...) Parce que certes sanitaire et médico-social, je pense que les gens ne s'étaient absolument jamais rencontrés, [...] l'intérêt de cette table là il est évident aujourd'hui, pour moi il est évident, mais alors là pour le coup il n'est pas évident pour le plus haut » (Pilote I)

Cette citation, montre que malgré certains défauts importants d'implantation (notamment au niveau stratégique), la mise en œuvre de la table constituait une avancée notable sur ce territoire où certains partenaires ne se rencontraient pas préalablement. Dans un tel site, la constitution de table permettant d'établir des contacts paraissait être un préalable important à la prise de décision commune. Plus encore, le fait que soit dès ces premières réunions abordées des thématiques « sensibles » tels que les doublons d'évaluation témoignait d'une bonne appropriation des concepts par le pilote et le promoteur.

« Le mot intégration est important, difficile à bien comprendre, intégration, parce que, intégration, si l'on regarde dans le dictionnaire, c'est-à-dire, et cela me paraît très important que toutes les, on va dire quoi, les structures qui sont impliquées dans, alors je parle d'Alzheimer, moi je ne parle pas de sujets âgés, aient un outil commun et un langage commun, que cela facilite, en fait, que cela facilite le travail des différents acteurs de ces différentes structures, que cela facilite le travail des médecins généralistes, que cela facilite, vous voyez, je pense... » (Promoteur I)

« A la stratégie il y a la région et c'est la région qui va commander au domicile et cela ça ne me plait pas » (Pilote H)

« L'ARS, monsieur D à la région n'est pas venu à la dernière [table stratégique], il a pour projet quand même il va venir rencontrer le président du CG en juin, de caller une table stratégique au moment où il vient, pour lui présenter un peu la MAIA, il n'est jamais venu, il est toujours excusé, il n'est pas forcément représenté en plus avec toute la réorganisation, la dernière fois lors de notre table stratégique ils étaient tous à [préfecture de région] » (Pilote H)

Les deux précédentes citations mettent en exergue une appropriation incomplète des mécanismes de concertation mais la citation suivante met en lumière une certaine diffusion de la culture intégrative.

« J'ai l'impression que on est quand même parti dans une bonne direction, [...] mais cela serait dommage de laisser tomber ce qui a germé. [...] ils [la table stratégique] nous ont dit mais vous êtes nul, notez tous les appels que vous recevez et ce que vous avez passé, bon on a décidé de l'acter. [...] On a demandé aussi à la table tactique de voir un petit peu quelle était leur vision par rapport à l'avenir en présentant la note entre souhait, c'est-à-dire souhait de labelliser. [...] Ils sont tous partenaires, les gens ne font pas cela par défaut, ils l'ont choisi, cela leur pose plus de problème que ce que cela ne leur apporte de solution et ils continuent, ils se font plaisir et je crois que cela c'est un super moteur, [...] j'ai l'impression que ces gens là souhaitent que ce travail se poursuive donc c'est des moteurs positifs puisqu'on a des interlocuteurs qu'on ne peut pas appeler guichet unique entre guillemets, mais qui sont des gens qui ont besoin, lorsqu'ils passent la main, que quelqu'un leur assure une sécurité au domicile. » (Pilote H)

Il est possible de constater que la table stratégique donnait des instructions au pilote, ce qui témoignait d'une appropriation du concept de table décisionnelle. Par ailleurs le pilote engageait au niveau tactique une demande de positionnement commun.

« Pour moi je crois que MAIA c'est la formalisation, c'est l'écrit, c'est la traçabilité, c'est le suivi MAIA par rapport au reste, ce qui était fait, c'était pas mal fait finalement, mais il y avait aucune trace, aucun suivi noté » (Pilote H)

Même si la citation témoigne d'une appropriation un peu réductrice du pouvoir transformateur des MAIA, elle soulignait la bonne compréhension des mécanismes qui cherchent à rendre pérenne les décisions prises.

« Cela touche aussi le secteur sanitaire puisqu'ils sont quand même, et englobe je dirais mieux le malade, la famille et les aidants autour, c'est-à-dire englobe mieux les trois sphères de complexité, j'allais dire la complexité de la personne, la complexité de l'aidant, la complexité des aidants autour, et je crois que le gestionnaire de cas peut avoir cette vision synthétique de ces différentes sphères, des dysfonctionnements là dedans, des points sur lesquels il peut s'appuyer et il prouve aux intervenants, aux aidants je dirais professionnels qu'ils connaissent le mécanisme, qu'ils ne sont pas dupe de leur difficulté, qu'ils ne veulent pas faire le métier à leur place » (Pilote H)

La citation précédente témoigne de la bonne appropriation par le pilote de la fonction de gestion de cas.

« Par contre il se sera créé un besoin, un vrai besoin, et là politiquement qui assumera notre disparition c'est-à-dire déjà on a l'impression que je ne sais pas comment on doit mourir, mais je crois qu'on ne peut plus nous tuer localement. » (Pilote H)

La notion de besoin, politiquement fort, exprimé dans cette citation faisait passer l'idée que le dispositif était sans doute perçu comme répondant à des attentes locales.

« L'autre jour on échangeait avec le président, [...] je pense qu'il a eu des retours de la population, parce que bon le fait qu'on soit un département rural, il est très, très proche des gens et il a eu des retours, et ce qu'il nous a dit en début de semaine c'est quand même qu'il pensait que ce maillon il existait et maintenant il se rend compte qu'il manquait et que du coup on apporte un plus » (Pilote H)

Le président du conseil général avait reçu lui-même des retours de l'activité des gestionnaires de cas qui lui faisaient appréhender que le dispositif répondait à une attente

« Sur les tables je vois quand même une évolution, les gens viennent et ils sont moins consommateur d'info, ils participent plus. [...a propos d'une décision concernant la possibilité pour les SAAD de participer en table tactique] cela a été dit en table stratégique, dans le dernier compte rendu c'est acté, cela a été dit en tactique, et cela a été repris en stratégique. » (Pilote H)

Cette appréciation paraît une phase assez déterminante du processus d'appropriation. Même si la résultante (non participation des SAAD à la table tactique) paraît ne pas devoir favoriser l'intégration de tous les services sur le territoire, la prise de décision commune et publique marquait un engagement symboliquement fort dans un processus commun.

« Dès que j'ai une situation, que j'ai besoin d'info ou que je suis sollicité, je les sollicite, j'en informe aussi la responsable, c'est lourd, mais tant pis, pour qu'elle voit, elle aussi où cela pêche, elle a essayé aussi de son côté, elle se rend bien compte, on va se revoir, on refait un point donc, on c'était vu en janvier, six mois on se revoir en juin » (Pilote H)

Cette citation qui expose une situation de tension avec un des partenaires mettait également en évidence la volonté de ce partenaire au côté du pilote à trouver des solutions adaptées.

« Parce qu'en stratégique, le souci c'est qu'à des moments j'ai voulu aller voir certains partenaires stratégiques, notamment par exemple [un acteur stratégique] où on ne m'a pas forcément donné le

feu vert, [...] pour l'instant je n'ai pas encore contacté, j'attends que les promoteurs se positionnent et me disent ce qu'il en est [...] Mais moi ce que je regrette un peu, c'est que j'ai l'impression que cette discussion de fond entre les deux [acteurs stratégiques], elle n'a jamais eu lieu, et le problème c'est qu'en table stratégique on n'a pas la bonne personne, donc on ne peut pas forcément le faire et j'ai un peu l'impression qu'ils m'ont réorientée vers la chef de service [partenaire tactique sous tutelle d'un des partenaires stratégiques] et en gros on se débrouille comme cela, mais qu'au-dessus il y a pas de, c'est un peu, voilà, et c'est vrai que je regrette un peu qu'on n'ait pas une vraie confrontation [...] je pense que la notion commence à se mettre en place du fait aussi que maintenant ils travaillent déjà ensemble mais là on est passé aussi un peu à l'étape de l'écriture, on formalise avec du papier, on formalise vraiment, concrètement ce qui est fait, donc on est obligé de noter beaucoup plus de choses et cela reste beaucoup moins à l'oral » (Pilote K)

L'extrait met en évidence une difficulté importante de pilotage stratégique, néanmoins, le pilote n'était pas bloqué par cette difficulté et poursuivait l'animation de la table tactique en concrétisant les travaux dans une logique de pérennité des processus mis en œuvre.

« C'est vrai que pour le CG ils nous ont dit, c'est la première fois qu'ils font un partenariat vraiment, parce qu'il y a une convention qui a été signée entre les deux acteurs, et c'est la première fois qu'il y a eu un partenariat aussi fort pour mettre un projet en place avec une association, donc je pense qu'il fallait aussi que chacun puisse un peu prendre ses repères, parce que ce n'est pas les mêmes habitudes de travail, ce n'est pas les mêmes pouvoirs de décision, je sais très bien que le CG, il y a des choses qui ne dépendent pas que de [ma correspondante], il faut qu'elle demande aussi à sa hiérarchie, donc ce n'est pas les mêmes enjeux non plus. » (Pilote K)

La citation souligne le caractère original du partenariat mis en œuvre dans le projet MAIA. Sur ce site, le potentiel innovant du projet MAIA pouvait ainsi se trouver largement favorisé par l'originalité du partenariat amenant chacun des partenaires à se redéfinir.

« C'est vrai que des fois je sentais bien qu'on avait envie d'aller plus loin notamment parce qu'on avait envie de faire des choses en commun avec des SSIAD pour qu'on puisse, rien que d'avoir un cahier de liaison en commun, on n'a jamais réussi » (Pilote K)

Dans ce discours, le pilote exprimait la naissance d'un projet commun, ce qui paraît être un élément symboliquement fort de l'évolution vers un projet MAIA commun.

« Dès le départ, moi quand je suis allée voir comment cela fonctionnait, on a des médecins, des as, des professionnels du médico-social, qui ont l'habitude, cela fait 15 ans qu'ils travaillent comme cela ensemble, je trouve que c'est quand même assez particulier d'avoir déjà ce rapprochement du sanitaire et du social pour certains, ce n'est peut-être pas le cas pour tous, qui étaient déjà perçus et de se dire que s'ils ne travaillaient pas ensemble ils allaient louper quelque chose pour la personne âgée » (Pilote K)

Le site partait d'un haut niveau de collaboration médico-social-sanitaire sur le plan clinique.

« Il y a des associations d'usagers qui sont là aussi et qui ont aussi envie que l'on soit encore plus transparent, parce qu'ils nous disent, notamment le CODERPA qui sont peu présents sur le Cher, que leurs adhérents, ils ont besoin aussi de comprendre et de savoir ce qu'on peut leur apporter, et c'est vrai que du coup ils nous poussent beaucoup à vraiment faire du concret, à vraiment faire de la plus value parce que les personnes âgées elles ont besoin de voir que ce qu'on fait, c'est un plus pour elles, c'est quand même l'objectif » (Pilote K)

Cet extrait souligne un haut niveau d'implication des associations d'usagers.

« Je pense que sil n'y avait pas, cela va vous paraître stupide ce que je dis, mais sil n'y avait pas la table stratégique je crois qu'il y a des moyens qui seraient déjà repartis, qui seraient rétractés, je me fais comprendre ? [...] quand je parle de la table stratégique, ce n'est pas se réunir et se voir, c'est le compte rendu que tout le monde reçoit avec les commentaires, en plus on fait des comptes rendus plutôt étoffé, [...] c'est la visibilité qui est procurée par le formalisme MAIA c'est de cela dont je parle, c'est ce qu'il manque au CLIC c'est pour cela que les guichets unique CLIC n'ont pas marché. [...] Vous n' imaginez pas l'ampleur politique du débat qui a été extrêmement mal vécu par le CG, en tout cas par le directeur adjoint des services à la solidarité, mais qui a abouti à cela, par exemple, jamais on aurait obtenu la possibilité de formuler quelque chose d'aussi construit, d'aussi étayé, d'aussi péremptoire, d'aussi motivé sil n'y avait pas eu cette visibilité au formalisme des tables, vous voyez, voilà. » (Pilote O)

Cette citation insiste sur un mécanisme de concertation stratégique produisant déjà des effets (notamment de négociation) par l'installation de processus d'aide à la décision (compte-rendu précis à approuver).

« MSA et CRAM [...], mais là par contre on a un accord pour que les évaluations soient validées et pas redondantes, mais pas pour l'APA » (Pilote O)

Même si cette citation met en exergue un travail encore inachevé, l'acceptation de l'évaluation des gestionnaires de cas par la MSA et la CRAM témoignait d'un niveau de concertation réellement stratégique.

« Ce numéro [de téléphone] possède un outil qui s'appelle [X] qui est un annuaire qui répertorie l'ensemble des services, de tout les services sociaux, administratifs, c'est un annuaire social extrêmement complet, actualisé » (Pilote O)

La citation met en lumière une condition favorable de développement du système d'information partagé, un annuaire sur plateforme web, témoignant par ailleurs de la mise en commun d'un certains nombres d'informations relatives aux services rendus par chaque partenaires.

« On les appelle personnes ressources parce que il vaut mieux partir de ce qui est plus compréhensible par ici et qui vont constituer le guichet unique, mais tous ces gens là y compris les personnes ressources, ont participé à ces deux jours de culture commune, ce qui n'est pas plus mal et cela a permis d'arriver maintenant à un consensus sur qui est correspondant du guichet unique » (Pilote O)

Cette citation démontre la diffusion de valeur commune dans le territoire. La diffusion de ces valeurs communes a pu être constaté par les experts lors de la visite sur site, y compris par la rencontre de partenaires extérieurs au porteur. Les experts ont également pu constater un début de diffusion de cette culture dans le milieu libéral.

4.2.3. Les sites qui ont de la difficulté à implanter le dispositif ou à créer la dynamique partenariale mais qui poursuivent leurs efforts dans un sens qui laisse penser que la probabilité d'implantation du dispositif dans l'année qui suit reste élevée (n=3 dans groupe 3)

Les limites de cette classification sont les mêmes que celle appliquées à l'appartenance au deuxième groupe. Trois sites appartiennent à ce groupe. Ils ont tous plutôt une offre socio-sanitaire assez riches sur le territoire ce qui nécessite un travail partenarial intense notamment au niveau tactique.

Dans les sites appartenant à ce groupe, ce type de discours illustre une faible implantation du dispositif, avec des possibilités d'amélioration :

« On avait rencontré les partenaires en amont, et par rapport à ces rencontres avec les partenaires, en lien avec la problématique, on avait fixé des objectifs qu'on avait déclinés en actions, et qui ne sont pas de l'essence même de la MAIA, qui ne sont pas de l'intégration, et du coup comme on s'était engagé dans ces voies-là, on les a poursuivies quand même et tout cela, cela me prend beaucoup de temps au détriment de ce qui fait vraiment l'essence de la MAIA et de l'intégration, le travail pour le guichet unique, déjà je manque de temps, mais en plus le fait de s'être avancé sur ces voies-là en plus cela me pose problème et en même temps je trouve que c'est pertinent, les actions qu'on a choisi de mettre en place, je trouve qu'elles ont du sens, mais ce n'est pas le fondement même de la MAIA, je me dis que si je ne travaille vraiment que sur l'intégration, je m'en sortrais mieux certainement, j'aurais plus de temps.[...] moi ma difficulté par rapport à mes tables de concertation c'est plus de les rendre acteurs, j'ai fait pour l'instant trois réunions de chaque comité, pilotage et tactique, ils sont très spectateurs, ce qu'on présente, c'est validé, cela suscite peu de réactions et peu de réflexions, j'ai du mal à les rendre acteurs [...] là on est dans une nouvelle dynamique, c'est un peu comme si on s'autorisait, on est tous autour de la table, est-ce qu'on peut changer cela, ce n'est pas encore fait, mais on est dans une nouvelle dynamique je pense. » (Pilote C)

Le pilote signalait d'importantes difficultés à mobiliser les partenariats dans la prise de décision, notamment parce que le projet initial du site était assez éloigné des concepts d'intégration MAIA. Néanmoins, le pilote parlait déjà en fin de citation de façon inclusive. Le « on » utilisé semblait témoigner d'un début de collectivisation du projet.

« Les directeurs de CCAS, les élus, je les côtoyais déjà, par contre cela s'est élargi vraiment surtout au niveau sanitaire avec le milieu hospitalier, je trouve que cela a eu un impact, cela m'a amenée à côtoyer des professionnels avec qui on avait peu d'échange au départ. [...] On a quand même une majorité de situations qui nous sont orientées par le milieu sanitaire, médecin traitant, médecin hospitalier, consult mémoire, finalement je me dis avant on travaillait peu avec eux, parce qu'on n'y allait pas, c'était vraiment cela, il fallait faire le pas, on disait qu'on le faisait, mais on ne le faisait pas, enfin là je pense, donc là il y a une évolution vraiment, je dirais naturellement les partenaires du champ médico social on allait vers eux naturellement et cela se faisait, et le sanitaire, il fallait faire la démarche, et il y a quelque chose qui s'amorce en tout cas, et peut-être que c'est, je pense que c'est la MAIA qui a été le déclencheur. » (Pilote C)

Ce pilote qui était déjà sur site avant le début de l'expérimentation MAIA signalait un élargissement des partenaires habituels de la structure porteuse notamment vers les acteurs sanitaires ce qui

témoignait d'un potentiel intégrateur du projet sur le site. Toutefois, il paraît essentiel de dépasser la seule implication au niveau clinique qui est signalée dans la citation

« C'est ce qui entraîne le plus de réactions des différents participants à la table, je présente le reste du projet, ils sont plus spectateurs, et si on passe sur la gestion de cas, il y a plus de réactions, sur des chiffres, sur les difficultés qu'ils rencontrent, c'est plus mobilisateur quand même, même s'ils commencent à bien comprendre le guichet unique, à comprendre l'intérêt, etc., cela c'est quand même concret et cela a redonné un élan à la MAIA quand même. » (Pilote C)

Dans cet extrait un mouvement, fréquemment noté par ailleurs, apparaît clairement : un des éléments forts de mobilisation de la table de concertation est l'arrivée des gestionnaires de cas. Si cette dynamique est importante au projet il importe de la dépasser, ce que le pilote ici problématisait puisqu'il mettait en perspective l'idée qu'il fallait les impliquer dans les autres dimensions (notamment le guichet unique dans cette citation).

« On a fait un protocole de fonctionnement de la gestion de cas qui a été validé en [table tactique], et qui devait être validé en [table stratégique], mais qui ne l'a pas été, et qui reprend les critères de complexité, et les méthodes d'intervention, la façon dont ils s'y prennent, et donc, par rapport au médecin traitant, ce qui est formalisé c'est que systématiquement pour toute demande de gestion de cas, ils contactent le médecin traitant et ils font un retour des différentes données qu'ils ont de la situation, c'est tout ce qu'on a mis par rapport au médecin traitant. » (Pilote C)

Ici, le pilote signalait un effet concret de décisions prises en table tactique. Même si l'intégration, une fois de plus, semblait surtout se faire au niveau clinique avec une implication faible voire nulle du niveau stratégique, le potentiel de mobilisation des acteurs tactiques paraissait réel. Cela correspondait, par ailleurs, aux observations réalisées sur place par les experts.

« C'est vrai que par rapport à ce déroulement là c'est toujours moi qui sollicite, pour les remettre face à leur rôle de porteur, moi je n'ai pas l'impression d'avoir un porteur derrière moi qui soit, en tout les cas j'ai le sentiment que j'ai un porteur qui sait déjà derrière les idées qu'il va avoir et qui n'est pas forcément de porter un projet, qui soit complètement le projet de la CNSA et du plan Alzheimer. [...] jusqu'à présent l'implication dans MAIA elle était réelle mais elle était plus concept, cela ne touchait pas complètement, directement leur service si ce n'est pour d'une certaine façon, pouvoir se libérer des patates chaudes vers la gestion de cas, là d'un seul coup cela va être eh bien on a travaillé sur des outils mais il va falloir aussi que vous les mettiez en place et que vous travailliez avec, on a travaillé

sur le guichet unique, ok mais le guichet unique vous en faites parti donc il va falloir aussi [...]c'est ce projet, cela engendre trop de changement qui perturbe dans l'intégration de service, je veux dire cette notion elle est belle, elle est bien, mais quand elle passe au pratique elle engendre quand même des réticences énormes. [...] oui, il y a une partie de concertation, il y a une partie d'échange, il y a une partie qui est constructive, mais je vais dire que la partie réelle et constructive de concertation depuis on va dire le mois de janvier est à peine de la moitié, le reste du temps est beaucoup de remise en question et de remise en cause de ce qui s'y fait, de comment, de pourquoi, et de toujours remettre en question ce qui a été fait, les outils, le pour quoi, le comment [...] ce qu'ils veulent dans les équipes c'est « oui, mais votre concept MAIA ok, mais moi on voudrait savoir ce que c'est la gestion de cas et ce que vous allez nous apporter avec la gestion de cas » (Pilote Q)

Ce que souligne cette citation est l'ambivalence dans laquelle se trouvait ce site. En effet, il y a trace d'une concertation installée, mais celle-ci semblait « patiner » sur les concepts et la remise en cause plutôt que sur la prise de décision (estimée toutefois à 50% du temps de concertation par le pilote ce qui n'est pas rien). Il semblait probable que l'investissement faible du promoteur dans le pilotage soit en cause. Si l'intégration elle-même paraissait peu implantée, dans la citation, il semblait y avoir des pratiques d'orientation vers la gestion de cas et les files actives (qui ont été constatés par les experts lors de leur visite) qui témoignaient d'une activité réelle de gestion de cas sur ce site. Si cette activité était insuffisante pour produire « par elle-même » l'intégration, elle était une condition favorable au développement de l'intégration sur ce site.

« Cela a changé quelque chose, le truc positif c'est... qui a été exprimé plusieurs fois au niveau [de la table tactique] qu'en tous les cas ce qui était vachement bien dans MAIA c'est qu'ils pouvaient se parler, qu'ils se connaissaient mieux, qu'ils se comprenaient mieux, c'est long, c'est des fois très houleux, mais à chaque fois il y a quand même le coté positif c'est qu'effectivement maintenant on se connaît mieux et maintenant on va pouvoir mieux travailler donc oui, la concertation je pense que petit à petit... » (Pilote Q)

Cette citation témoigne d'une condition indispensable à la création de la concertation efficace c'est la création d'opportunité de rencontre et de connaissance mutuelle. Si le fait d'organiser ces rencontres et cette « connaissance » n'est évidemment pas suffisant pour aboutir à la « réorganisation » des services il s'agit d'une condition préalable.

« J'étais sur [une structure d'une petit ville] et donc avec, ce n'était pas la [nouvelle structure x], c'était [l'ancienne structure y], mais sinon je ne connaissais pas du tout le fonctionnement.[...]

Question : Et quand ils vous ont recruté, il n’y en avait pas avant vous de [intitulé du poste] ?

Non, il n’y en avait pas.

Question : D’accord donc ils ont institué la fonction à ce moment-là, et cette fonction elle aurait existé même sans le projet MAIA ?

Oui, parce qu’ailleurs ils en ont mis, il y a des médecins qui sont devenus [même intitulé de poste], ici je pense qu’ils avaient demandés à notre médecin d’être [même intitulé de poste], mais en plus venir un peu en aide sur le projet MAIA. » (Pilote A)

Cette extrait permet de comprendre que le site MAIA était plongé dans une réorganisation importante sans lien direct avec le projet MAIA et dans lequel ce projet était quelque peu « dilué »

« Nos [tables tactiques] tels qu’elles existaient, on c’est bien rendu compte qu’on descendait une information, on avait bien l’impression que le message était passé et quand on allait revoir un par un, voilà quoi, donc je ne sais pas peut-être qu’on est trop nombreux du coup ils ne posent pas les questions [...] On est plus de 30, ils sont 35, ce n’est pas possible, du coup ils écoutent si vous voulez, mais ils ne partagent pas, ils n’échangent pas, » (Pilote A)

Le pilote reconnaissait implicitement une situation de concertation peu efficace.

« la MDPH chez nous a signé des conventions avec les, ils font un peu le même travail que nous on fait, là aussi on peut s’appuyer sur eux, ils ont signé une convention avec l’UNCASS pour que les CCAS puissent être, eux ils n’appellent pas cela porte d’entrée, mais c’est aussi pour faire de l’accueil, de l’information pour les personnes handicapées, donc ils ont déjà signé avec l’UNCASS, et ils ont signé avec [un acteur tactique local], nous en fait on est rentré derrière, on a fait une convention un peu différente pour [le même acteur tactique local] parce qu’ils avaient déjà signé avec la MDPH, moi là où j’ai un peu de souci par rapport à la compréhension, [...] si vous voulez moi la MDPH je les voyais comme point d’accès, comme nous, mais en fait la MDPH dans la convention elle apparaît donc en fait nos partenaires signent avec nous, mais signent aussi avec la MDPH, [...]si vous voulez pour nos partenaires je comprends aussi que ce soit un peu compliqué quoi » (Pilote A)

Cet extrait met en évidence que le travail en parallèle, voire en concurrence de la MDPH et de la MAIA sans intégration des concepts était susceptible, sur le territoire, d’entraîner des confusions et d’entraîner par ailleurs une adhésion incomplète du partenaire MDPH au dispositif qu’il pouvait voir principalement comme un développement parallèle.

« Si vous voulez au départ quand le projet avait été imaginé ils avaient fait une table mixte, cela c'est vraiment au tout début, je pense qu'ils étaient pressés, moi je l'ai vécu comme cela, au moment de reprendre le projet après et ils c'était dit on n'a pas le temps de réunir tous les SSIAD pour demander à tous les SSIAD de déléguer un SSIAD, on n'a pas le temps de faire cela avec les SSIAD, donc ils se sont dit sur chaque territoire, on va prendre un peu des représentants de chaque établissement et service, donc par exemple on c'est retrouvé avec le SSIAD de [la ville x], celui de [la ville y], mais pas de SSIAD dans les terres, vous voyez dans [la table tactique] on s'est retrouvé un peu avec une disparité des partenaires, de cette [table tactique] on en a fait une table tactique et stratégique, donc on avait tout confondu [...] Il en manquait parce qu'on avait quand même pas tout le monde, en plus on avait aussi bien des directeurs d'EHPAD qui eux pouvait avoir un pouvoir décisionnel, mais par exemple [l'hôpital] ils envoyaient l'action social ou l'HAD donc avec quand même une difficulté, si vous voulez, la difficulté on va essayer de la remettre en positif, de ce que vous aviez dit on n'était pas dans les clous, n'empêche que cela nous a bien servi pour parler du projet, pour échanger avec eux, et pour essayer de le faire comprendre ce qu'était une MAIA, » (Pilote A)

Même si le pilote parlait ici au passé, il mettait en lumière une importante difficulté avec constitution très rapide d'une table mixte dont le potentiel de réorganisation était faible mais avec un redécoupage qui a pu s'avérer très complexe, le pilote en avait profité néanmoins pour diffuser la culture de l'intégration.

« on a enfin accès à l'APA pour tout notre territoire MAIA sachant que les partenaires on aimerait bien qu'ils aient accès aussi, mais pour l'instant n'y ont pas, ils sont obligés de passer par l'accueil, ensuite la MDPH nous a donné accès, là aussi avec bien des difficultés, à tout leur site, donc les accueillantes peuvent aussi aller voir si le plan d'aide PCH est arrivé, s'il va être envoyé, on a accès enfin à toutes ces données là, mais on n'arrive pas à partager le plan d'aide, ni avec les points d'accès, ni avec les portes d'entrée. » (Pilote A)

Cette citation permet de constater qu'il existait une réflexion enclenchée sur la circulation d'information sur le territoire.

« Au point d'accès, là on a bien fallu qu'il avait fallu réexpliquer, à quoi aller servir la MAIA, et puis bon ils nous ont donné un accord de principe, les cinq points d'accès, mais qui n'est que sur deux territoires, donc ils ne couvrent pas en fait toute la MAIA c'est un peu de souci, [l'hôpital] qui ne sait pas encore très bien sur quel service il va s'appuyer pour être point d'accès, est ce que cela va être sur son service social, est ce que cela va être sur HAD, [...] deux gros CCAS, [...] [un réseau de santé], en

point d'accès, et le [un partenaire privé tactique] qui est en fait, enfin traite les personnes handicapées sur [telle ville], donc un partenaire privilégié par rapport au handicap on va dire, mais qui a en son sein tout ce qui est justement dépistage maladie d'Alzheimer donc c'est eux qui font les consult mémoire » (Pilote A)

Nonobstant les difficultés pointées précédemment, cette citation met en exergue un travail associant à la fois des partenaires du médico-social et du sanitaire ainsi que public et privé traduisant ainsi une bonne appréhension de la nécessité de dépasser les frontières habituelles de fragmentation.

4.2.4. Les sites qui avaient des difficultés importantes à implanter le dispositif et où les mesures mises en œuvre ou projetées paraissaient plutôt tournée vers d'autre(s) objectif(s) que celui de l'implantation du dispositif MAIA (n=4 dans groupe 4)

Dans ce groupe, le projet du promoteur était souvent prédominant et/ou la dynamique partenariale faible (ou bien uniquement tournée au "suivi" de l'expérimentation qui semble "appartenir" au promoteur). Comme nous le verrons plus loin, le projet du promoteur a souvent été sensiblement différent de celui de l'implantation d'un dispositif MAIA, ce qui n'est pas particulier à ce groupe. Ce qui est ici particulier c'est l'absence de volonté ou l'impossibilité pour le promoteur d'adapter son projet initial pour qu'il permette l'émergence d'un dispositif MAIA. Quatre sites appartenaient à ce groupe. Tous sauf un avaient plutôt une offre socio-sanitaire assez riches sur le territoire ce qui nécessitait un travail partenarial intense notamment au niveau tactique. Le dernier s'appuyait sur une offre sociale assez riche mais une offre sanitaire plutôt très pauvre (milieu rural).

Dans les sites appartenant à ce groupe, ce type de discours illustre une faible implantation du dispositif, avec des priorités qui paraissent incompatibles avec la réorganisation importante (notamment sous l'angle de tendre à la coresponsabilité) que suppose la mise en œuvre du dispositif MAIA :

« Je vois ce lundi, j'ai compté le pourcentage de présents par rapport à la liste, 40 %, on n'a jamais une table complète, jamais. [...] ce sont toujours les mêmes qui se déplacent et ceux qui se déplacent ce sont ceux qui sont vraiment déjà investis au sein de ce dispositif. [...] je m'aperçois qu'aujourd'hui notre difficulté c'est que jusque là nos tables, on était plus dans la transmission d'informations, là, pour cette fois-ci, on s'est quand même attaché à ce qu'il y ait quand même soit approbation, soit validation de l'une ou de l'autre table, mais je m'aperçois qu'on est encore beaucoup dans la transmission d'infos, et même transmettre des informations, il faut que ce soit suffisamment clair et concis parce que le temps qui nous est imparti est relativement court. [...] C'est parce que chacun déjà

pour son propre établissement ou service a énormément investi en temps, en moyens humains, financiers, que cela leur semble difficile aujourd'hui, parce que je pense que la plupart ont mis en place déjà des systèmes d'évaluation parce qu'ils sont obligatoires pour leur propre service ou établissement et que là s'il faudrait changer, ils ne sont pas prêts à cela [...] il ne faut pas qu'on occulte non plus la mise en place future [d'un autre projet propre à la structure], [...] les difficultés rencontrées par les gestionnaires de cas c'est qu'effectivement notre travail d'intégration n'a pas été suffisamment poussé pour leur favoriser une prise de fonction, je dirais, plus sereine » (Pilote D)

Ces extraits de discours permettent d'identifier des dysfonctionnements importants dans la concertation mais surtout dans le faible niveau de priorité mis sur le projet MAIA par les différents partenaires tactique ou stratégique et même par le promoteur lui-même.

« La MAIA est un peu mal perçue parce qu'on a l'impression que la MAIA est l'œil de Moscou pour voir comment cela se passe au [niveau tactique] quelque part c'est vrai, même sans le vouloir c'est vrai » (pilote D)

Le projet MAIA était par ailleurs suspecté principalement d'être instrumentalisé par le porteur, ce qui nuit aux possibilités d'implantation.

« Il y a cela [l'interlocuteur vient de décrire l'ensemble des services qui préexistaient à la MAIA] qui est à la fois un atout, mais à un moment les acteurs disent souvent on ne va pas foutre en l'air ce qu'on fait déjà bien, et cela ça peut à un moment révélé dans le cadre de la MAIA une difficulté à aller plus loin. [...] moi une de mes difficultés c'est de me dire qu'est ce que je présente à un comité tactique, qu'est ce que je présente à un comité stratégique, aujourd'hui j'ai encore du mal, et les comités se ressemblent.[...] Hormis le fait que j'amène aussi des éléments financiers, j'ai du mal à vraiment donner des couleurs différents, mais les débats n'ont pas la même teneur, mais moi dans ce que j'amène je n'ai pas l'impression d'amener des tonalités différentes au contenu, mes diapos sont très similaires. [...] Nous on le propose, mais sur d'autres domaines il y a des conventions qui ont été dénoncé [entre deux partenaires stratégiques], sur les mêmes temps donc ce n'était pas évident quoi, moi je le propose, je suis prêt à formaliser avec qui veut, à travailler avec les techniciens s'ils le souhaitent pour qu'on propose des projets de conventionnement à nos autorités mais aujourd'hui ce n'est pas encore gagné à ce niveau là. » (Pilote N)

Dans cette citation, le pilote exprimait une ambivalence des partenaires à se positionner par rapport au projet. Leurs propres structurations préexistantes semblaient avoir une valeur spontanément plus

grande. L'absence de différence entre les comités mettait en exergue une appréhension incomplète des concepts ou de leur mise en œuvre par le pilote.

« Peut-être que je n'ai pas été clair avec eux, parce que je ne suis pas forcément au clair tu vois sur cela, par exemple, qu'est ce qu'on attend d'une table stratégique, comment on peut l'animer, comment on peut lui donner des missions, comment on peut lui transmettre ses attentes, je ne sais pas, là-dessus je ne suis pas satisfait du tout » (pilote N)

Dans ce troisième site, le pilote exprimait un malaise profond avec une des composantes clefs du dispositif, ce qui retentit sur les possibilités d'intégration du territoire constatée lors de la visite.

« On avait fait une formation grille AGGIR puisqu'elles sont elles mêmes habilitées à évaluer, à faire le plan d'aide, si un gestionnaires de cas se rend compte que la personne qu'elle suit peut avoir besoin d'une APA, elle même fait l'éval, elle même fait le plan d'aide, et c'est accepté comme tel [...] le projet MAIA a un impact rayonnant, il y a une onde de choc en terme des populations puisque tout ce travail d'éviter les redondances, de se mettre autour de la table, cela a une répercussion pour toutes les personnes qui ont besoin de nos services et de leur coresponsabilité et cela a un impact géographique puisque les gens qui sont autour de la table n'ont pas qu'une vocation locale sur le territoire de la MAIA, le travail qu'on a pu effectuer pour éviter les redondances d'évaluation entre la CRAM et le CG bénéficie sur tout le territoire départemental aujourd'hui. »(Pilote N)

Les actions entreprises, même si elles touchaient principalement l'activité clinique des gestionnaires de cas (reconnaissance d'évaluation) étaient susceptibles de produire des effets intégrateurs non négligeables.

« Au guichet unique et idem aux gestionnaire de cas, quand on leur a donné nos documents qu'on avait réfléchi entre nous, il a fallu qu'elles se les approprient en modifiant les termes et les critères, en disant là ce n'est pas là qu'il faut le mettre, on ne va pas chercher cette information, donc j'ai fait remonter cela en table tactique et demain ce sera validé en table stratégique les modifications de leur fiche de demande en gestion de cas.

Question : Et la table stratégique elle sert principalement à valider ?

A valider » (Pilote B)

La citation permet d'éclairer une difficulté de ce site où la construction du dispositif MAIA se fait uniquement au niveau tactique avec un investissement quasi-inexistant au niveau stratégique. Les observations réalisées sur site confirment un investissement stratégique nettement insuffisant.

« Si cela pouvait perdurer ce serait génial, la représentation que je me fais du guichet unique et à chaque fois que je dois présenter quelque chose, je leur dis toujours que c'est pas un endroit unique mais que c'est une cordée de montagnard, au début j'avais la brochette, mais la brochette cela fait mal donc j'ai plutôt pris la cordée de montagnard, la gestionnaire de cas qui a sa cordée de montagnard, avec un montagnard qui est l'infirmière, le médecin traitant, le médecin hospitalier, le kiné, le service d'aide à domicile, elle fait pour aller à un endroit, qui est le bon endroit, et l'objet de cet endroit c'est le bien être, le confort, le maintien à domicile de la personne aidée, moi pilote j'ai les [n] cordée et vous l'EPN vous avez les 17 sites donc c'est ainsi que je l'explique quand je dois l'expliquer » (Pilote B)

En expliquant le guichet unique à partir d'une image où le gestionnaire de cas est « premier de cordée », le pilote a pu limiter la portée du guichet unique à celle de la gestion de cas, l'ensemble de la portée du dispositif MAIA se voyait ainsi remis en question.

« C'est nous, c'est le SIP, il faut au moins que j'arrive à montrer que j'ai essayé de proposer quelque chose ou réfléchi sur quelque chose mais là on a quand même pas mal de difficulté. » (Pilote B)

Dans cette citation il est intéressant de noter les glissements de personne du « nous » au « je » puis au « on ». Le projet était encore mal défini comme un projet commun comme les experts ont pu le constater lors de la visite.

« Dans mon idée c'était pas aussi interactif en [table tactique], je ne m'attendais à ce qu'on ouvre un débat comme en groupe de travail par exemple, du coup les partenaires ne sont pas encore, on a fait que le troisième cela commence à être un peu plus, on a réussi à mieux mener des échanges et je pense qu'eux à mieux intégrer le projet aussi, je pense qu'on aurait pas pu faire autrement que d'être dans la présentation au départ du projet, mais c'est vrai que moi sur le moment je n'avais pas perçu le côté interactif de [la table tactique]. » (Pilote F)

Cet extrait met en évidence une difficulté importante sur ce site où les habitudes de réunions de coordinations étaient importantes. Le projet MAIA a été vécu comme une nouvelle forme de réunion de coordination où les décisions à prendre sont de faibles portées. L'ensemble des constats réalisés

sur site permet de renforcer l'idée d'un projet ayant un faible potentiel intégrateur car principalement basé sur des discussions ne remettant pas en cause les fonctionnements habituels.

« il y a des professionnels que cela a gêné et cela les a fait prendre en main la situation, donc en fait finalement pourquoi vous venez chez nous, on s'occupe de tout, et la preuve on va le faire, donc elles ont anticipé sur l'action de la gestionnaire de cas et on fait à sa place alors qu'elles avaient convenu une organisation en réunion de synthèse peu de temps avant, après je pense qu'il y a des personnalités où cela ne marchera pas forcément auprès d'eux, mais c'est vrai que sur ce territoire là ils sont organisés ensemble, ils font pour pallier à pleins de chose. » (Pilote F)

Le territoire MAIA présentait une faible homogénéité au regard de l'adhésion au projet.

« Je parle plus de la tactique en fait, car c'est plus ces acteurs là qui vont être dans les groupes de travail et qui vont travailler vraiment et s'impliquer par rapport aux actions » (Pilote F)

Il est possible de constater ici un faible niveau d'implication des partenaires stratégiques dans le dispositif.

« Le fait que je sois identifiée MAIA, ils nous appellent MAIA les gestionnaires de cas et moi à l'hôpital on est les MAIAs » (Pilote F)

L'identification MAIA et Gestion de cas n'est pas sans conséquence sur la faible réorganisation des services constatée.

« Elle n'a pas du tout été, elle n'a pas revendiquée quoi que soit par rapport au travail du CG, moi je l'avais rencontré plusieurs fois en dehors, on avait parlé plusieurs fois des évaluations avant l'arrivée des gestionnaire de cas, à savoir s'ils pouvaient formaliser à terme un échange sur les contenus des évaluations, elle est souvent sollicitée par les gestionnaire de cas, mais c'est clair ils n'ont pas orienté auprès de la gestion de cas, mais il y a pas de mauvais rapport. » (Pilote F)

Cette citation est assez typique des rapports constatés sur ce site qui étaient marqués par une certaine « indifférence » des partenaires au projet qui était vécu comme « non menaçant » (contrairement à ce qui a été rapporté dans la majorité des sites). En réalité, cette « indifférence » masquait un faible pouvoir transformateur avec une adhésion à minima.

4.2.5. Les sites qui avaient de très importantes difficultés à implanter le dispositif et pour lesquels la probabilité que ces difficultés s'amenuisent rapidement paraissait faible (n=2 dans groupe 5)

Les experts n'avaient pas pour mission de "valider" ou "d'invalider" les sites, et l'appartenance à ce groupe ne doit pas être vue comme le stigmate d'un site où il ne faudrait pas poursuivre l'expérimentation. De l'avis des experts, il paraissait même assez nécessaire de la poursuivre pour pouvoir vérifier si l'appartenance à ce groupe entraînait une impossibilité réelle d'implantation ou seulement un retard. Les deux sites appartenant à ce groupe ont fait face à des difficultés internes de gestion du projet très importantes et à des tensions à l'intérieur même de la structure porteuse du projet. Dans un cas il s'agissait d'une structure promotrice unique mais multifonctionnelle dans l'autre cas il s'agissait d'un groupement de plusieurs promoteurs.

Dans les sites appartenant à ce groupe, ce type de discours illustre une faible implantation du dispositif, avec les tensions persistantes :

« Le guichet unique est un lieu unique où l'on reçoit toutes les personnes, soit cela est assimilé au CLIC, mais moi qui vient de [tel autre acteur tactique], [cet acteur] est considéré comme un guichet unique, moi aussi j'aurais pu considérer que c'était, mais j'ai compris quand même, c'était clairement expliqué dans les documents, donc le délégué [du CG] sur le secteur qui est lui dans une position de coordination gérontologique partenarial, je pèse mes mots sur le partenarial, il ne cherche pas à alléger les considérations techniques de prise en charge des personnes, il ne fait pas ce qu'est censé faire la MAIA et la gestion de cas, il voyait une concurrence CLIC et MAIA, [...], un CLIC est plus grand que le territoire MAIA, cela entraîne un certain nombre de freins dans les sollicitations, un certain nombre de pression sur des gens qui ne veulent pas venir, qui disent que tant que le territoire MAIA c'est pas le territoire du CLIC on ne vient pas, donc on a comme cela un représentant des usagers, qui est présent au niveau du comité du CLIC, des structures de pilotage du CLIC, qui ne veut pas venir en représentation ici et c'est son discours, mais le délégué [du CG] à le même discours, cela c'est politico machin, il n'avait pas candidaté en tant que CLIC sur la MAIA, donc cet élément là pesé on a fait le tour donc France Alzheimer localement est [...] pareil guichet unique, lieu unique, il ne comprenait pas pleins de chose » (Pilote M)

Le pilote exprimait ici plusieurs difficultés majeures. D'une part la compréhension locale (que ne partageait pas le pilote) était que le porteur devait être le « lieu unique » d'orientation. Cette présentation a déclenché *de facto* une situation de tension avec le CLIC qui aurait été, dans une telle organisation, « nié » dans sa propre mission. Cette compréhension étant partagée au niveau tactique et au niveau stratégique la probabilité de voir évoluer rapidement la situation paraissait faible.

« Il y avait le CG, au départ du projet ici on n'avait pas franchement soutenu le dossier, ils avaient soutenu deux autres dossiers qui travaillaient sur les grandes villes, [...], ils avaient soutenu ces deux dossiers là et comment cela c'est articulé au niveau politique, les présentations du dossier je ne sais pas, toujours est-il que du coup on a eu l'impression que la DDASS et le CG étaient un petit peu à la traîne pour ne pas bosser donc première réunion stratégique ici, c'est important parce que cela a un impact fort sur ce qui est vécu par les partenaires, surtout le CG, eh bien pas vraiment de soutien, la CNSA tape du point sur la table, il faut que vous y alliez, vice président du CG représentant de l'action sociale, [...], il était présent à cette réunion il a fini par dire oui, oui, bien, on va y aller. » (Pilote M).

Il paraissait évident qu'avec un locus de motivation aussi externe (la CNSA qui tape du poing sur la table), les chances d'investissement réel du CG (et de la DDASS !) au projet paraissaient assez marginales. Sans participation de ces deux acteurs clefs les possibilités d'implantation paraissaient très faibles.

« Les partenaires ont bien compris que cela se passait en concertation, en table, sauf que le problème c'est qu'il ne se passait rien en table, c'était de l'information descendante, pas de décision. » (Pilote M).

Suite aux constats précédents, ce constat de non installation de table décisionnelle ne paraissait pas surprenant.

« Là cela ne bouge pas, j'ai l'impression que les paramètres, les indicateurs ne bougent pas, que ce soit le CG qui a une optique de positionnement mais qui est aussi largement contraint par des éléments financiers et puis sur un modèle où on va centraliser, gérer des prestations, je ne vois pas encore l'axe territorialisation, accompagnement individuel, cela j'ai peur que cela passe encore à la trappe, quand à [un autre partenaire] il y a toujours en arrière toile on va faire mais c'est quand même pour vérifier qu'on « peut » le faire, [...] est ce que ce qu'on est « en train » de le faire... ? Les décideurs et les porteurs vont vraiment en tirer les enseignements qui ne serviront pas à alimenter X autres projets, mais est ce qu'ils se centreront sur ce projet là ? Parce que le temps avançant je trouve qu'on n'a pas résolu la question de décalage d'agenda, de timing entre l'agenda d'un CG qui a des échéances électorales, l'agenda d'un [autre partenaire tactique] qui est quand même très différent de l'agenda de [l'ensemble des autres partenaires], pour le coup les acteurs sur le terrain sont très soucieux de ce qu'il se passe, moi dès qu'un jour se passe, ils me demandent des nouvelles pour savoir ce qu'il va se passer par la suite, ils sont très demandeurs d'un temps, d'une régularité, d'une mise en œuvre qui suit son chemin, je trouve qu'il y a quelque chose qui c'est passé sur le terrain qui était

éminemment importante mais est ce que les décideurs vont être à la hauteur, d'être là aussi sur le long terme donc c'est vrai [...] aujourd'hui c'est est ce que la mise en œuvre va être soutenu, véritablement accompagné et non pas dévoyé au profit de X ou Y projets encore différents. » (Pilote P)

Ce pilote exprimait une crainte importante d'instrumentalisation du projet MAIA au profit d'autres projets. Cette crainte, qui semblait être celle des partenaires tactiques voire clinique, paraissait de nature à freiner leur investissement sur le moyen terme. L'absence de lisibilité des agendas des différents partenaires paraissait complexifier encore la possibilité d'implantation du dispositif. La résultante est contenue dans les premières phrases faisant état d'un certain immobilisme.

« Alors c'est marrant parce que par exemple le contexte on peut dire que c'est un frein et aussi un levier, c'est-à-dire attentiste pour des raisons financières, administratives, politiques, on a quand même l'impression pour ce qu'est des acteurs professionnels tactiques, ils sont obligés de continuer leur chemin, et même dans ce genre de période ils ont de la liberté pour s'approprier, pour expérimenter » (Pilote P)

Le pilote dans cet extrait mettait en évidence une tendance générale de gestion de projet dans le milieu social ou sanitaire. Le niveau stratégique étant, en fait, absent et attentiste, il délègue le pouvoir d'initiative au niveau tactique (diffusion par le « laisser advenir », plutôt que le « faire advenir »). Si cette condition convient dans un premier temps au niveau tactique qui se trouve ainsi « libre » d'inventer la solution qui lui convient le mieux, elle est en fait couteuse à terme car possiblement non institutionnalisable. C'est une des raisons principales du mode d'implantation bilatéral des MAIA (« top-down » mais aussi « bottom-up »). En ne parvenant pas à impliquer suffisamment les instances stratégiques dans un partenariat coresponsable, le dispositif MAIA se trouvait en fait amputer d'une partie importante de son pouvoir transformateur.

4.3. Croisement des évaluations quantitatives et qualitatives

Sur les 2 sites qui ont été classés dans le groupe 1 selon le jugement des experts, les 2 étaient classés dans la première catégorie selon le score MAIA 24.

Sur les 6 sites qui ont été classés dans le groupe 2 selon le jugement des experts, 2 étaient classés dans la deuxième catégorie selon le score MAIA 24. Les quatre autres sites étaient dans les catégories 3, 4 et 5. Les raisons de la différence de jugement proviennent de deux phénomènes totalement inverses. Dans un site, le score MAIA 24 était élevé au départ et a eu du mal à s'élever d'avantage du

fait notamment de son ancrage clinique et tactique fort avec un investissement relativement lent et faible du niveau stratégique, ainsi ce site qui était plutôt à un score élevé lors de la première évaluation a tendance à quasiment stagner à ce score (effet plafond) les autres sites évoluant, son score se retrouve dans la zone interquartile et son évolution est faible sur la période. Néanmoins, les experts ont pu constater sur ce site un "enracinement" des concepts et des processus d'intégration qui justifient qu'il soit classé par eux dans la 2ème catégorie. Les trois autres sites sont des sites de grande superficie qui après un certain temps de réflexion et d'adaptation du modèle ont choisi d'appliquer le modèle en sous-découpant la zone MAIA en sous-territoire ou s'ancre les tables tactiques respectives (et le gestionnaire de cas) en gardant une seule table stratégique. Le processus d'adaptation du modèle a pris du temps (variable selon les sites) et explique le décalage entre le score MAIA 24 et l'impression des experts d'une bonne probabilité d'implantation du dispositif. Certaines initiatives favorisant nettement l'intégration sur certains de ces sites ne sont par ailleurs pas pris en compte dans le calcul du MAIA 24 (déploiement d'un système d'information sur annuaire partagé sur base web à différents partenaires, mise en cohérence de territorialité d'action sociale en collaboration avec le schéma régional d'organisation sanitaire, appui politique fort, ...).

Sur les 3 sites qui ont été classés dans le groupe 3 selon le jugement des experts, 1 était également dans la troisième catégorie selon le score MAIA 24. Un était dans la deuxième catégorie et le dernier dans la catégorie (MAIA24) 4. Ce site est dans la même situation que précédemment rapportée pour le groupe 2 (haut score initial, difficulté à impliquer le niveau stratégique dans un site principalement tactique). Toutefois, dans ce site, l'hésitation de plusieurs des acteurs tactiques liés au portage du projet témoigne d'une dynamique partenariale problématique, raison de sa classification par les experts en groupe 3. Le site qui était dans la catégorie (MAIA24) 2 témoignait d'une certaine "discipline" dans la mise en œuvre des procédures d'intégration selon les directives de l'EPN mais avec une intégration réelle qui paraissait faible en termes de réorganisation des services; de coresponsabilité ou de mise en œuvre de la gestion de cas au delà de son application clinique.

Sur les 4 sites qui ont été classés dans le groupe 4, tous ces sites étaient catégorisés en catégorie (MAIA24) 2 ou 3. Ce décalage systématique vers le haut du score MAIA 24 pour ces sites dans lesquels les experts ont pu constater des difficultés d'implantation du dispositif est lié au caractère automatique de l'attribution de certains points du MAIA 24 lorsque les consignes de l'équipe de pilotage nationale sont appliquées (même si ces consignes ne prennent en fait pas sens pour les partenaires) d'une part et à la surreprésentation de l'implantation de la gestion de cas sur les autres composantes d'autre part.

Les 2 sites qui ont été classés dans le groupe 5, étaient classés dans la catégorie (MAIA24) 5.

Au total sur les 17 sites, 7 sites sont classés dans la même catégorie selon le jugement qualitatif des experts et selon le score MAIA 24. 5 sites sont "surévalués" par le score MAIA 24 (entre 1 et 2 point), tous dans le groupe 4 de jugement des experts (sauf 1 dans le groupe 3), 5 sont "sous-évalués" par le score MAIA 24 (entre 1 et 3 point dont 1 site classé comme en grande difficulté selon le MAIA 24, catégorie (MAIA24) 5 et en bonne voie d'implantation, groupe 2, selon les experts).

4.4. Facteurs liés au manque de validité de l'outil MAIA24

L'analyse des résultats ainsi que les discussions en équipe projet nationale autour de ces différences de jugement amène des critiques concernant le score MAIA 24:

- trop grande prise en compte de la gestion de cas et des outils
- quelques variables sont peu discriminantes permettant d'attribuer des points quasi-automatiquement aux sites
- peu de prise en compte de l'appropriation par les partenaires du projet (les points peuvent être attribués sur "prise de décision" mais pas sur leur application)
- de façon plus discrète, le score présente pour la plupart des composantes, un effet "cliquet", les points attribués restent attribués même si la réalité de l'action est assez sensiblement en dessous des décisions prises.

Les experts ont proposé à l'équipe de pilotage national un travail en vue de la modification du MAIA 24. Ce travail sera mené en 2011 et prendra en compte l'ensemble des données déjà recueillies en 2009 et 2010.

5. Caractéristiques des sites en fonction du degré d'implantation

Les sites expérimentaux ont été décrits en détails dans les rapports 3 et 4. Ce chapitre analyse les caractéristiques des sites en fonction du degré d'implantation à partir du MAIA24 et de l'étude qualitative pour la taille du territoire, la densité de population le type de porteur et l'offre de service.

5.1. Taille du territoire

5.1.1. Petit territoire

Cela concerne cinq sites. Leurs répartitions dans les catégories du MAIA 24 et les groupes de l'évaluation qualitative sont les mêmes. Deux sites sont à la fois dans la première catégorie (MAIA24) et le premier groupe ; deux sites dans les derniers groupes et catégories (MAIA 24) ; et un site est en troisième catégorie (MAIA24) et groupe.

Il semble que l'évaluation du niveau d'implantation sur un site de petite superficie à partir d'un outil comme le MAIA 24, soit facile à réaliser puisque les deux méthodes donnent les mêmes résultats pour ce groupe.

La petite taille de ces sites non mégalopolitains aurait pu être considéré comme favorisant l'émergence rapide du dispositif intégré (nombre de partenaires plus faibles, bonne connaissance préalable entre partenaires, population cible plus aisée à définir). La représentation de ces sites dans les plusieurs catégories du MAIA24 ne permet pas de préjuger qu'il s'agit d'une dimension à l'évidence idéale pour l'implantation de l'intégration. A noter que les deux sites qui ont le plus implanté le dispositif (1er groupe et catégorie (MAIA24)) bénéficiaient tous deux de travaux antérieurs de partenariat tactique.

5.1.2. Territoire de taille moyenne (infra départementale)

Cela concerne cinq sites. Deux sites sont en groupe 2, 1 site dans le groupe 3 et 2 sites dans le groupe 4. Dans ces deux derniers groupes, il y avait une surestimation avec l'outil MAIA24 (catégorie (MAIA24) 2 et 3). Il paraît plus difficile d'évaluer le niveau d'implantation uniquement par le MAIA 24. Par ailleurs, la superficie du territoire couvert par le dispositif ne paraît pas liée à l'échec ou au succès de l'implantation.

5.1.3. Territoire départemental

Quatre sites couvrent la superficie entière des départements. Dans aucun cas l'évaluation qualitative et l'évaluation quantitative ne donne le même résultat et c'est dans ces territoires que le plus grand différentiel entre les 2 évaluations est trouvé. L'évaluation du niveau d'implantation par le MAIA 24 a donc été peu performante pour ce groupe.

Un site se classe dans le premier groupe, deux dans le deuxième et un dans le quatrième. Ils étaient dans la catégorie (MAIA 24) 3 sauf l'un des de ceux en groupe 2 qui se situait dans la catégorie (MAIA24) 5.

La très grande superficie et le nombre important de partenaires à impliquer aurait pu faire penser à une implantation moindre dans cette catégorie par rapport aux sites de petites tailles. La dispersion des sites dans les différentes catégories ne permet pas de définir ce niveau de territorialité comme pertinent ou non. L'analyse qualitative permettra de préciser comment les sites départementaux ont réussi à contourner les obstacles.

5.2. Densité de population

5.2.1. Les sites mégapolitains

Trois sites sont dans cette situation. Ils sont répartis respectivement dans le deuxième, le troisième et le quatrième groupe (avec des différences à chaque fois avec les catégories (MAIA 24), respectivement 4, 4 et 3).

Ainsi l'évaluation de l'implantation ne semble pas dépendre du caractère mégapolitain ou non du site. L'évaluation de l'implantation par le MAIA 24 en sites mégapolitain présente des difficultés comparables à celle dans les sites départementaux. Le nombre de partenaires à impliquer jouant probablement une place prépondérante dans cette différence d'évaluation.

5.2.2. Les sites avec une composante rurale

Trois sites sont classés comme à forte prédominance rurale, ils sont dans le premier, le troisième et le cinquième groupe (catégorie (MAIA24) respectivement 3, 2 et 5). Ainsi il semble difficile de considérer la ruralité comme un élément en soi déterminant du succès ou de l'échec de l'implantation. Les autres sites étaient soit mégapolitains (voir ci-dessous) soit mixte avec une composante urbaine et une composante rurale. A noter, comme cela était précisé dans le rapport 3 qu'aucun site ne couvre seulement le territoire d'une grande ville de province. Les sites à composante mixte se répartissent sur l'ensemble des catégories sans influence du niveau de densité de population sur la dispersion.

5.3. Types de population

5.3.1. Les sites selon le nombre de personnes âgées ou de bénéficiaires APA

Le nombre de sites se répartissent de façon à peu près équitable au dessus et en dessous de la moyenne nationale de personnes de plus de 60 ans (21,8% voir rapport 3). Cette variable n'a pas d'influence sur la dispersion des sites dans les différents groupes ou catégorie (MAIA24). Le taux de

bénéficiaires APA qu'il soit considéré sur l'ensemble du département ou seulement sur la zone MAIA ne semble pas influencer davantage l'implantation du dispositif.

5.3.2. Les sites selon la prévalence de la maladie d'Alzheimer

Étant donné que les projections du nombre de personnes atteintes de la maladie selon l'enquête PAQUID sont toutes basées sur la même prévalence il n'est pas possible de distinguer les sites de cette façon. En prenant l'évaluation de la prévalence selon les chiffres de l'assurance maladie (ALD 15 ou traitement spécifique), il est possible de définir plusieurs « classes » de prévalence (rapport 3). Il n'a pas été trouvé de lien entre ces classes de prévalence et l'évaluation de l'implantation que ce soit par la méthode qualitative ou basée sur le score MAIA 24. Les deux sites dans le groupe 5 selon l'évaluation qualitative se trouvent tous deux dans des sites à forte prévalence de la maladie d'Alzheimer (moyenne supérieure à la moyenne nationale) mais c'est aussi le cas d'un site en groupe 2. Ce résultat ne fait donc que souligner l'indépendance de la prévalence de la maladie avec l'implantation.

5.4. Type de porteur

Il a été défini deux niveaux de porteur (tactique ou stratégique, cf. rapport 3) et 3 types de champ principal d'intervention (social et médico social, mixte et sanitaire). Neufs sites sont portés par un acteur tactique et 8 sites dans la catégorie stratégique et la répartition par classe d'implantation s'étend dans les deux cas de 1 à 5. Trois sites sont portés par un acteur à champ d'intervention principalement sanitaire, 5 à champ mixte, et 9 à champ médico-social ou social. Les répartitions selon ces catégories (MAIA24) et groupes ne sont pas distinctives. L'implantation d'un dispositif intégré n'est donc pas plus aisée lorsque l'on part d'un porteur sanitaire, social ou mixte.

5.5. Offre médico-sociale et sanitaire

Qu'il s'agisse de la densité du département en médecin généraliste, ou en lits de médecine ou d'un indicateur combinant les deux aucune de ces trois caractéristiques de l'offre sanitaire n'est liée à la distribution en catégorie (MAIA24) ou groupe d'implantation du dispositif MAIA. Il en va de même de la densité en lits d'hébergements médicalisés pour personnes âgées. La densité de l'offre médico-sociale ne semble donc pas influencer l'implantation du dispositif.

5.6. Facteurs sites liés à l'implantation

Les caractéristiques territoriales, démographiques ou d'offre de services des sites MAIA n'auraient pas d'influence significative sur le processus d'implantation au cours de cette première phase. Il n'est pas possible en s'appuyant uniquement sur ces résultats globaux de recommander une typologie

"idéale" pour le déploiement des expérimentations MAIA. Il n'est pas non plus facile de ne s'appuyer que sur les évaluations décrites ici (que ce soit qualitative ou sur le score MAIA 24) pour décider de la poursuite ou non des expérimentations dans la mesure où même dans les sites "avancés", le processus est encore loin d'être abouti et que par conséquent il n'est pas possible de conclure que les sites "peu avancés" soient en échec plutôt qu'en retard. Cela souligne donc le caractère essentiel de la poursuite d'une phase expérimentale accompagnée par une équipe de pilotage nationale.

L'expérience acquise par cette première phase évaluative permettra dans l'année 2012 de parvenir à définir un ou plusieurs indicateurs synthétiques de suivi de l'implantation d'un dispositif MAIA. L'expertise a pu vérifier l'importance de la visite sur site pour documenter de façon fine les transformations effectuées et les dynamiques en cours. Il faudra à terme s'appuyer sur un processus de label-qualité de même type que celui organisé pour les établissements de santé avec la visite d'expertise sur site dans le cadre d'un processus de type « certification ».

6. Pilotes

Tous les pilotes ont été interrogés. Sur deux sites, deux entretiens ont été réalisés au titre du pilotage, ce qui porte à 19 le nombre d'entretiens. Les pilotes étaient en poste depuis février 2009 la plupart du temps. Une pilote a démissionné de son poste en cours d'expérimentation (après avoir été en arrêt prolongé suite à un accident de la voie publique). Sa remplaçante a été rencontrée 4 mois après sa prise de fonction. Sur un site le pilote n'a été recruté qu'au dernier trimestre 2009. A noter que sur un site, la pilote a été en arrêt maladie et remplacée pendant quelques mois avant la visite des experts.

Les pilotes étaient principalement des femmes (F/H=17/2), de formation initiale très variées : deux médecins, neufs avaient une autre formation initiale clinique (4 dans le domaine du travail social et 5 dans le domaine du soin), huit n'avaient jamais exercé de fonction clinique avant d'exercer la fonction de pilote. Aucune caractéristique propre au pilote ne permet de sélectionner un profil idéal sur la seule base des qualifications initiales ou de l'expérience en conduite de projet du même type en fonction de l'évolution vers l'intégration du projet MAIA.

Les entretiens ont duré en moyenne 2 heures sur un mode semi-directif. Tous les entretiens ont été enregistrés en transcrit verbatim.

Nous analysons dans ce chapitre les caractéristiques du pilotage dans ce qu'il émane à la fois du pilote, des acteurs et des relations entre ces acteurs. On entend acteur au sens sociologique du terme il peut donc s'agir d'un groupe d'individus

6.1. Les rôles et compétences multiples du pilote

6.1.1. Les rôles

Les pilotes ont décrit leur fonction comme étant éclatée entre plusieurs types de fonction :

- la gestion du projet MAIA, ce qui suppose à la fois de gérer les relations à son propre employeur (le promoteur), les relations avec les partenaires (et la négociation nécessaire à les faire adhérer à un projet commun) et les relations à l'équipe de pilotage nationale (rendu de compte et réunions)
- la gestion d'une équipe de gestionnaire de cas
- la réflexion et l'élaboration puis la co-élaboration d'outils et de procédures communs nécessaires à l'adaptation locale du projet MAIA

Au delà de la fiche de poste (annexe 3), cette pilote nous décrivait de façon assez exhaustive et très synthétique les différentes tâches nécessaires à la fonction de pilote.

« Actuellement je travaille sur plusieurs thématiques, il y a plusieurs niveaux d'activité pour organiser la MAIA sur ses différents niveaux, en interne au niveau du [promoteur] par rapport à la gestion de

cas et actuellement par rapport aux [autres professionnels du promoteur] pour pouvoir toujours s'ajuster par rapport au logique de territoire, leur logique propre de fonctionnement et ce qui est nécessaire de mettre en place dans le cadre du dispositif MAIA que cela soit le mieux compris possible et le mieux adapté, le plus pertinent possible par rapport au logique de territoire ensuite il y a le niveau réseau avec des présentations de la MAIA et le plus souvent que nécessaire, le plus souvent possible notamment soit on me sollicite soit c'est moi qui vais solliciter des acteurs que je souhaite rencontrer, par rapport au réseau extérieur il y a également des sollicitations dans le cadre de la gestion de cas à la demande des gestionnaire de cas qui souhaitent rencontrer certains acteurs ou mettre en place certaines actions je pense notamment à la supervision ou alors le fait d'intégrer la psychomotricité dans leur suivi, savoir comment il est possible de faire parce que pour l'instant cela n'existe pas à domicile et donc il y a également tout le travail par rapport au composante de l'intégration donc le travail sur le guichet unique, le travail sur le montage des tables de concertation, tactique et stratégique, le travail par rapport à tout ce qui concerne l'observatoire, donc Diag MAIA et les base de données avec les indicateurs, ces points là s'intègrent également dans des réunions que je peux avoir dans les différents niveaux du [promoteur] notamment les indicateurs j'ai travaillé avec les gestionnaire de cas et les [autres professionnels du promoteur] pour l'instant puisque le script n'est pas partagé avec d'autres partenaires du territoire, et au niveau des outillages il peut y avoir un travail avec les acteurs de terrain, notamment je pense à la fiche dont on parlait hier au sujet de la liaison avec les hôpitaux et donc à venir mais ce n'est pas mon activité du moment, il y a eu beaucoup de réunion thématiques et il y en a d'autres qui seront conduites certainement, peut-être en fin d'année, peut-être pas, selon le temps et qui portent sur des thématiques qui vraiment semblent poser des difficultés particulières et que dans les partenaires semblent avoir besoin aussi des éclaircissements je pense notamment au secret professionnel et également, on appelle cela doute, mais ce n'est pas le terme adéquat, mais toute la prise en charge de la maladie avant l'accompagnement, toutes les dimensions psychologiques qui viennent freiner l'accompagnement d'une façon générale et amener à des états de rupture. » (Pilote L)

« Alors là de pilote en ce moment, il y en a plusieurs, il y a la gestion, l'organisation et l'animation des groupes de travail, il y a l'encadrement technique de la gestion de cas, après il y a tous les à coté, on va dire l'organisation des comités, les compte-rendu, le suivi de la gestion de cas aussi en ce moment, la communication sur le projet qui était un peu en pause, qu'on reprend et qu'on envisage pour la rentrée également, aussi tout ce qui s'organise par rapport au guichet unique, la construction des outils, la mise en lien des professionnels, en ce moment c'est surtout ces dossiers là. » (Pilote F)

6.1.2. Les compétences

Les compétences mobilisées par les pilotes ont été nombreuses et variées. Ce pilote en faisait une sorte d'inventaire :

« Pilote j'avais une maîtrise de gestion où on a beaucoup travaillé sur la méthodologie, la gestion de projet, également un petit peu sur les dimensions budgétaires et juridiques, ces notions là permettent de comprendre certains enjeux, certains intérêts, c'était une maîtrise dans le cadre des établissements sociaux et médico sociaux donc tout le cadre légal était intéressant aussi et par la suite j'ai travaillé, j'ai fait mon stage de master deux dans un [établissement pour personne âgée] donc là il y a eu une étude de besoin, la rencontre avec les partenaires, la rencontre d'aidant, cela ça m'a beaucoup apporté et par ailleurs mon master 2 était un master deux en politique sociale donc c'était un plus parce que cela m'a permis de comprendre ce qu'était un référentiel, comment se construisait les politiques sociales, quels étaient les enjeux et un module qui portait sur le changement d'organisation, tous les processus de changement, tous les processus de résistance, qui à un moment donné ont pu être perçu dans le cadre de la conduite du projet, donc cela a permis de relativiser un petit peu certaines choses et ensuite au cours de mes expériences professionnelles, beaucoup de conduite de réunion, de travail avec les partenaires, de restitution, de synthèse, d'analyse, donc toutes ses compétences là m'ont beaucoup aidé, un petit peu moins au niveau de la compréhension du territoire du [nom du département] puisque je n'étais pas sur le [nom du département] lorsque j'ai réalisé toutes ces missions et je dirais que même ma dernière expérience professionnelle dans [...] un cadre complètement différent m'a aidé également puisqu'on été soumis à rude pression et je crois que si elle était différente ici, au niveau de la gestion du projet les pression étaient diverses et multiples et le fait d'y être habitué cela a permis aussi de pouvoir y faire face plus facilement, un peu cette idée d'être entre deux chaises constamment. » (Pilote L)

6.1.2.1. Les compétences cliniques

Nombre de pilotes ont signalé leur compétence clinique comme étant un atout pour le pilotage (notamment dans leur relation avec les gestionnaires de cas)

« Il y a aussi une chose qui me tient à cœur, je pense que le fait d'avoir eu une fonction où moi-même j'ai fait de l'évaluation et de l'aide en direct, c'est quelque chose qui est toujours resté très présent dans ma pratique et curieusement c'est quelque chose, et j'ai fait un retour vers cette fonction, c'est quelque chose que j'ai toujours aimé faire et du coup cela a beaucoup plus de sens [...]le fait d'avoir eu à un moment donné une profession où j'étais dans l'aide et où j'étais évaluateur, où je faisais de la coordination, je me rends compte à quel point cela m'aide aujourd'hui, vis-à-vis des, pour les

gestionnaires de cas et cela je ne l'aurais pas dit il y a six mois, un an, donc si j'ai eu envie de, enfin avoir eu envie de se lancer dans cette bataille c'est, ce que j'en ai lu c'était une évidence, mais tout en ayant un regard critique qui me permet de dire oui, cette évidence elle est quand même posée en termes de problématique » (Pilote E)

Tous les pilotes cliniciens avaient eu des fonctions d'encadrement de façon plus ou moins importantes. Ces fonctions ont parfois été rapporté mais de façon souvent moins déterminante.

« J'ai une légitimité en tous les cas évidente au niveau des gens du terrain, des travailleurs du terrain, j'ai une légitimité au niveau aussi des directeurs de service, je pense que dans mes compétences il y a aussi le fait que j'ai été cadre et qu'au niveau de la gestion humaine, de l'encadrement d'équipe, cela se passe plutôt bien » (Pilote Q)

A l'inverse, la grande majorité des pilotes qui n'avaient exercé aucune fonction clinique précédemment à leur fonction, exprimaient souvent un manque à ce niveau

« Question [en rapport avec la demande d'avoir un médecin qui copilote] : C'est le médecin qu'il faut, c'est pas forcément un soignant, c'est pas un soignant de la santé, c'est un médecin ?

C'est vrai que pour d'autres raisons d'ordre déontologique, sur la connaissance de la maladie, mais pourquoi pas aussi une coordinatrice infirmière qui est de l'expérience du public, de la coordination, a priori avec sollicitation parfois d'un médecin.

Question : Le docteur [x] il n'a pas eu ce rôle là ?

Non du tout, je ne sais pas s'il a exercé, je crois qu'il est médecin de santé public, cela c'est bête que je n'ai pas posé la question avant, mais je ne crois pas non. » (Pilote P)

Lors des observations réalisées sur site et comme en témoigne certains promoteurs (cf. chapitre 7), dans deux cas les pilotes « non cliniciens » (n=7) avaient constitué avec le porteur un binôme avec le porteur clinicien afin de parvenir à gérer cette difficulté.

6.1.2.2. La gestion de projet

Si les compétences mobilisées, comme il a été vu plus haut, sont nombreuses, une très grande majorité de pilote insistait sur les compétences de gestion de projet (anticipation, problématisation, adaptation, planification stratégique). Quelles que soient par ailleurs les compétences nécessaires aux pilotes, le consensus paraissait fort autour de la nécessité de ces compétences : soit que les

pilotes les mettaient en avant comme un élément de réussite du projet, soit qu'ils soulignaient leur insuffisance comme un facteur entravant.

« C'est vrai que cela m'a beaucoup aidée aussi pour le côté organisationnel, planifier des choses, etc., [...] c'était le fait aussi d'avoir ce poste, que dans cette expérimentation il y ait un poste de pilotage, vu que c'était ce que je recherchais en sortant de formation, et du coup je m'étais dit que c'était un poste que je cherchais, donc cela m'a intéressée beaucoup de pouvoir vraiment mettre en pratique, en plus dans le cadre d'une expérimentation, les compétences de pilotage et de piloter quelque chose sur un projet autour de la gérontologie et le fait que ce soit expérimental, c'est vrai que cela m'a intéressée encore plus parce que je me dis que justement on est là pour tester, pour essayer de voir, pour dire pourquoi cela ne marche pas (...) Moi, la feuille de route, heureusement que je n'ai pas la version finie, mais vu comme je mets du fluo dans tous les sens, mais moi la feuille de route, elle est hyper importante, donc je me base vraiment dessus, donc pour refaire l'ordre du jour, je me suis dit on en est où, quel élément je dois avoir au moins validé, est ce que cela a bien été fait, est ce qu'on en est pas loin ou pas, mais moi par contre la feuille de route, elle me sert vraiment pour me guider mes actions quand j'ai refais en fait mon calendrier des actions de janvier à juin, je me suis basée sur la feuille de route, pour pouvoir être dans les timings. » (Pilote K)

« Avant de devenir pilote j'avais une maîtrise de gestion où on a beaucoup travaillé sur la méthodologie, la gestion de projet, également un petit peu sur les dimensions budgétaires et juridiques, ces notions là permettent de comprendre certains enjeux » (Pilote L)

Au delà de la formation à la gestion de projet, le type de projet, collaboratif, de la mise en œuvre d'un dispositif MAIA relevait selon les pilotes probablement de compétence de gestion de projet différente de celle d'une direction d'établissement.

« Une évidence pour moi c'est qu'il me manque la formation de pilote de projet, je veux dire que je pense qu'on ne s'improvise pas chef de projet, je pense qu'il y a des stratégies qu'on apprend, des stratégies qui sont de mettre au point un projet, et d'emmener les gens à suivre ce projet [...] [Eu égard à la formation de directeur d'établissement] donc oui conduite de projet, mais dans quelque chose qui était cadré différemment, là je m'aperçois que mes difficultés c'est lié aussi à fédérer des gens qui sont dans des mondes totalement différents sur un même projet [...] c'est je me dis moi le pilotage du projet, ce n'est pas mon « truc », en tout les cas je ne suis pas suffisamment armée pour le faire et cela me met trop en danger personnel de me sentir pas forcément les épaules pour le faire » (Pilote Q)

« J'ai fait une formation à la gestion de projets, chose qui me semblait évidente qui me manquait, qui honnêtement n'a pas répondu à mes attentes, je pense que le formateur n'était pas compétent, en tout cas cela n'a pas répondu à mes attentes et cela ne m'a pas aidée en gestion de projets, du coup j'ai appris beaucoup sur le tas, et je crois que j'ai encore beaucoup à apprendre. » (Pilote C)

Cette compétence de gestion de projet se retrouvait chez les pilotes des sites ayant bien implanté le dispositif, ainsi que dans des sites qui malgré des difficultés importantes ne paraissaient pas bloqués mais susceptibles de "rebondir" selon l'avis des experts. A l'inverse, certains sites se trouvaient en difficultés du fait de certain manque dans ces compétences, dans ce cas, le pilote se trouvait dans une situation de "blocage" pour lequel il n'envisageait en général pas de plan d'action clair.

« Je ne sais pas ce qui me bloque, mais c'est vrai que j'ai du mal à avancer sur ce guichet unique, après l'éclairage, je ne pense pas, au niveau des tables de concertation, cela va à peu près, je pense que ce n'est pas des connaissances théoriques » (Pilote C)

« Mais là au jour d'aujourd'hui je bloque c'est qu'il y a changement des pratiques professionnelles avec le guichet unique et avec le fait que il va falloir utiliser des outils sur lesquels ils ont travaillé et cela ça commence à créer des tiraillements parce que d'un seul coup il y a une implication directe. » (Pilote Q)

6.2. L'autonomie du pilote par rapport au promoteur

Le modèle MAIA suppose la création d'un collectif coresponsable, d'un "nous", peu compatible avec l'idée qu'un seul des partenaires prenne le pouvoir sur les autres en leur imposant une direction par le pilotage. Il importe donc que le pilote puisse faire preuve d'une certaine autonomie vis à vis du promoteur.

Certains pilotes ont fait preuve d'une grande possibilité d'autonomisation dont témoignent les citations suivantes. Cette autonomie paraît directement liée à une implantation plus importante du dispositif MAIA. Cette capacité d'autonomisation paraît comme une capacité nécessaire mais non suffisante, dans la mesure où lorsque la capacité d'autonomisation était absente l'évolution du projet en a toujours été impacté mais que sa seule présence était insuffisante à assurer le succès de l'implantation.

« Question : Et là en l'occurrence, si on devait définir un promoteur à la MAIA dans le cas du [nom de la MAIA] ?

C'est le président du conseil général...

Question : Le directeur PAPH n'est pas directement concerné par la MAIA ?

Dans cette configuration non, c'est quelqu'un avec qui je, c'est un très bon partenaire, un partenaire facilitant... » (Pilote O)

« Après moi je n'ai plus eu de chef, il y a pas de chef et on fonctionne en autonomie complète, je crois que cela ce sent, je suis sur que [X] ou [Y] ne sont pas tellement au courant de ce qu'on fait, c'est-à-dire, parce qu'on est quand même et moi je n'ose plus, au début j'envoyai des mots à [Z], j'ai bien son téléphone perso, mais la déranger quand même, mais je ne vais pas persécuter [Z], mais je n'ai aucun interlocuteur et Dieu sait que je respecte le boulot de [X] ou de [Y], mais je passe un truc à [Z] et puis elle me dit là et là c'est mauvais, c'est bon je serai convaincu que je suis mauvais, je saurais pourquoi je suis mauvais,[...] cela c'est le coté stratège du personnage, qui sait gérer, un autre point aussi faible, c'est que [le pilote] et puis les gestionnaires, on fonctionne un peu comme une start-up » (Pilote H)

« J'ai des relais de discussion par rapport aux orientations que je vais prendre, sinon je suis complètement autonome, dans la décision, quand j'ai décidé de...[...] Quand j'ai besoin de prendre un peu de recul sur ce que je fais effectivement je les interpelle, mais sinon enfin je trouve que si cela ne fonctionne avec le centre hospitalier de secteur je prends rendez-vous avec le médecin du pôle, on organise quelque chose, je vais faire la présentation, je n'ai à aucun moment de validation » (Pilote J)

« J'espère, je suis un agent du CG, il y a pas de souci là-dessus, mais j'ai l'impression que les partenaires arrivent à me percevoir sur le pilotage, dans l'esprit du pilotage et pas comme un exécutant du CG, en tout cas je me positionne comme cela. [...] Elle me laisse complètement ma place de pilote et j'agis, et je m'adresse à elle qu'en tant que représentante du CG, quand je lui dis il faudrait que la direction fasse plutôt comme ci, ou comme cela, net puis après sur le pilotage moi je lui fais toujours revoir des compléments de compte rendu, des propositions d'ordre du jour qu'on peut voir ensemble, mais elle ne prend pas du tout la place de pilotage, tu vois l'animation des comités. » (Pilote N)

Cette autonomie ne va pas forcément de soi et a pu nécessiter de la part du pilote une certaine « lutte » avec le promoteur. Même dans ce cas, l'aptitude du pilote à comprendre que son

autonomie par rapport au promoteur était un élément essentiel de la conduite du projet MAIA a été un élément favorisant le succès de l'implantation.

« Je ne pouvais pas être dans un service, c'était une grosse erreur et quand je suis arrivée, c'était un peu violent parce qu'on m'a dit, il faut faire comme cela, comme cela, c'est-à-dire que je ne pilotais rien, on me disait ce que je devais penser et faire, j'ai pu sortir du [service spécialisé du promoteur...] Je pense que je ne suis pas à la bonne place dans l'organigramme et je pense qu'il faut que je sois plus près du [« directeur général »] pour pouvoir, je ne m'autorise pas à envoyer des mails en direct, je commence à le faire, là je l'ai fait plusieurs fois pour le réseau parce que [« le directeur du service spécialisé »] ne comprenait pas ce qui se passait, en stratégie je crois qu'il ne comprend pas et maintenant je m'autorise à envoyer des mails au [« directeur général »] et à mon directeur, je l'envoie aux deux, quand il y a une réunion, je dis ce qu'il s'est passé » (Pilote E)

Parfois le travail d'autonomisation du pilote par rapport à sa structure n'était pas actuel et était perçu par les experts comme une étape absolument indispensable pour dépasser les enjeux de concurrence qui sinon semblaient bloquants. Le contexte de concurrence est cependant également celui dans lequel les porteurs peuvent être le moins enclins à laisser cette autonomie d'où un enjeu de temporalité nécessaire à l'autonomisation du pilote.

« Tout à l'heure je vous disais que [la structure porteuse] était fédérée au sein [d'une fédération de structure du même type], ce sont des concurrents soyons clair qui agissent sur un même territoire avec des modalités différentes, sachant qu'il y a une force de frappe de [la fédération concurrente] assez importante, [la fédération à laquelle appartient le porteur] par ailleurs se réunit au niveau des territoires, donc ici [le responsable de la structure porteuse] travaille de façon très rapprochée avec ses collègues adhérent [de la fédération] qui sont aussi mes interlocuteurs [...] en dehors de [la fédération concurrente]... Dans le style ; « la MAIA n'est pas une réunion des copains »... j'ai lu cela ; il y a eu un peu de cela jusqu'à présent. Donc, il faut aussi rectifier le tir par rapport à cela. Donc, [la fédération concurrente] n'a jamais été présente en table, a été vu de façon individuelle ou contacté [...], et les contacts sur chaque territoire de [la fédération concurrente] du point de vue opérationnel sont connus parce qu'ils étaient connus par le réseau et du point de vue de l'organisation en interaction avec la MAIA, ils ne sont pas en table, là ils sont invités à la prochaine table » (Pilote M)

L'autonomie du pilote ne signifiait toutefois pas un travail « déconnecté ».

« Pendant la réunion c'est [X] qui préside et puis moi après je conclus, c'est elle qui anime, moi je lui prépare une note pour qu'elle sache quand même de quoi on va parler, etc., je lui dis à chaque fois les objectifs que moi j'attends, ce que l'on doit valider, je lui prépare tout le temps tout cela avant la réunion et comme cela, elle, elle fait les transitions, mais après, le contenu, c'est moi qui le transmets (...) du coup j'ai aussi cette liberté là pour pouvoir faire avancer et dire on va faire cela, on va faire cela, parce qu'à chaque fois, j'avais fait un calendrier au début d'année, à chaque fois je le lis aux promoteurs, les grands axes, mais c'est vrai que dès que je fais une action, je le fais, je ne vais pas à chaque fois demander l'aval, donc bien évidemment j'informe, etc., je ne vais pas en électron libre. » (Pilote K).

Toutefois, lorsque l'autonomie du pilote par rapport au promoteur devient telle qu'elle peut porter une certaine ambiguïté, les conséquences peuvent en être néfaste, la MAIA devenant comme une structure « fictive »

« Moi j'étais extérieur à [la structure porteuse], je suis rattachée à [cette structure] mais je ne suis pas forcément identifiée [à la structure], je suis une espèce d'élément neutre qui est un peu électron libre, pilote MAIA, et comme les gens continuent de dire à la MAIA, on fait cela, je suis presque dans une structure fictive » (Pilote F)

A l'inverse des citations précédentes, certains pilotes ont montré des marges de manœuvre étroite, ou l'absence de possibilité à se dégager de l'identité du promoteur:

« Alors là par contre les temps de communication on est tous les trois, c'est rare que je mène des actions de communication seule (...) puis moi je vous dirais que cela serait malvenu de ma part de travailler sur un rapport d'étape sans me concerter avec les promoteurs. » (Pilote D)

« C'est de la gestion de projet dont on ne maîtrise pas l'exécution finalement [...] j'ai le sentiment des fois d'être tiraillé donc non seulement de ne pas avoir d'accord entre le porteur et l'EPN ce qui a priori ne devrait pas être comme cela [...] il y a pour moi une forme de hiérarchie par rapport à l'EPN, [...] modulée par l'attitude de mon porteur qui a mis un bémol en disant, ce que vous demande l'EPN qui n'est pas faisable par rapport au territoire, vous êtes engagée par [nom du porteur] donc vous devez aussi de faire en fonction de ce que nous on décide » (Pilote Q)

« Question : C'est vous qui animez ces tables de concertation ?

On les anime à plusieurs voix mais c'est notre directrice qui, anime et nous on apporte les choses qui sont à faire avancer.

Question : C'est elle qui fait le mot d'introduction ?

Oui, en tant que directrice.

Question : C'est elle qui clôt ?

Oui.

Question : L'invitation elle est envoyée par qui ?

Toujours signée par elle, disons que je lui propose le courrier, au départ on signait à deux, je trouvais que c'était bien que le pilote puisse apparaître et la dernière table au comité de pilotage on avait fait nos deux signatures, les table stratégique on devrait mettre nos deux signatures c'est un détail mais je veux dire que c'est quand même important vis-à-vis des acteurs il me semble pour qu'ils identifient bien le pilote. [...] Les partenaires se disent mais est ce que cela va se poursuivre, cela c'est la question des partenaires, ils disent mais vous êtes sur une expérimentation, le [structure porteuse] on connaît bien cela restera, l'expérimentation MAIA qu'est ce que vous en ferez après, donc nous on répond que notre fonctionnement continuera peut-être. [...]

Question : Cela vous est arrivé de communiquer avec [le Diag MAIA] vis-à-vis des partenaires ou des promoteurs ?

Non mais on ne me l'a pas demandé, ils le savaient puisque quand je les ai appelés ou quand je les ai rencontrés. » (Pilote A)

« Quand le [nom de la structure porteuse] s'est positionné pour être candidat MAIA, c'était, c'est ce qu'on fait déjà, autant que cela soit nous qui le fassions, pour nous ce n'était pas quelque chose de nouveau, on s'était dit, Alzheimer on fait, les situations complexes, on les prend en charge, s'il doit y avoir une MAIA, tant qu'à faire, que ce soit nous, on n'avait pas mesuré la différence entre une MAIA et un [nom de la structure porteuse]. [...] L'URCAM ne faisait pas partie de ma table, cela fait partie des erreurs que j'ai faites, c'est que l'URCAM ne faisait pas partie de ma table stratégique donc cela a justement réveillé le fait que, « mince », on l'a oublié, donc du coup c'est compliqué, normalement c'est [nom du promoteur] qui doit se charger de prendre contact avec l'URCAM, cela n'a pas été fait, on les a invités au dernier comité de pilotage, enfin ils ne sont toujours pas acteurs de la table stratégique aujourd'hui, on devait les rencontrer, mais le problème c'est qu'on a dit que [nom du promoteur] devait s'en occuper et cela n'a pas été fait aujourd'hui et du coup on ne les a toujours pas rencontrés, mais il faudrait les rencontrer ne serait-ce que pour leur dire pourquoi effectivement on a besoin qu'ils soient présents aussi à nos tables de concertation. » (Pilote C).

Dans cette citation, le pilote parlait dans un premier temps de la structure porteuse en s'intégrant à son objectif (plus qu'au projet lui-même), puis dans un deuxième temps ne corrigeait pas ou ne tentait pas de corriger ce qu'elle considérait comme un frein à l'implantation car cela aurait conduit à interpellé son employeur.

« Sur la première table cela a été une présentation de ma présidente et de ma responsable et pour ma part j'étais là aussi et j'ai apporté des précisions au niveau de démarche et des retours, il y a eu des interventions de ma part si j'en ressentais le besoin, je n'ai pas été, on ne m'a pas donné de consigne de ne pas parler, lorsqu'on a rencontré le [responsable au conseil général], on y est allé également avec [une responsable de structure], ma présidente et ma responsable, là pareil c'est ma responsable qui a présenté au [responsable au conseil général] et ensuite il pouvait y avoir des interventions des différentes personnes qui étaient présentes pour effectivement compléter, expliquer ce qui se passait sur le terrain. [...]

Question : Qui anime la table stratégique ?

*Elle est animé par la présidente ou par [une responsable] ou les deux, en fait si on doit vraiment parler en termes d'organisation de la table, on va être cote à cote, face aux acteurs, la présentation va se faire par ma responsable, une introduction par la présidente et pour ma part soit je vais présenter certaines choses, c'est-à-dire que l'on vas se répartir le temps de présentation, elle va plus parler de la méthode d'une façon globale, générale, et moi plus aller dans la présentation du parcours, par exemple une demande de gestion de cas , donc plus sur la dimension technique, cela se passe plus comme cela en général, mais l'introduction et l'animation c'est ma responsable et [la présidente]. »
(Pilote L)*

La position même du pilote, notamment à l'intérieur d'organigramme complexe comme ceux du CG ont pu être un frein à l'expression de l'autonomie du pilote.

« Je suis chargée de la coordination en interne au CG [...] du dispositif MAIA [...] il y a [des supérieurs hiérarchiques] qui sont les responsables hiérarchiques des gestionnaire de cas et donc l'idée c'est que je sois en lien avec eux régulièrement pour leur présenter les outils, leur dire comment on avance, faire des retours avec eux, [ces supérieurs] qui ont cette autorité hiérarchique sur les gestionnaire de cas, mais pas fonctionnel puisque c'est moi qui y est pour essayer de garder avec eux la logique MAIA, [...] plus un [autre supérieur] qui est seulement sur [la ville], c'est quelqu'un, il y a eu un vide de poste, puisque la personne est partie [...], et qu'il y a une nouvelle personne qui arrive [...] et du coup il y a une partie des missions qui sont attendues dans la MAIA, cela peut être fait par [la personne qui occupe cette fonction], tout ce qui est de l'ordre de l'intégration [...] Alors au départ je dirais que c'est

le coté un peu CG, qui pilote, qui amène, et qui impose donc complètement le contraire de l'intégration et c'est une image de laquelle j'ai du mal à sortir moi et [les membres du CG] quand ils communiquent je les trouve encore beaucoup là dedans, même si [un membre du CG] parle de l'ARS qu'ils doivent être dans l'intégration, on sent que c'est quand même le CG qui tient les rennes et qui décide pour les autres » (Pilote G)

Dans la première partie de la citation, le CG en positionnant un grand nombre de personnes sur des rôles proches de celui de pilote diminuait la légitimité de celui-ci. En fin de citation, malgré le fait que le pilote désapprouvait la communication autour du projet il semblait que c'était été la seule communication effectivement réalisée.

Parfois, l'un des partenaires, pourtant non porteur pouvait revendiquer une place qui peut diminuer l'autonomie du pilote, ce qui a pu venir s'ajouter à des marges de manœuvre déjà étroites.

« En tache de pilotage, en septembre elle [le promoteur] a contacté le directeur de [X] pour me donner un rendez-vous, mais elle n'est pas allée au rendez-vous c'est moi qui y suis allée, elle m'a donné beaucoup de conseils au début c'est-à-dire elle a essayé de me faire passer son projet, de me faire passer ses idées, sinon les corrections des PV.

Question : J'imagine qu'elle a des liens avec le CG en dehors du projet MAIA.

Certainement...

Question : Est-ce que des fois cela interfère ou cela aide ?

Non, non, elle doit avoir beaucoup de liens actuellement [du fait de son activité], mais non cela n'interfère pas pour l'instant. Des taches qui éventuellement seraient du pilotage et qui seraient prises par quelqu'un d'autres, ce serait [un autre partenaire] qui peut éventuellement me mettre sur ma brochure ou mon annuaire partagé un membre du guichet unique que je n'ai pas contacté, que je n'ai pas vu, que je ne connais pas, et pour lequel je ne suis pas ok, donc j'efface, elle remet, j'efface et après quand on a l'occasion de se voir mais pourquoi tu m'effaces toujours [...] elle arrête, mais si j'avais à faire attention pour ne pas me faire prendre ma place, ce serait plutôt [cet autre partenaire], [Le promoteur], non, elle est à un autre niveau, elle est à un niveau de cogitation de réflexion et elle voit loin [...], elle donne les conseils et puis après on fait. » (Pilote B)

Dans un seul site, la relation de confiance préexistante entre le pilote et le promoteur était telle que la question de l'autonomie n'avait pas le même sens. Sur ce site, le promoteur pouvait prendre à l'occasion un rôle de pilotage de façon souhaitée et maîtrisée par le pilote.

« Il m'aide vachement là, parce qu'en fait quelque part il y a des moments où moi je fais remonter l'apport du terrain comme si lui était l'autre, oui comme s'il avait une fonction de pilotage, là-dessus, même si ce n'est qu'un lien entre lui et moi, là peut-être il y a cela, il y a cela, il y a cela, je ne sais pas si je me fais comprendre, il complète le manque d'objectivité que je peux avoir à certains moments, il vient pallier un peu ce, ce manque d'objectivité. » (Pilote I)

A noter que dans quelques cas le pilote n'avait pas de relation directe hiérarchique avec le promoteur (celui défini comme tel par la convention avec la CNSA), soit en rapport avec des particularités de l'organigramme, soit liée à l'historique local. En regard de l'importance de l'autonomie du pilote dont nous venons de souligner l'importance, l'absence de lien hiérarchique paraît ne pas devoir influencer les possibilités du pilote à implanter le dispositif.

6.3. L'implication du promoteur dans la mise en œuvre

En apparent contraste avec la première dimension que nous venons d'exposer, nous avons constaté que l'implication (ou le type ou le niveau d'implication) du porteur était également un élément déterminant de l'implantation du dispositif.

La plupart des promoteurs se sont largement impliqués dans la mise en œuvre du projet MAIA (qu'ils avaient écrit ou contribué à écrire le plus souvent) (voir chapitre 7). Souvent l'implication à sa juste place du promoteur a été un facteur de légitimation du pilote.

6.3.1. Promoteurs impliqués

Certains promoteurs se sont montrés particulièrement concernés par la réussite allant bien au delà du seul rôle d'employeur du pilote.

« Question : Qui est ce qui anime ?

C'est moi avec [le directeur]

Question : Qui est ce qui ouvre la réunion, la première personne qui parle ?

C'est variable, c'est pas sur le même modèle, une fois cela a été [l'élue CG en charge], une fois cela a été [le directeur], la dernière fois c'était moi.

Question : [l'élue CG en charge] était là ?

Oui, maintenant elle vient régulièrement, au départ, elle n'était pas dans le petit comité et après justement quand on c'est dit qu'il fallait que cela devienne une table décisionnelle, et moi je trouve que cela n'est toujours pas, mais parce qu'on avait pas assez avancé, maintenant je vois ce que cela

peut devenir, mais c'est la qu'on c'est dit que cela soit bien qu'elle vienne et puis en face l'UDCCAS c'est un élu aussi.

Question : Qui est ce qui conclut ?

C'est moi ou [le directeur], c'est jamais [l'élú CG en charge], elle a fait une intervention la première fois pour expliquer pourquoi elle venait, sinon c'est plutôt [le directeur]. » (Pilote G)

Dans cet échange, sur un site porté par le CG, il apparaît clairement que d'une part l'implication à la fois du niveau politique et du niveau administratif est un facteur important de réussite de l'implantation. L'évolution qui est noté (l'élú qui ne venait pas et qui vient) paraît de nature à favoriser l'implication d'autres partenaires stratégiques (l'élú de l'UDCCAS). Notons également, que contrairement à certaines citations utilisées plus haut, l'implication du promoteur n'impliquait pas la « disparition » du pilote qui ouvre la table tactique alors que l'élú y est présent. Ce positionnement « volontaire » du promoteur peut s'avérer particulièrement important

a) dans la résolution de conflits internes :

« Le DG des services qui avait cet audit sur la direction [...] parce que nos délais [...] étaient merdiques, a dit vous n'allez pas encore me rajouter un projet MAIA [...] alors que leur délais sont hyper-mauvais, donc il faut laisser le choix [aux structures porteuses], uniquement volontaire, d'aller ou non sur le projet MAIA, dans le même temps [l'élú CG en charge] montait au créneau auprès de la CNSA pour dire vous n'allez pas nous donner [n] gestionnaire de cas cela ne suffit pas [...] » (Pilote G)

b) dans la clarification des positionnements dans les organigrammes complexes du CG :

« C'est acté par [l'élú CG en charge], donc je vais être positionné comme cela » (Pilote G)

Le même type de paradigme était développé dans d'autres sites portés par un CG :

« L'élú est un convaincu de l'intégration et des MAIA, il y avait eu [une expérience antérieure] qui voulait déjà rentrer dans cette logique, rapprocher le sanitaire et le social, c'était vraiment l'objectif, cela a permis d'avancer, mais cela n'a pas permis d'aller assez loin, donc la logique, le projet MAIA est, il est convaincu, la difficulté est, il y a un nouveau DGA depuis deux mois, [...] qui est quelqu'un qui est intéressé, mais qui ne connaît pas suffisamment encore le projet, donc à moi de le convaincre et à moi d'arriver à travailler de façon plus importante dans la proximité, [...], il faut savoir que [de la part des services du CG] les premiers mois j'ai eu droit tout le temps, mais [Nom du Pilote] écoutez, vous savez bien que cela va s'arrêter ce « truc », il n'y aura pas de sous, bon on fait l'expérimentation, mais après il n'y aura pas de MAIA, je l'ai entendu pendant des mois, donc c'était très difficile pour moi. [...] J'ai pu sortir du [service X du CG], mais parce que j'en ai parlé à [Nom de l'ancien DGA], qui était l'ancien DGA, et [le directeur du service X] a très mal accepté ce changement et [le responsable de ce service] encore plus, on a démarré sur de mauvaises bases et on aurait pu l'éviter parce que si

cela avait été analysé un peu mieux par le porteur, il ne m'aurait pas mis dans un service, il m'aurait mis à côté tout de suite, donc là, ils ont fait une grosse erreur, ils n'ont pas compris et quand moi j'étais à Paris pour la formation, [...] je me disais je ne suis pas à la bonne place, mais alors quand je suis revenue de Paris, j'ai eu la chance d'avoir une réunion avec [le DGA], [le directeur du service], et [l' élu CG en charge]. » (Pilote E)

« On s'est repositionné parce que [le directeur CG qui animait] était en difficulté [...] et cela nous jouait des tours et du coup [l' élu CG en charge] est revenu [en table stratégique] et du coup c'est lui qui introduit et moi je présente les choses, mais j'avais là vraiment, je n'avais pas pris une bonne posture » (Pilote E)

« Le discours qui est tenu par le président de ce département, c'est de dire nous ne sommes pas dans ce département dans de la politique politicienne, quand une idée est bonne, elle est bonne, [...] le plan Alzheimer c'est un bon plan et on l'applique et cela a été cela, avec l'argument politique qui est de dire dans ce département on ne fait pas de la politique politicienne et ce n'est pas plus bête que de dire autre chose ou de faire l'inverse, mais c'est utilisé comme cela aussi par le président. » (Pilote O)

« [la directrice de service] a souhaité être là en introduction.

Question : Elle reste ensuite ?

Si, elle reste.

Question : Elle fait l'introduction et puis après la conclusion ?

C'est [nom de l' élu Cg en charge], l' élu au CG. [...] Enfin il est [aussi] maire [d'une ville] [...]

Question : Il est au CG, il est vice président ?

Vice président [...] Il y est en tant que CG, on est quand même toujours un peu lié à nos politiques quand même. [...] Il met aussi beaucoup d'effort sur la MAIA parce que sa ville est concernée par le territoire de la MAIA. » (Pilote A)

Mais au delà des porteurs CG, l'implication des promoteurs a souvent été identifiée par les pilotes comme un facteur de succès de l'implantation du dispositif MAIA. Il paraissait même extrêmement important que cet engagement soit suffisamment « clair » pour les autres partenaires et ce d'autant que la structure porteuse pouvait avoir une certaine légitimité historique dans la coordination

« Bon on a quand même un lien hiérarchique parce que le promoteur, il y a un lien hiérarchique, je ne sais pas si c'est comme cela qu'il faut l'appeler, mais moi le promoteur en fait je le tiens au courant au fur et à mesure de l'avancée du projet, je le tiens au compte de nos, de nos réunions à Paris, à chaque

fois comment cela se passe, où l'on en est etc., et au-delà de la hiérarchie porteur de projet, c'est vrai qu'il y a aussi un avis qui est régulièrement demandé, une vision particulière » (Pilote I).

« On aura peut-être pas grand-chose, mais les choses sont lancées en tout cas.

Question : Est-ce que tu as l'impression qu'elles sont lancées en commun ou qu'elles sont lancées par chacun... ?

Pour l'instant elles sont encore chacun de leur côté, mais il y a eu une entente de on ne doit pas tout seul, et [le promoteur] je pense qu'il continuera à faire le relais, cela reste son cheval de bataille depuis le début » (Pilote J)

« Où les promoteurs m'ont dit, faites attention, le guichet unique ce n'est pas [telle structure], mais c'est bien tout le monde et c'est vrai que cette fois-là, en réunion, je me suis dit oui il ne faut pas que je l'oublie parce que la crainte cela aurait été de faire un guichet unique avec nous-mêmes, donc cela n'aurait pas du tout, on aurait juste fait un outil pour que les partenaires nous orientent leur situation » (Pilote K)

Il est possible de déterminer deux grandes aires d'aide du promoteur, qu'il soit CG ou non, au pilote. :

a) mobilisation des partenaires : Le promoteur a pu aider à identifier et mobiliser un certain nombre de partenaires tactiques et stratégiques en s'appuyant sur la légitimité de la structure porteuse (et souvent son histoire).

« Jusqu'à ce que cela atteigne un certain niveau de prise de décision, par exemple si je travaille sur la tables stratégiques, un mot pour pouvoir solliciter les acteurs stratégiques, je vais le travailler seul, ensuite je vais le soumettre à ma responsable, lui demander ce qu'elle en pense, soit elle valide, soit elle me dit là je mettrais plus comme cela, on en discute par contre pour faire la liste des acteurs stratégiques, on travaille ensemble, cela dépend vraiment des thématiques, comment est ce qu'on va aborder le guichet unique, comment on organise la réunion pour le guichet unique, c'est moi qui il y ait une responsable, [...] et les personnes sur le [partenaire], j'ai pas eu besoin d'aval à ce sujet là ou lorsque je prends des rendez-vous ou quand je rencontre des acteurs, non plus, c'est plus au niveau de tout ce qui concerne le stratégique, parce déjà tout ce qui concerne la connaissance du terrain, elle est plus pertinente de la place de ma responsable et même des autres coordonatrices parce qu'elles travaillent depuis plus longtemps sur le territoire et en plus parce que c'est un niveau sur lequel moi je ne suis partenaires légitime en terme de représentation. » (Pilote L)

b) adaptation du projet : Parfois le promoteur a pu être, avec le pilote, une aide à l'adaptation du projet à son territoire. Pour cela, il s'appuie, une fois de plus, sur l'antériorité de la structure porteuse et sur sa connaissance fine des acteurs du territoire, y compris sous l'angle du lexique sémantique à utiliser.

*« Moi j'avais une vision un petit peu simpliste c'est-à-dire voilà il faut mettre cela en place donc on va le mettre en place, [le porteur] me disait mais attention nous tel que cela se passe on ne peut pas demander cela, on ne peut pas le demander comme cela parce que telle ou telle raison, donc c'est vrai que je pense que ce temps d'appropriation il est nécessaire [...] Ce fameux langage qui nous est, que l'on partage avec la CNSA, même s'il n'est pas complètement partagé en tout cas il est maîtrisé, c'est un petit peu quand on comprend une langue sans la parler donc au niveau de la traduction il y a besoin de faire des corrections et les acteurs en face parlent le même langage que [le porteur]. »
(Pilote L)*

6.3.2. Implication problématique du promoteur

Certains promoteurs au contraire semblaient avoir eu des difficultés à se positionner clairement, ce qui diminuait les marges de manœuvre du pilote.

*« [Un des freins est] un porteur qui ne porte pas vraiment et qui est lui-même tiraillé par les enjeux du territoire (...) Je fais revenir la demande de l'EPN par rapport au projet, par rapport au pilotage du projet, mon porteur me dit « oui mais attendez [nom de la pilote]... », quelque part au lieu d'être facilitateur par rapport à la demande de l'EPN va plutôt être « là ce n'est pas possible donc ne vous prenez pas la tête, là on ne pourra pas », donc plutôt que de m'aider à mettre en place des choses, ils me renvoient aussi le fait que ce que demande l'EPN n'est pas forcément faisable sur notre terrain»
(Pilote Q)*

*« J'avais le projet MAIA un peu toute seule dans les bras, je soumettais quand même quelques points d'interrogation que ce soit à [X] ou à [Y] par rapport à l'avancée du projet ou anticiper la pérennité de la gestion de cas par exemple, cela si cela demandait une considération plus politique du projet j'étais là avec le porteur mais là du coup c'est pas le porteur fait cela d'un côté, le pilote fait cela d'un côté, c'est que de toute façon... Si le porteur est actif sur le projet, je serais là et cela explique en même temps qu'au niveau du porteur il y ait personne qui puisse suivre bien le projet et son avancée. »
(Pilote F)*

« Mes relations sont bonnes, après eh bien le promoteur est peu disponible, donc c'est pour cela que j'ai un peu le sentiment de mener ma barque un peu comme je l'entends, ce n'est clairement pas par manque de volonté du [promoteur], [il] n'arrivait pas à répartir son temps de travail avant, donc là le fait d'être porteur de l'expérimentation MAIA cela a rajouté quand même cette problématique là donc le fait [que ce promoteur] ne soit pas disponible du coup, je tiens informé de ce que je fais mais dans, si sur l'articulation [de tel service particulier], on réfléchit ensemble parce qu'elle est directement concerné, mais après...

Question: C'est une répartition officielle ou c'est... ?

Normalement il devait avoir un lien quand même plus étroit, mais la réalité fait [que le promoteur] n'a pas plus de temps après on me laisse libre de faire les choses et d'entreprendre, ce que je fais, je le fais librement, mais, ce n'est pas prétentieux mais [le promoteur] est peu... Par manque de disponibilité, pour le comité stratégique, je le prépare, je lui montre avant l'ordre du jour, [le promoteur] regarde, c'est moi qui l'anime, c'est moi qui le prépare, c'est moi qui, le comité tactique [le promoteur] n'est pas venu le dernier, c'est vraiment un problème de disponibilité et j'ai vraiment l'impression de faire mon truc, de présenter aux tables de concertation, cela va aider, c'est un petit peu cela quand même et à la fois ce n'est pas un frein et en même temps ce n'est pas non plus aidant.

Question : Et [le président de la structure]

Encore plus absent, [...]. Il est promoteur, en tant que président [...] oui, mais dans la réalité il vient aux tables de concertation parfois, mais il apprend les choses en même temps que je les présente aux autres, ce n'est pas plus, il a fait cela, il a recruté les gestionnaires de cas avec moi, mais après sur les différentes composantes de la MAIA et sur les actions, il n'est pas au courant, pas plus acteur » (Pilote C)

« c'est le [nom de la structure] qui me paye, ce qui est évident c'est que moi j'ai plutôt des liens avec [nom d'un responsable de la structure], tout ce qui est purement fonctionnel, administratif, on gère tous les deux, après par rapport aux autres [responsables], c'est ponctuel et en fonction des besoins, ceci dit moi je les sollicite régulièrement lors des réunions pour les faire remonter les points forts, les points faibles de l'évolution du projet et leur demander un positionnement, parce que si, à part j'allais dire toutes les réunions [sur le projet] a priori c'est moi qui les ai sollicité, [...] c'est vrai que par rapport à ce déroulement là c'est toujours moi qui sollicite, pour les remettre face à leur rôle de porteur, moi je n'ai pas l'impression d'avoir un porteur derrière moi qui soit, en tout les cas j'ai le sentiment que j'ai un porteur qu'il sait déjà derrière les idées qu'il va avoir et qui n'est pas forcément à porter un projet, qui soit complètement le projet de la CNSA et du plan Alzheimer. » (Pilote Q)

Parfois ce n'est pas le défaut d'investissement du promoteur qui était en cause mais au contraire sa non-différentiation en termes de rôle de celui du pilote. Finalement dans cette situation, le pilote ne pouvait plus compter sur son promoteur comme étant à distance puisque justement la distance avait plus ou moins disparue.

« Question : Est-ce que vous diriez que par moments du fait de cette proximité que vous avez avec [la directrice] et [un autre directeur], il y a comme du copilotage ou pas ?

Tout à fait.

Questions : Vous avez l'impression de copiloter à plusieurs ?

Tout à fait, eux effectivement sont vraiment dans le copilotage. » (Pilote D)

Sur un site il a même été possible d'enregistrer de nette tension entre le promoteur et le pilote autour des choix réalisés par ce dernier dans le pilotage du projet. Il est évident que ce type de relation a eu un impact négatif très fort sur la possibilité de convaincre des partenaires de rejoindre un projet collaboratif.

Sur un autre site, le pilote nous a confié que le promoteur pouvait être lui-même en posture de déficit de légitimité autant à l'interne de la structure porteuse que vis à vis des partenaires. Quel que soit alors les qualités d'autonomie du pilote et d'investissement du promoteur, le projet se trouve ralenti.

6.4. L'aptitude du pilote à faire appel à l'EPN pour la prise de décision

En lien avec la caractéristique précédente, les pilotes ne semblaient pas avoir eu tous le même recours à l'EPN en cas de difficulté de pilotage demandant des prises de décisions. Certains pilotes n'avaient pas eu à le faire car leur site n'avait pas connu de situation de blocage net (ou en tout cas le pilote lors de la visite n'avait pas identifié de tels épisodes).

Lorsque les pilotes ont été confrontés à une situation de blocage, l'identification du rôle que l'EPN pouvait jouer dans la résolution de la situation est une compétence qui semble avoir été associée avec une meilleure implantation du dispositif. Il ne s'agit évidemment pas d'un processus automatique. Sur certains sites, l'implantation du dispositif MAIA est encore modeste malgré une bonne identification du rôle possible joué par l'EPN. C'est toutefois dans les sites en difficultés que le rôle de l'EPN paraissait le moins clair pour le pilote.

« Quelle est la bonne stratégie ? Qu'est ce que je peux mettre en œuvre pour arriver à avancer ? Et là ce n'est pas quelque chose qui tombe, et là j'ai besoin, alors on est dans l'expérimentation, donc j'ai cet apport,(...) je ne peux pas m'adresser pour cela à mon employeur. Pourquoi ? parce qu'il n'est pas neutre dans le paysage, donc je suis, je fais appel au tiers, pour moi j'appelle la CNSA parce que c'est là que cela se joue et là j'ai donc une posture qui m'est donnée, des pistes de travail qui me sont données, il y a jamais de recettes et c'est normal » (Pilote E).

« Par exemple sur les notions d'intégration, de guichet unique, donc je me suis dit on est un peu mal, c'est pour cela qu'à un moment j'avais alerté Catherine parce que je me suis dit qu'il fallait que la CNSA revienne un peu parce que je voyais bien qu'on n'était pas sur les mêmes attentes par rapport au projet, donc cela c'est sûr que oui, j'ai une difficulté par rapport à cela » (Pilote K)

« Pour le moment je n'arrive pas à définir le bon niveau de table tactique, est ce que c'est une partie ou tout [un territoire donné], donc cela j'ai pris attache avec l'EPN là-dessus [...] C'est essentiellement cela, j'aurais besoin qu'on me dise il faut faire cela, parce qu'en interne je vois que je n'arrive pas à avoir l'appui et que je patine, cette problématique je l'ai depuis six mois, enfin pas six mois mais en tout cas je l'ai bien identifié depuis un moment et je n'arrive pas à m'en sortir et c'est un peu cela que je cherche dans l'appui de l'équipe, Catherine qu'elle me donne une solution qu'elle n'a pas le droit de me donner, voilà [...] Ce que j'apprécie [dans mes contacts passés avec l'EPN] c'est que j'ai quand même globalement été soutenu en tant que pilote malgré ces tensions là et pas associés, ils ont bien dégagé le fait que je n'y étais pour rien donc cela oui, même si je portais les messages dans les deux sens, je trouve que l'EPN a mieux géré que moi en interne ma direction, le poids de ces tensions qui portaient sur moi, je trouve qu'on me les a plus fait porter en interne que l'EPN ne me l'a fait porter. » (Pilote G)

« Catherine elle est un très bon appui technique, on n'a pas eu le sentiment de se buter à quelque chose parce qu'on a pu se référer à Catherine, qui a décoincé, qui nous a dit il faut peut-être l'aborder comme cela, c'est vrai qu'il y a des fois où j'ai pu moi coincer, me retourner vers Catherine pour lui demander son avis ou son aide tout simplement en du coup, ou pour préciser des attentes par rapport au projet qui peut y avoir dans l'EPN, à faire émerger plus qu'autre chose, ou sur les outils qu'on partage entre les sites, un peu pour tout, pour critiquer les outils, pour le suivi des objectifs ou parce qu'il y a un point de difficulté, donc d'autant quand je n'avais pas forcément d'interlocuteur pour échanger sur la MAIA, j'ai sollicité Catherine pour avoir aussi un autre avis, ou parce que je coinçais » (Pilote F)

« Je ressens le rôle par rapport au pilotage, de la guidance, de la réorientation, du conseil. [...] J'avoue que bon il y a eu deux, trois, deux trois moments comme cela où j'ai demandé des conseils à l'EPN, c'était par rapport à des échecs sur les tables, sur la table stratégique » (Pilote I)

« Si j'ai des questions sur les attentes ou sur les outillages, en général j'appelle Catherine Perrisset, si j'ai des questions sur le montage de ma table tactique et stratégique et si j'ai besoin d'éclaircissement sur les objectifs par exemple quel est l'objectif d'une table tactique à ce moment là je vais appeler Catherine Périsset, je ne l'appelle pas souvent, je n'ai pas de contacts très, très fréquent, mais quand j'ai vraiment des questions j'appelle. [...] je pense que je pourrais appeler plus souvent, enfin que cela serait toujours enrichissant en tout cas, j'aimerais pouvoir appeler plus souvent mais ce qu'au niveau matériel le temps passe trop vite, mais en tout cas j'appelle quand vraiment j'ai besoin. [...] C'est par rapport à ce que je disais tout à l'heure vis-à-vis de cette idée d'ajustement entre ce qu'on vit sur le terrain et ce dans quoi on baigne au niveau du terrain et les attentes et la philosophie qui nous est véhiculé quand on monte en [réunion nationale], où il y a peut-être une distorsion naturelle et le fait d'être en lien avec l'équipe projet cela permet de revenir, oui c'est vrai il faut vraiment que je fasse attention à cela en particulier, cela permet de réajuster ce travail d'équilibriste un petit peu » (Pilote L)

Dans certains cas le rôle de l'EPN semblait identifié mais le pilote relatait qu'il n'avait pas le temps de pouvoir en bénéficier.

« Je me dis qu'il faudrait que j'appelle pour avoir du recul, un regard extérieur, des conseils et le temps passe, je pense que je ne les sollicite pas suffisamment par manque de temps, pas par d'autres raisons, c'est comme [la table tactique], je m'étais dit il faudrait que je contacte Catherine pour la prochaine : être sur de bien présenter les choses... et puis voilà le temps a passé, et puis je me suis dit tant pis [la table tactique] je la fais et je refais le point, enfin je ressens le besoin de faire plus le point et je ne prends pas forcément le temps de le faire, en même temps je me dis je suis toute seule dans mon truc et je mène ma barque, en même temps je ne prends pas forcément le temps de faire en sorte qu'il y ait ce regard extérieur. » (Pilote C)

Certains pilotes se sentaient vis à vis de l'EPN en situation de hiérarchie plus ou moins claire, notamment du fait que le document « feuille de route » a pu symboliquement représenter un contrat.

« pour moi l'équipe projet national c'était le porteur du projet national donc c'était ce qui me donnait le cadre, la méthodologie et les outils plus ou moins pour mener à bien le pilotage, c'est une référence par rapport à ce que, à la mise en place de la MAIA, il y a des retours, il y a pour moi une forme de hiérarchie par rapport à l'EPN, vu que j'ai signé une feuille de route, je suis tenue par un contrat, à certains résultats liés à la demande de l'EPN, donc maintenant ce qui pour moi était au départ un contrat et un lien évident hiérarchie avec l'EPN » (Pilote Q)

Enfin dans certains cas le pilote a pu manquer de distance par rapport aux messages de l'EPN. Dans la citation suivante le passage du mot « formation » ou mot « formatage » et le discours laissait à penser que l'adaptation locale n'avait pas été suffisamment travaillée.

« l'EPN c'est d'abord la formation, le formatage à cette concertation et à cette intégration et même si je comprends le mot en français avait une dimension complètement différente derrière donc c'est le formatage à votre façon d'envisager les choses dans lequel je n'ai rien dit parce que c'est l'idée de personne qui sont au dessus de moi et qui connaissent et dans lequel je dois rentrer, je n'ai pas à dire c'est bien, c'est pas bien » (Pilote B)

Néanmoins, sur ce site le pilote se sentait également être un possible véhicule pour les informations dans les deux sens entre les instances de concertation locale et la CNSA.

« Je remonte cela à l'EPN parce qu'ils sont à l'écoute, ils sont friands de ce genre de remarque et il se peut que ce genre de remarque soit généralisée, et ils [les partenaires MAIA] ont bien compris que j'étais le facteur et ils n'hésitent pas à me dire des choses plutôt qui ne vont pas bien, qui vont bien. » (Pilote B)

6.5. Le positionnement du pilote vis à vis de chaque table

Le bon positionnement du pilote vis à vis des tables paraît être un élément clef du succès. Il doit le plus souvent afficher une posture d'accompagnement du changement. En cela il doit comprendre qu'il est imputable des moyens mis en œuvre pour atteindre l'objectif d'intégration mais il ne doit pas se sentir imputable des décisions prises par les différentes tables et qui seront parfois contraires à la logique intégrative. Le pilote doit être suffisamment identifié par l'ensemble des partenaires comme la personne en charge du dossier.

Il est arrivé que le pilote et le promoteur se partagent le positionnement, dans ce cas le promoteur a toujours été plus impliqué au niveau stratégique et le pilote au niveau tactique.

Dans le discours un positionnement d'avantage tactique du pilote se repérait avec des extraits de ce type :

« Là où je suis le plus en difficulté, c'est au niveau de l'animation de la table stratégique, table tactique je me sens à l'aise, et pas de souci, je pense que ce qui me manque c'est une connaissance plus poussée, plus précise des différents acteurs au niveau des acteurs stratégiques, et des enjeux politiques qui en découlent et qui m'échappent souvent, je pense. » (Pilote C)

« Je sais qu'il y a des choses que j'aimerais mieux comprendre en termes d'enjeux mais en termes de compréhension du territoire, je n'ai pas l'impression mais plus en termes d'enjeux, de l'A.R.S, de tout ce qui est en train de se mettre en place, des politiques économiques auxquelles sont soumises aussi bien les établissements, que les CG, toutes ces données là je pense qu'elles sont importantes. [...] C'est sur, c'est certain, après je pense aussi que le but de la MAIA c'est de faire remonter, c'est au moins d'essayer de voir si il est possible de les impacter, on ne sait pas effectivement ce que cela va donner » (Pilote L)

« Là je crois que là où j'ai le plus d'action et plus ma place aujourd'hui c'est beaucoup plus au niveau [de la table tactique], des groupes de travail, et clinique, cela c'est sûr. » (Pilote Q)

Le positionnement stratégique des pilotes n'a jamais été unique, c'est-à-dire que lorsque les pilotes ont un positionnement stratégique celui-ci vient s'ajouter à un positionnement tactique. Certains extraits permettaient de mettre en évidence ce positionnement équivalent au deux niveaux décisionnels de certains pilotes :

« Question : ton rôle dans la table tactique?

C'est moi qui lance l'invitation, je fais l'ordre du jour, donc je le transmets aux promoteurs pour information, des fois c'est plutôt moi qui suis au fait, des fois je me base sur la feuille de route pour voir un peu où on en est, les points que l'on doit mettre en place, (...) Alors en table stratégique, je fais une co-animation, c'est-à-dire que la personne qui ouvre et qui ferme la réunion c'est [une élue] » (Pilote K)

« Question : Quels sont les mécanismes de concertation qui sont en place ?

Table tactique, stratégique...La stratégique cela va être modifié, stratégique on avait un besoin du CG et de la DDASS de se positionner en tant que porteur et en tant que soutien, donc ils ont organisé les

réunions au départ, enfin cela a été un peu la galère à ce niveau là, vraiment la galère, parce que je leur ai fait part d'une liste de gens à inviter, ils ont invité d'autres gens, j'ai du récupérer, enfin bon, voilà... » (Pilote J)

« Je verrais même un rôle encore plus affirmé de [la table stratégique], mais on en est pour le moment, là, on va voir la première fois tous les deux mois, donc je pense que les membres de [la table stratégique], jusqu'à présent n'étaient pas dans une posture suffisamment affirmée et moi je n'avais pas assez fonctionné comme cela[...], [la table tactique] est en place, fonctionne [...] ,je me suis rendue compte, au détour d'une erreur que j'ai faite, où j'ai lancé des chantiers en [table tactique] sans légitimité par [la table stratégique], où je propose un ordre du jour [à a table stratégique] un mois avant la réunion, et les membres de [la table stratégique]peuvent dire je priorise telle chose ou je fais telle proposition, et je dois reconsidérer l'ordre du jour [de la table stratégique]à partir de ce que les membres m'indiquent, et là, je vais même maintenant à la fin d'une séance de [la table stratégique] » (Pilote E)

Parfois c'est dans la définition claire des rôles du pilote et du promoteur que certains pilotes nous ont rapporté des difficultés de positionnement à ce niveau :

« Au niveau [de la table] stratégique il [son rôle] est moins... et c'est vrai que je n'ai toujours pas bien réussi à trouver ma place entre, entre la place que voulait prendre le [porteur], mon rôle à moi d'animatrice là dedans, c'est pas encore bien déterminé [...] C'est moi qui ouvre la séance.

Question : Est-ce que c'est toujours toi qui ouvre la séance pour [le comité stratégique] ?

Oui, sauf le dernier où c'était le [porteur] qui invitait et là c'est [nom du responsable] qui a ouvert la séance en tant [responsable de l'organisme porteur].

Question : Donc le prochain tu ne sais pas encore ?

Non, on n'en a pas parlé, j'attendais que cela vienne de leur part moi, rien n'est venu donc il va falloir que je relance et que je vois avec eux... » (Pilote Q)

Enfin, ailleurs la distinction des tables restait parfois problématique entraînant, *de facto*, un positionnement ambigu du pilote.

« On est tombé sur cette coordinatrice en joignant l'A.R.H, pour avoir un interlocuteur à l'A.R.H., on nous a orienté vers elle, sauf qu'on n'a pas dû se comprendre au téléphone, elle est venue, [le responsable de la structure] l'a remercié d'avoir représenté l'A.R.H. : « non » ! Elle a dit je viens de la [une structure régionale offrant un service particulier de santé] donc là oui du coup on c'est rendu

compte que c'est pour cela, mais du coup elle est restée en stratégie alors qu'elle devrait être en tactique. » (Pilote F)

Quelle que soit la répartition des tâches entre pilote et promoteur les experts ont pu remarquer que deux facteurs étaient surdéterminants sur les possibilités d'implantation du dispositif MAIA :

- le pilote doit avoir une légitimité forte au niveau tactique. Le rôle du promoteur dans la légitimation du pilote à ce niveau est important.
- sur les deux tables, le rôle du promoteur et du pilote doivent être clarifiés entre eux initialement mais aussi de façon évolutive au cours du temps.

Deux pilotes semblaient avoir une très grande latéralité d'organisation, étant en pratique responsable de tous les aspects de la réunion, y compris la mobilisation des partenaires.

Dans huit sites, dont la plupart des sites portés par le CG, la mobilisation des acteurs stratégiques était un rôle dédié en grande partie au promoteur qui y associait le pilote de façon plus ou moins étroite.

Dans cinq sites, le rôle du promoteur par rapport à la réunion de la table stratégique semble extrêmement limité (et plutôt d'ordre symbolique). Il est à noter que ces sites ont tous une implantation plutôt faible du dispositif MAIA.

Enfin dans deux sites, la situation n'était pas forcément claire soit du fait d'un portage multiple avec des positionnements relatifs des différents promoteurs problématiques. Des enjeux de pouvoir limitaient alors la possibilité pour le porteur d'aider le pilote. Dans le dernier cas, les données collectées lors de la visite et le suivi du site ne sont pas concordantes sur la façon dont le promoteur était ou pas associé à l'implantation du dispositif.

A noter, que sauf deux exceptions, l'animation de la table stratégique en termes de définition précise de l'ordre du jour, de son suivi ou de l'information nécessaire à la prise de décision a toujours été assurée par les pilotes. Dans les deux cas où cela paraît moins clair, il est possible de remarquer une situation de tension entre le pilote et le promoteur et au contraire une situation de confusion des rôles.

6.6. La place du pilote relativement au pilotage clinique des gestionnaires de cas

Les pilotes ont adopté des attitudes très diverses vis-à-vis du pilotage clinique. Certains pilotes ne s'autorisaient qu'une présence minimale au niveau clinique, ne conceptualisant leur rôle à ce niveau que comme relais pour des prises de décision aux différentes tables, d'autres au contraire ont eu un investissement clinique intense connaissant souvent dans le détail certaines situations pour lesquelles il leur arrivait d'être personne-ressource. D'autres semblaient adopter une attitude intermédiaire ou

pas si claire. En dehors de ce dernier cas, qui semble de nature à brouiller les relations entre gestionnaire de cas et pilote (et qu'il faut donc tenter d'éviter), il est difficile de recommander une posture plus qu'une autre au regard des différents contextes de formation initiaux.

Les pilotes ayant un positionnement en retrait ont pu avoir des déclarations de ce type :

« Moi j'ai des difficultés c'est vrai, il y a d'autres concertation, parce qu'il y a des concertations cliniques qui sont organisées par les gestionnaires de cas, les réseaux, les équipe APA, donc il y a ce niveau là aussi [...] elles ont des concertations cliniques entre elles sur les situations, elles se voient [...] j'y vais en douce, parce que je n'ai rien à faire, c'est pas ma formation, ce n'est pas à moi de savoir ces éléments là, j'y vais, mais le point sur les situations, on le fait ensemble mais plus de façon informelle, je ne sais pas si c'est suffisant, pas assez suffisant pour moi la concertation clinique elle devrait plus la faire avec [le médecin de la structure] mais moi cela me passionne, [...] mais qu'est ce que tu veux que je dise, mais moi ce que je veux c'est qu'on parle des difficultés qu'elles rencontrent dans leur travail clinique vis-à-vis de tels partenaires ou de tels partenaires, mais je me garderais bien du moindre conseil sur le mode opérateur dans l'accompagnement d'une personne, je peux avoir des idées, comme on peut avoir des idées de comptoir, je ne veux pas faire de la gestion de cas de comptoir, mais ce n'est pas mon métier, je ne peux pas faire cela.

Question : Mais normalement il est assez plausible que tu aies une meilleure vision du système qu'elles et que tu puisses te dire sur une difficulté mais il y a telle ressource ?

Le médecin aussi, ou le cadre de santé aussi. » (Pilote N)

« Mais là ce qu'on a mis avec [les autres professionnels de la structure], on a mis des situations cliniques, le vendredi matin à 8 h 30, cela fait partie de comment trouver du lien avec [eux], de poser les problématiques de chaque côté, donc là ils font du clinique, c'est [le responsable de la structure] qui l'organise [...] avec moi et sans moi, la semaine dernière j'étais là, ce matin je n'étais pas là, il y a pas forcément un besoin particulier, avec [les autres professionnels de la structure], là ils font du clinique et ils recréent du lien entre eux, sinon on a un point MAIA... » (Pilote J)

« On n'a pas de liens hiérarchiques, ils ont des liens hiérarchiques avec le [le responsable de la structure], on a des liens fonctionnels, on va dire, donc c'est plus sur la façon de procéder dans la gestion des situations et l'articulation avec les professionnels, c'est ce dont on parle essentiellement, donc on se réunit une demi-journée par semaine où on parle des généralités au niveau de l'articulation avec les professionnels et sur la dynamique des missions et sur la connaissance des partenaires parce qu'ils rencontrent encore, pour se faire connaître et mieux connaître, donc on parle

de cela et après on parle des situations individuelles [...] Ils font aussi ce travail entre eux, les situations, ils en parlent entre eux, ce que j'essaye de faire, et que j'ai l'impression de faire, c'est que je leur parle de prendre du recul par rapport aux missions, de dire, « Voilà, ce que tu fais ce n'est pas forcément ton rôle, il y a des professionnels qui sont là pour le faire, il faut faire appel à eux » ; c'est vraiment dans la prise de recul, j'ai l'impression, parce qu'ils sont parfois peut-être dans le guidon et je pense que cela les aide à prendre du recul par rapport au contexte, à l'expérimentation, à leur mission et à tout cela. » (Pilote C)

Lorsque l'engagement clinique était au centre de leur préoccupation les pilotes l'exprimaient ainsi :

« Moi je crois que j'ai un lien un peu d'encadrement quand même, d'encadrement, de pilotage assez fort aujourd'hui, qui commence quand même un peu, à devenir un peu moins fort parce qu'il faut quand même, bien sur que c'est une fonction où il faut de l'autonomie cela c'est évident, je le conçois mais pour avoir de l'autonomie il faut un temps, à mon avis, et c'est vrai que moi j'étais très encadrante quand même , très encadrante [...] avec le médecin traitant, j'aurais envie de dire, il ne faut pas se loupier dès le premier contact, donc voir un petit peu ce qu'elles pouvaient, ce qu'elles pouvaient donner comme information, et voir ce qu'elles pouvaient montrer aux médecins traitants que c'était important qu'elles prennent leur patient en gestion de cas, donc cela je les ai beaucoup encadré, cela sur cela je crois qu'on y est arrivé et puis après je les encadre aussi sur l'évaluation [...], d'abord il y en a une qui aura la formation par [structure X] lundi et mardi et je crois que c'est un outil quand même assez lourd, c'est un outil complet, qui apporte beaucoup de choses, mais comme tout les outils il faut quand même se l'approprier et il y a quand faisant beaucoup d'évaluation qu'on se l'approprie, qu'on le maîtrise, et qu'on le fait correctement donc c'est vrai que je les encadre aussi par rapport à l'utilisation [de l'outil], voilà. [...] Je suis encore aux réunions hebdomadaires et je les vois souvent puisqu'elles sont localisés au réseau donc étant localisé au réseau, c'est vrai que moi j'y suis quasiment tous les jours, donc c'est vrai que des questions » (Pilote I)

« Oui, il y a un lien particulier entre le pilote et la gestion de cas mais c'est pour construire l'intégration clinique, voilà pourquoi il y a ce lien là, et l'intégration clinique elle doit servir après à tout le monde et cela je ne sais pas comment c'est compris, comment c'est perçu, ce n'est pas évident comme gymnastique, autant c'est cohérent parce que quelqu'un me disait encore l'autre jour, mais vous ne croyez pas que c'est une erreur que les gestionnaires de cas soient rattachés au pilote, mais non ce n'est pas une erreur, s'il n'y a plus ce lien en direct on met en péril la construction de l'intégration, moi je le pense, parce que vraiment là il y a une, cela prend son sens et on le voit bien,

on est complètement, moi je suis convaincue qu'il faut, que cela doit être comme cela, mais après il faut arriver à le travailler » (Pilote E)

« Je pense que c'est clairement une nature d'encadrante, c'est-à-dire que j'organise les réunions d'équipe, pour moi c'est vraiment le rôle d'une cadre d'une équipe, avec l'animation d'équipe, avec le fait d'arriver à créer réellement le sentiment d'appartenance à une équipe [...] Oui, quand elles ont un souci, quand elles ne savent pas quoi faire, elles viennent me voir et elles m'en parlent, ce qui prend beaucoup de temps également, ce n'est pas clair, j'ai telle situation il y a ci, il y a cela, il faudrait que je t'en parle, il faudrait que je vois ce que tu en penses, il y a besoin de mon aval pour certaines actions, notamment sur l'évolution des outils, il faut que cela soit, oui il y a besoin de mon aval, elles viennent me voir systématiquement. » (Pilote Q)

« Je les vois quotidiennement, je les vois une fois tous les 15 jours une après midi entrée pour une analyse de pratique donc on reprend toutes les situations en file, on les analyse ensemble, et je les vois sur rendez vous individuellement, on va dire une fois par semaine en plus de cela. » (Pilote O)

« Cela a soudé l'équipe de gestionnaires, parce que quand on est arrivé en décembre, on ne se connaissait pas, donc on s'est connu tous dans le train, [...] donc il y a vraiment, c'est quelque chose qui est super agréable au niveau du travail, une véritable équipe, des échanges intéressants, chacun venant de milieu très différent, chacun amenant un peu sa touche, moi je m'y retrouve bien, vraiment. » (Pilote H)

Cet accompagnement des gestionnaires de cas a pu nécessiter que le pilote soit lui-même suffisamment à l'aise avec les concepts de l'intégration, cela expliquait un temps d'appropriation et de mise en œuvre des processus de l'intégration avant que les gestionnaires de cas n'aient été recrutés.

« Quel est ce délai-temps que les pilotes sur le terrain qui découvrent le concept, qui doivent l'habiter, l'intégrer, elles ont eu un délai pour construire les instances de concertation qui était court, avant d'embaucher les gestionnaires de cas si ce n'est pas intégré, si ce n'est pas habité, les gestionnaires de cas ne feront pas de l'intégration, et moi cela ça me fait très peur, parce que je me dis que si on n'a pas ce temps là on va louper le coche, et cela sera vraiment dommage, enfin moi j'en suis convaincue parce que c'est difficile de trouver pour les gestionnaires de cas, si le pilote n'a pas compris, n'en est pas à une certaine étape, il loupera le coche parce que dans l'accompagnement pour les gestionnaires de cas, il y a cette difficulté quand même, on est obligé d'interroger beaucoup

de choses, et c'est maintenant qu'on doit le faire, et cela il ne faut pas qu'on le loupe, si on n'interroge pas, on va entrer dans des missions, j'ai peur qu'elles soient redondantes par rapport à d'autres corps professionnels et là on aurait tout loupé, enfin moi, il me semble » (Pilote E)

« Alors par contre, moi j'étais embêtée, qu'est ce que je mettais [sur ma carte de visite], parce que j'ai tellement de casquettes, que je ne sais plus quoi mettre, alors du coup j'ai fait mettre sans rien [...]. Par contre, c'est difficile, je pense au niveau [de la structure porteuse], moi au niveau de ma responsable, [...], qu'elle m'étiquette gestionnaire de cas, je reste assistante sociale, donc du coup c'est, c'est difficile de se situer après.[...] on a une charte de travail, on se démerde, il faut qu'il y ait quelqu'un, on ne part pas tous ensemble, je suis prêt moi à bosser tout le mois d'aout sil faut assurer la continuité, s'il faut aller voir une famille dans la mouise et si il ne reste que [moi] c'est [moi] qui ira, d'un autre coté eux vraiment on est dans une phase où tout le monde fait des efforts » (Pilote H)

Parfois le pilote a pu être « aspiré » par la gestion de cas, ce qui avait alors des impacts négatifs sur ses propres fonctions

« Les deux sont arrivés, il y a des fois où j'ai douté, où je me suis dit je ne suis pas sur d'être de bon conseil en général quand j'ai un doute, si ce n'est pas dans l'urgence, je lui demande un petit délais pour la réponse voir le vendredi matin, même moi le coté pratique pour travailler ce n'est pas faisable d'être finalement paralysé par la gestion de cas, là c'est un peu le cas, même si je n'avais pas été dans le même bureau, c'est ce qu'il se serait passé, je fais un petit peu de gestion de cas tous les jours, plus ou moins concrètement, on fixe d'autres rencontres pour revenir sur des choses d'ordre organisationnel. » (Pilote F)

« Question : autre chose à ajouter sur les liens avec les gestionnaires de cas ?

Moi j'avoue que c'est une partie du travail dans lequel je me sens bien et que j'aime bien, je vais dire que j'ai une équipe qui s'entend bien, avec des gens qui sont pertinent, intelligent, et je pense qu'heureusement il y a cette appartenance à une équipe qui dans une partie du travail est valorisante par rapport au reste, je pense que cela c'est important [...] c'est je me dis moi le pilotage du projet, ce n'est pas mon « truc », [...] je ne me sentais pas forcément armée, par contre cela m'a renforcée dans le fait qu'encadrer une équipe c'est mon « truc » (Pilote Q)

Il était assez usuel de rencontrer un positionnement des promoteurs en appui aux pilotes dans leur tâche clinique. Dans tous les cas ces promoteurs étaient médecins ayant souvent eux-mêmes une expertise gériatrique ou neurologique reconnu par les gestionnaires de cas, c'est alors souvent à ce

titre qu'ils intervenaient auprès des gestionnaires de cas en donnant directement des conseils d'intervention aux professionnels (voir chapitre 7).

Lorsque cet investissement par le promoteur n'était pas possible (pas de personnalité médicale reconnue dans la structure promotrice). L'accompagnement clinique a pu toutefois s'organiser soit par le pilote lui-même (parfois lui-même non clinicien), soit par un ou plusieurs professionnels interpellés au besoin par le pilote. Remarquons que dans ce cas, l'accompagnement clinique des gestionnaires de cas n'était jamais effectué par des médecins.

« En plus de cela, cela peut-être sur une situation, à leur demande, c'est vraiment à la demande, de façon formalisée c'est une fois tous les quinze jours en alternance avec, puisque c'était une fois par semaine la demande qui était faite dans le protocole, donc une fois par semaine, une fois elle voit le superviseur sur la problématique MAIA. » (Pilote O)

Il arrivait aussi que l'accompagnement clinique des gestionnaires de cas soit, en réalité, surtout assuré par eux-mêmes dans la construction de l'interdisciplinarité. Il faut noter alors qu'il existait souvent une insatisfaction avec cet état de fait. (Voir chapitre 10)

Le rapport du pilote aux outils et son leadership éventuel sur la question semble avoir eu un effet intégratif potentiellement important.

Il était assez rare que les pilotes adoptent une position leur permettant de se positionner sur l'ensemble des niveaux (clinique, tactique et stratégique). Dans les cas où cela s'est produit, il s'agissait de sites ayant réussi à implanter une bonne part du dispositif MAIA. Il est donc possible de considérer que la capacité du pilote à assurer un positionnement articulé entre les niveaux clinique, tactique et stratégique paraît de nature à favoriser l'implantation du dispositif MAIA.

6.7. Cas particulier de pilotage = le pilotage multiple

Les experts ont pu identifier différentes formes de « pilotages à plusieurs ».

6.7.1. Copilotage

Dans ce cas chaque pilote était capable d'assumer seul l'ensemble des tâches de pilotage en l'absence de son alter-ego.

« Parce que celui qui est seul, demain il arrive quelque chose à X ou il m'arrive quelque chose, l'autre continuera et cela ne changera pas grand-chose (...) X a rédigé la stratégique, moi j'ai rédigé la tactique, notre plaquette on y a travaillé ensemble, on l'a présenté chaque fois, on a tenu compte de ce qu'on nous disait» (Pilote H)

« Il y a réellement deux pilotes dans la mesure où X n'est pas là tout le temps donc quand il y a des choses qui arrivent (...) les débuts de semaine et les fins de semaine eh bien c'est moi qui gère les choses particulières, (...) donc quand il y a des réunions, des rencontres, on essaye de faire au mieux, une table stratégique, une table tactique, on ne va pas la mettre un jour où il n'est pas là, on est bien clair, mais quand on est convié pour aller faire de l'info si cela tombe en dehors, c'est moi qui me colle, on va dire, normal. Et au niveau des gestionnaires, on s'appuie beaucoup sur X (...), il anime, on anime, on co anime on va dire la réunion d'équipe où l'on échange beaucoup sur les situations, tous les mardis matins, et pareil (...) donc si y va c'est moi qui prend le relais sur ce versant là.(...) On se parle bien par mail, et on prend bien l'avis de l'un et de l'autre, j'ai l'impression que l'on fonctionne bien comme cela quand même. » (Pilote H - alter)

6.7.2. Adjoint au pilotage

Dans ce cas, le pilote en charge était clairement identifié et seul légitime du pilotage mais il s'adjoignait un ou plusieurs assistants en délégation de certaines tâches

« Sur le pilotage du projet, c'est moi seul le pilote, sur l'organisation matérielle heureusement qu'il a limite mis plus que la main à la pâte, il est pour moi aussi un soutien technique pour certaines compétences qui ne sont pas dans le cadre du pilotage, mais par exemple sur la formalisation des chose comme cela, lui il a une culture de la formalisation, cela là-dessus il me file un bon coup de main, je lui dis là j'ai une difficulté, j'ai ces choses là, j'aimerais bien que cela marche comme cela, c'est plus un soutien technique en termes de compétences professionnelles, c'est pas du tout sur le fond mais c'est plus, il m'aide sur la forme, je suis vachement dans la culture de l'oral, lui a plus une culture de l'écrit, des procédures, il me dit peut-être que là si tu as des soucis, pourquoi tu ne fais pas un tableau, (...) ce n'est pas du copilotage, parce qu'il a sa place en tant que responsable de [telle structure] et à ce titre là quand je l'interpelle au titre [de la structure] il me laisse complètement ma place de pilote, mais par contre on a une habitude de travailler ensemble et de se compléter, ce qui fait que sur un certain nombre de compétences professionnelles, il peut me filer un bon coup de main. » (Pilote N)

« Elle vient me soutenir sur tout ce qui est administration générale au niveau des CLIC précisément et MAIA comme vous le savez très bien, parce que vous l'avez vu presque en copilotage quand j'ai été défaillante (...), c'est pas tout à fait justifié, non, c'est pas un copilotage, c'est une, en même temps je serais mal venu de dire assistante seulement, ce n'est pas du copilotage pour être honnête, je pense qu'elle même ne le revendique pas du tout, c'est une assistance... [sur tel sujet] c'est beaucoup [la

personne en copilote] qui s'en est occupé, c'est vrai que j'ai beaucoup délégué à [cette personne] et qui elle est parfaite pour ce genre de chose, (...) alors là on était sur quelque chose qui était fiabilisé de chez fiabilisé, donc je m'en suis peu occupée,» (Pilote O)

6.7.3. Compagnonnage.

Dans ce cas, le pilote préférait s'appuyer sur une aide extérieure devant certaine décision difficile à prendre, ce compagnonnage s'exerçait parfois avec le promoteur.

Il faut le distinguer d'un travail collaboratif du pilote et du promoteur. Dans le premier cas, le pilote semblait dépendre de la présence d'un tiers pour une prise de décision tandis que dans le deuxième cas, le pilote utilisait les compétences de son porteur pour une prise de décision la plus pertinente possible.

Le compagnonnage entre pilote pouvait s'exprimer de cette façon :

« Après les autres missions c'est une aide au pilotage pour la MAIA, donc la plus dans ce qui est méthodologie, justement le rapport avec les partenaires, sachant que la pilote c'est [l'autre personne].

Question : C'est quoi méthodologie ?

C'est plus dans la rédaction d'outils, plus dans ces choses là, plus le démarchage des partenaires... »
(Pilote A)

Le compagnonnage avec un promoteur pouvait donner lieu à ce type de discours :

« Question : On a vu qu'il y avait [l'autre personne] vous apportait un soutien méthodologique, est ce que d'autres personnes vous aide dans votre activité de pilotage ?

Je pense qu'il y a la directrice qui est là.

Question : Elle vous aide à piloter ?

Elle dirige, donc après c'est à nous d'essayer de mettre un petit peu, de se mettre en adéquation par rapport à comment elle voit les choses, moi après j'exprime aussi à façon dont je vois les choses, après c'est une discussion. » (Pilote A-alter)

« J'ai aussi un soutien important ici, je dirais avec [le directeur de la structure] et le [le référent du CG] qui sont... [le directeur] vu notre proximité, est toujours avec moi et puis le [le référent du CG] même s'il a un agenda très chargé, on arrive quand même à arrêter des temps de réunions de travail de façon régulière, donc j'ai quand même deux appuis. [...] [Le référent du CG], [le directeur de la

structure] et moi-même parce que chacun peut faire remonter effectivement son point de vue, les constats qui peuvent être faits par ailleurs et pour moi, ce sont des temps de concertation, il faut déjà que nous soyons en accord tous les trois, pour après pouvoir colporter le même message, donc là on essaye, on confronte nos agendas et on essaye de se réunir le plus souvent possible, mais bon ce n'est pas toujours évident.[...]

Question : Est-ce que vous diriez que par moments du fait de cette proximité que vous avez avec [le directeur] et [le référent du CG], il y a comme du copilote ou pas ?

Tout à fait.

Question : Vous avez l'impression de copiloter à plusieurs ?

Tout à fait, eux effectivement sont vraiment dans le copilote. » (Pilote D)

6.7.4. Promoteurs multiples

Quelques sites affichaient un promoteur « multi-tête »

- Il s'agissait souvent d'association où les promoteurs sont affichés comme étant le président et le directeur de l'association. Il pouvait s'agir d'une « façade », avec un promoteur en charge clairement identifiable et un autre promoteur, plus distant (2 sites), parfois la délimitation des rôles était plus floue (1 site).
- Il pouvait aussi s'agir d'un portage par un partenariat formalisé (1 site) ou non (4 sites). Il semble que les relations entre les différents promoteurs prenaient alors une place importante dans le temps dédié au pilotage ce qui n'était pas sans conséquence.

Le promoteur multi-tête est un élément de complexité dans le travail de pilotage du dispositif MAIA. En pratique, le collectif qui s'était constitué avait rarement une ancienneté importante, il s'agissait toujours d'un collectif constitué en vue notamment de la réponse à l'appel à projet MAIA. Ce collectif n'existait donc pas de façon pérenne sur le territoire précédemment au projet et le pilote ne pouvait s'appuyer sur cette préexistence. *De facto*, le pilote était souvent en lien privilégié avec l'un ou l'autre des porteurs et identifié comme tels par les partenaires extérieurs.

« Question : Avec [X], quand je lui ai posé la question, c'est devenu plus flou pour moi qui était le promoteur d'un coup, parce qu'il parle toujours « des » promoteurs ?

Normalement il y en a [plusieurs].

Question : Mais en même temps ces (n) ne se sont pas réunis dans une association ou dans un, donc il n'y a pas de... ? (Interrompu)

On a fait attention en faisant le script d'analyse, notre première fiche, notre première demande, de ne pas mettre le logo Conseil Général en premier parce que ce n'était pas que le Conseil Général, tous les logos y sont, mais on n'a pas l'entête Conseil Général, mais quand même ils prennent une place importante mais normalement il y a les quatre, mais avec les autres je n'ai pas de relations particulière, [...pour le partenaire X] elle me sollicite mais sans plus, [...pour le partenaire Y] moi j'ai l'impression que eux dans la mesure où cela se passe bien [...], après [...pour le partenaire Z], mais j'ai de bonnes relations avec la directrice quand elle vient en table stratégique, mais c'est tout cela se limite à cela, il y a vraiment, quand on a vu le président en début de semaine, c'est vrai que lui nous a dit qu'il voulait relancer ce partenariat, notamment, avec le [partenaire X], qu'est ce que cela va donner, je n'en sais rien, [...] » (Pilote H)

Bien que le fait de bâtir un projet MAIA sur un processus collectif paraisse a priori favorable à l'intégration, la motivation des différentes partenaires à participer au projet collectif a pu être variable, ce qui se traduisait par une difficulté pour le pilote :

« Voilà on est sur les locaux du [partenaire X] un des partenaires du [collectif] ce qui n'est pas sans poser quelques problèmes de reconnaissance, d'autres membres du [collectif] ont déjà soulevé ce problème en disant que ce n'était pas une bonne idée qu'on soit dans les mêmes locaux parce que cela prêtait à confusion pour d'autres partenaires, de fait cela n'a pas forcément été facilitateur alors que porter par le même porteur, théoriquement cela devrait l'être [...] dans la réalité il y a de grosses difficultés entre deux des porteurs qui mutuellement se renvoient le fait de ne pas pouvoir travailler ensemble, donc entre les partenaires de terrain qui renvoient une difficulté de travail en commun et un porteur qui normalement devrait être facilitateur il y a pour moi des situations qui parfois font à la limite schizophrénie. » (Pilote Q)

« Les freins aussi que je vis au quotidien, c'est le double montage avec nos co promoteurs, qui ont pas forcément la même, ils ont une vision maintenant du projet un peu plus commune, mais à un moment j'avais quand même les deux promoteurs qui ne comprenaient pas la même chose...[...] Le fait qu'il y ait [n] promoteurs comme cela, cela m'a mis beaucoup de freins quand même » (Pilote K)

L'association d'un pilotage à plusieurs têtes (soit au cours du temps, soit de façon conjointe) et d'un porteur peu clair (soit effacé, soit multiples, soit avec des difficultés de définition des rôles avec le pilote) était une condition entravant majeure, ayant toujours fortement impacté négativement les possibilités d'évolution vers un dispositif MAIA.

« [Le frein majeur est] qu'il y a le côté particulier de [nom de la MAIA], du fait que j'ai un patron à [n] têtes si je puis dire, que les [n] têtes ne sont pas forcément d'accord par rapport à leur stratégie dans le futur » (Pilote Q)

6.8. Une pilote démissionnaire

Il n'a pas été possible de rencontrer la pilote démissionnaire en entretien avant sa démission. Les experts ont pu constater que les origines du malaise ayant conduit à sa démission était vraisemblablement multiples et certaines d'entre elles ont pu leur échapper. Toutefois en accord avec certains des messages précédemment il est possible de remarquer que cette pilote cumulait certains facteurs identifiés comme ayant potentiellement un impact négatif sur le pilotage :

- un manque de légitimité initiale : la pilote, secrétaire administrative de formation et sans qualification particulière sur la gestion de projet ou d'établissement se trouvait *de facto* dans une posture de déficit de légitimité par rapport à des partenaires cliniques ou tactiques d'une part et plus encore au niveau stratégique.

- un positionnement dans la structure porteuse qui ne permettait pas la prise d'autonomie : la pilote se trouvait en position hiérarchique forte avec son porteur et c'est celui-là qui développait l'essentiel de la communication externe pour le projet

- un déficit de formation : pour des raisons extérieures, la pilote s'est trouvée dans l'impossibilité de suivre la première session de formation des pilotes. Malgré le fait qu'une personne l'ait suivie dans la structure « en remplacement » et qu'il lui ait par la suite été apporté un complément personnalisé de formation, la pilote se trouvait dans un « décalage » de connaissance du projet avec les gestionnaires de cas et le promoteur qui ont pu nuire à ses possibilités d'autonomisation et de légitimité

Enfin, les sites qui pour des raisons diverses ont du faire face à une absence prolongée de pilote ont tous enregistré des conséquences importantes en terme d'implantation.

7. Promoteurs

Sur les 17 sites expérimentaux, 16 structures porteuses ont été rencontrées soit 26 personnes. Sur les 26 personnes, 16 sont promoteurs, 4 co-promoteurs et 6 sont des personnes ressources liées étroitement à la structure porteuse et au projet MAIA. Dans 9 sites, 1 seule personne a été rencontré au titre de promoteur; ailleurs de 2 à 4 personnes ont été interviewées. Deux structures étaient au préalable dans un projet de démonstration sur l'intégration avec un partenariat formalisé.

Parmi les 20 promoteurs et co-promoteurs rencontrés, 16 étaient en poste au moment de la réponse à l'appel d'offre. Dans 7 sites, le promoteur était à un niveau tactique. Parmi eux, 4 sont médecins ayant une activité clinique régulière.

7.1. Réponse à l'appel d'offre et engagement dans le dispositif MAIA

Tous les promoteurs présents depuis le début ont participé à l'écriture. Dans tous les sites, il y a eu une co-écriture entre plusieurs personnes de la structure porteuse et dans 5 sites, la co-écriture a associé des partenaires extérieurs. Dans 4 sites, une des personnes à l'initiative de la réponse à l'appel d'offre n'était plus dans la structure porteuse du projet MAIA au moment de la visite des experts.

Dans presque la moitié des sites, il y a eu une concurrence de projets (présentés ou pas). Tous disaient que le temps a été court pour associer tous les partenaires au départ. Dans 8 sites, le territoire était le même, dans 7 cas plus petit et dans 2 cas plus grand que le territoire sur lequel la structure porteuse exerçait son activité. Les commentaires concernant sur la taille du territoire sont rares hormis dans les sites départementaux qui pointaient la superficie du territoire à couvrir comme un obstacle pour initier l'intégration.

7.1.1. Les structures porteuses se disaient légitimes

Cette légitimité leur était conférée par la législation et la réglementation pour les sites départementaux et par leur antériorité et leur expérience pour les autres.

« Alors l'avantage, me semble-t-il, c'est une certaine légitimité donnée par, par les textes, le département étant un chef de file de l'action sociale sur le département, et il est chargé de mettre en œuvre l'APA. » (Promoteur H)

« Le CG est positionné comme chef de fil de la mise en œuvre des schémas médico-sociaux c'est-à-dire de l'organisation et concrètement nous très fortement le CG il est connu a priori par les acteurs du

handicap et du médico-social en général et pour la gérontologie pour être très investi à travers un cadre très collaboratif pour une réflexion une mise en œuvre du dispositif et notamment sur le maintien à domicile. » (Promoteur G)

« Et c'est pour cela qu'on a pensé qu'étant donné donc les objectifs de notre structure, son ancienneté, puisque c'est quand même une vieille structure, donc, c'est savoir, la qualité de son médecin directeur, la qualité de la coordonnatrice et cætera, on s'est dit, on se doit de participer. » (Promoteur I)

« On avait aussi une expérience du travail en réseau, du travail de partenariat, de l'articulation avec le médico-social et le sanitaire, il y avait une volonté aussi du conseil d'administration de porter ce projet. » (Promoteur F)

7.1.2. Variabilités sur les objectifs d'engagement

Les objectifs initiaux étaient multiples. On peut identifier 3 types d'objectifs avec la volonté de se centrer sur les besoins de la population avec des troubles cognitifs, renforcer la coordination entre les partenaires et répondre à des enjeux interne à la structure porteuse. Les 2 premiers étaient présents dans la grande majorité des sites. Le troisième intéressait principalement les conseils généraux avec la mise en place des maisons de l'autonomie (MDA)

7.1.2.1. Répondre aux besoins de la population avec troubles cognitifs

Pour les promoteurs, il existait une forte demande de suivi de cette population malade dont les besoins leur semblent mal couverts.

« Il y avait aussi la volonté de traiter cette problématique Alzheimer qui en milieu rural est un petit peu compliquée à identifier et on s'en aperçoit aujourd'hui dans la mise en place du dispositif, le fait effectivement, le fait effectivement d'avoir, de pouvoir toucher des malades diagnostiqués, nous reste compliqué aujourd'hui parce que la maladie Alzheimer est, on a une solidarité on va dire rurale, qui joue beaucoup, qui fait qu'effectivement, il n'y a pas de dépistage très tôt de cette maladie-là, et quand elle est dépistée c'est déjà tard et effectivement c'est déjà la solution de l'établissement. » (Promoteur A)

« Alors les attentes, oui, parce qu'au niveau des malades atteints de cette maladie, on est très, très souvent confronté à des situations inextricables et à des personnes qui étaient laissées toutes seules

dans la nature parce que, parce que déni de la maladie, opposition à toute aide et cætera, et ni les réseaux, ni nous, n'avions les, la capacité à pouvoir assumer un suivi aussi, aussi proche, aussi rapproché que cela n'est, n'est possible maintenant avec les gestionnaires de cas, donc cela nous a tout de suite apparu quelque chose de très, très important. » (Promoteur N)

« Il y a un grand besoin par rapport à ces personnes âgées et à leur famille qui sont en grande souffrance, donc travail sur l'aide aux aidants, accompagner davantage les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, pour nous ici c'était un objectif qui nous intéressait, qui nous enthousiasmait. » (Promoteur D)

Certains promoteurs s'attachaient encore à cette population cible afin de « gérer » l'incertitude de la suite donnée à l'expérimentation. Dans ce cas il semblait évident que cela constituait un frein à l'engagement d'un certain nombre de partenaires moins directement liés à la maladie.

« Pour plusieurs raisons, l'expérience MAIA, on ne sait pas si elle perdura et puis l'expérience MAIA dans un premier temps elle était dédiée à Alzheimer » (Promoteur P)

7.1.2.2. Renforcer la coordination entre partenaires

Un certain nombre de promoteur nous ont signalé leur investissement dans le projet MAIA comme la recherche d'un aboutissement à des démarches passées ayant conduit à l'enrichissement de la palette de réponse mais pas à sa meilleure intégration.

« Il y avait aussi une chose, c'est que depuis très longtemps on râlait, si vous voulez, parce que, on se disait, mais quand même, il y a plein de structures sur notre site, il y a beaucoup, beaucoup de structures qui ont comme objectif de faire en sorte que cela soit moins dur pour une famille, que cela soit moins dur pour un malade victime de maladie d'Alzheimer, il y en a plein, mais on n'a pas l'impression qu'il y en a plein puisque les gens continuent à poser des questions sur « mais qu'est-ce que je fais, où je vais ? » (Promoteur I)

« Notre schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009-2013 et dans ce schéma il avait été notamment pointé un manque flagrant d'information et surtout de coordination entre les différents intervenants au domicile, au domicile des personnes et, quelque part, le projet MAIA nous est apparu, pas comme la solution. » (Promoteur H)

Dans le même ordre d'idée, sur un des sites, c'est l'apparition d'un nouvel acteur tactique qui a été vu comme devant d'emblée s'articuler avec le projet MAIA dans une logique de complémentarité.

« Le [partenaire tactique] a été mis pratiquement en place en même temps que la MAIA et donc, je veux dire que cela complète, cela a permis, la mise en place de la MAIA... et la mise en place du [partenaire tactique] et a aussi aidé à la mise en place de la MAIA. » (Promoteur K)

7.1.2.3. Le projet MAIA comme un moyen d'intégration interne au CG

Cet objectif était souvent présent sur les sites portés par un conseil général.

« Mon rôle, je le situe, c'est que la MAIA contribue à la mise en œuvre, on va dire, de la politique en faveur des personnes âgées définie dans le schéma, d'une part, qu'elle s'articule pleinement avec le service social départemental qui est en charge de l'évaluation, qu'il n'y ait pas, que d'une part cette articulation soit bien huilée, entre guillemets, et qu'il n'y ait pas redondance entre le travail des uns et le travail des autres, mais une parfaite coordination entre les deux services, donc dès le départ, dès novembre, on a mis en place entre la MAIA et le service social départemental, on va dire, un protocole de travail. » (Promoteur H)

Dans certains cas l'objectif était encore plus précis, il s'agissait de s'appuyer sur le projet MAIA pour développer une maison de l'autonomie (MDA)

« Parce que l'idée quand même c'est aussi d'aller vers la maison pour l'autonomie, donc est-ce que ce projet peut être piloté par, parce qu'il y a eu dans le même temps une directrice de la MDPH [...], mais elle, elle a très vite dit, qu'elle ne voyait pas comment... » (Promoteur D)

« J'encourage les gens à plutôt se présenter comme faisant partie d'une expérimentation MAIA préfigurant les maisons de l'autonomie. » (Promoteur A)

7.1.3. Manque de clarté dans la phase initiale d'implantation du dispositif

Pour la plupart des promoteurs, la mise en place initiale des dispositifs a manqué de clarté concernant la définition de l'intégration et les étapes à suivre dans la construction en partie liée au cahier des charges et au retard au démarrage de la formation des pilotes. Une large partie des promoteurs disait avoir sous estimé le travail à fournir et 4 considéraient que leur projet initial avait été modifié. Cela concernait les promoteurs qui avaient comme objectif principal de « renforcer la

coordination » avec les partenaires (souvent entendu comme renforcer les liens ou les relations existantes mais sans remettre en cause l'organisation ou les missions de chacun).

7.1.3.1. Manque d'information sur l'intégration et sur les étapes de construction

Les promoteurs se plaignaient du caractère insuffisant du cahier des charges de l'appel à projet MAIA en 2008 pour comprendre le sens du projet d'intégration. La nécessité d'une formation paraît importante, et cela transparaissait dans un discours fréquent qui signalait une meilleure compréhension au cours du temps de ce qui est attendu par le dispositif.

« J'ai l'impression quand même que, on nous a appris l'intégration, mais sans trop nous dire, enfin, comment dire, cela a été, l'intégration, c'était dans le cahier de candidature et on ne nous a quand même jamais expliqué, avant juin, ce qu'était l'intégration, donc oui, c'est lors de cette formation qu'on nous a vraiment expliqué, donc on a fait le projet sans, sans trop savoir ce que c'était l'intégration, donc la formation à Paris était quand même importante. » (Promoteur C)

« Pour moi maintenant il me paraît beaucoup plus clair, non, non, il me paraît beaucoup plus clair, il y a des choses que je n'avais pas complètement intégré par exemple la notion, la place du chef de projet dans le pilotage MAIA, c'était pas si évident pour moi dans ma tête au départ on était parti sur un autre type de chef de projet » (Promoteur J)

« J'ai eu du mal, je pense que je n'ai pas encore réglé toutes mes difficultés pour bien intégrer ce qu'est le projet MAIA au niveau national, si vous voulez, j'ai des zones d'ombre encore importantes » (Promoteur I)

Dans certains cas, le décalage temporel lié à la nécessité de réorganiser les services avant de mettre en place la gestion de cas a pu être interprété comme un mécanisme « technocratique », peu compatible avec les volontés des promoteurs de mettre en place rapidement en place le « nouveau service ». Cette identité entre projet MAIA et mise en place de la gestion de cas était un travers fréquent que les experts ont pu encore constater lors des visites sur site.

« C'est notre travers professionnel parce qu'on est sur le terrain tout le temps, nous on était parti véritablement des gens, et comment on allait pouvoir remonter, or là nous on ne demandait de partir

de cette fameuse notion d'intégration et de structurer avec nos partenaires, en nous disant la gestion de cas cela viendra après, vous vous occuperez des gens après, pour des gens qui ont l'habitude de travailler comme nous, c'est vrai que c'est une démarche un peu déroutant. » (Promoteur L)

« Il y avait cette table de concertation que j'avais sous-estimée, après la gestion de cas non, on l'avait, je pense, bien estimée, oui, le, tout ce qui est quand même PSI également, le partage d'informations on l'avait sous-estimé, là maintenant on comprend bien l'importance du partage d'informations et tout ce que cela entraîne, je pense que j'étais plus sur la gestion de cas, dans l'appel, dans l'appel à projet, cette notion de référence, ce professionnel qui permettrait de faire un suivi plus rapproché des situations et donc tout le reste effectivement, maintenant, avec du recul, je n'avais pas imaginé. » (Promoteur C)

7.1.3.2. Phase d'appropriation nécessaire et résistance initiale aux concepts

Tous les promoteurs nous ont signalé l'importance du facteur temps pour comprendre les concepts de l'intégration.

« Cela m'avait un peu rebuté au départ, mais finalement le vocabulaire c'est super intéressant, cela fait du lien entre les gens d'avoir un vocabulaire spécifique MAIA, les tables tactiques, les points d'accès, les portes d'entrée, alors au début les gens cela les rebute complètement et puis au bout d'un moment cela crée un langage commun entre les gens, donc cela crée du lien, ceux qui ont compris se sentent appartenant au dispositif. » (Promoteur J)

« Rien que le concept de guichet unique c'est, on se rend compte que ce n'est vraiment pas évident et qu'au début on pense, enfin on a, j'ai senti, moi j'ai eu une phase de résistance au modèle, vous voyez un peu comme cela, même si on avait envie d'aller dans l'expérimentation, j'ai dit oh, là, là, vous voyez il y a une phase quand même quoi qu'on dise, de résistance un peu au modèle et après on se dit ce n'est pas mal et puis, et puis après il y a à nouveau des choses, vous voyez, c'est, et donc je pense que oui, former les promoteurs, oui » (Promoteur E)

« Le guichet unique, oui le guichet unique dans un premier temps on pensait effectivement, il est unique, enfin lieu unique, lieu identifié plutôt, excusez-moi, après on a bien, quand je dis on c'est, pardon, la direction, donc on a bien compris que le guichet unique c'était une multitude de portes d'entrées avec un langage commun et des façons de procéder communes, mais c'est vrai que dans un

*premier temps on avait vu cela, nous, sous l'aspect on va dire, architectural, matériel, après... »
(Promoteur H)*

Une large majorité mettait en avant leurs difficultés au départ pour comprendre et pour diffuser aux partenaires le concept de l'intégration et de ses composantes et en particulier la construction du guichet unique. Ces difficultés ont créé des résistances qui se sont estompées par la suite.

« Nous pilotes et même porteurs du projet, qu'on ait bien intégré toutes ces notions qui ne sont pas forcément des notions simples quand je vous parlais du guichet unique, aujourd'hui moi j'ai bien compris ce que c'était un guichet unique, mais pour autant quand on l'explique même à des professionnels qui ne sont pas des idiots, ce n'est pas si simple que cela, mais on avance, je veux dire qu'on avance dans toutes ces explications, dans la compréhension qu'ont les partenaires des missions des gestionnaires de cas, du guichet unique » (Promoteur D)

7.1.4. Au delà de l'écriture : persistance de la logique de coordination et de la place prépondérante de la gestion de cas

7.1.4.1. Logique de coordination

L'approche par la coordination était très présente dans la plupart des sites. Spontanément le concept trouvait plus de sens que celui d'intégration. Ainsi, ce qui était cherché n'est pas tant la réorganisation des services, ou la révision des missions de chacun à la recherche de doublons ou de manques de services mais le développement avec la « meilleure harmonie » possible avec les autres acteurs sur le site. La construction de la MAIA s'appuyait ainsi souvent sur la recherche du consensus entre partenaires. Les partenaires cherchaient plutôt à renforcer les habitudes de travail et développer au passage « le faire ce que l'autre ne fait pas ».

« Ce n'est pas si simple de faire fonctionner, enfin qu'on fonctionne tous ensemble, que chacun y trouve, de trouver sa place, sans toucher à l'autre, sans avoir l'impression de lui enlever quoi que cela soit, cela c'est du travail quotidien entre les partenaires » (Promoteur B)

« Ce que je dis à chaque fois à la table, voilà, on va essayer de voir ce que chacun fait, comment chacun le fait, au moins l'idéal de ce qui devrait être fait, au moins l'écart de ce qu'on fait et de ce qui est attendu et on voit ce qui peut être fait par l'autre, je n'ai pas besoin de le développer et on va essayer de mettre tout cela au service de la personne, en gros c'est le discours que je tiens, mais je pense que l'intégration dans l'esprit des acteurs a du chemin à faire. » (Promoteur P)

« La coordination est une approche qui est connue des partenaires et permet de les réunir en table de concertation. Entrer dans l'intégration nécessite de leur part plus d'engagement et de transparence. La coordination gérontologique comme on la pratiquait, on laissait chaque partenaire dans sa liberté d'entreprendre, voire de, de concurrencer le voisin et on disait chacun à sa politique, on échange, on sait ce que fait l'autre, point, et ensuite on disait souvent il faut le leader un peu charismatique qui s'impose par une personnalité pour être reconnu alors qu'il n'avait aucun statut à être reconnu pilote au fond, c'est souvent cela. Or là on demande et c'est la difficulté, en disant l'intégration, on demande à chacun d'abattre un peu ses cartes, d'annoncer par rapport aux autres sa politique dans un système tout de même extérieur qui pousse à la compétition, qui pousse à la compétition des membres, et chacun ne va pas abattre nécessairement à l'instant t ses cartes d'une façon évidente. On perçoit qu'il y a des alliances qui ne sont pas mises sur le tapis, même à l'intérieur du, même à l'intérieur du GCSMS, on sent qu'il y a des rapprochements qui échappent à la logique complète de transparence. »
(Promoteur Q)

7.1.4.2. Prépondérance de la gestion de cas

Parmi les 6 composantes qui définissent l'intégration, tous les promoteurs mettaient en avant la gestion de cas, 15 d'entre eux la concertation entre partenaires, 10 le guichet unique dans et 8 les outils. La concertation était souvent nommée sous le terme de « réunions et de coordination avec les partenaires » ; ce qui laisse supposer que l'objectif de la concertation reste souvent la coordination plus que l'intégration.

« Tous les partenaires avec lesquels on a l'habitude de travailler, comprennent bien la plus-value apportée par le dispositif MAIA et donc pour moi le dispositif MAIA c'est, je dirais, à 80 % la gestion de cas...et les 20 autres pour cent, c'est le fait de pouvoir mieux appréhender les situations, celles, celles qu'on nous propose en gestion de cas, mais qu'on va finalement réorienter vers les processus habituels. » (Promoteur N)

« Là maintenant instinctivement je pense aux gestionnaires de cas, peut-être que c'est pragmatique, enfin, voilà, je pense qu'en fait si les professionnels, ce qu'ils doivent retenir, à mon avis, c'est cela, en tout cas pour les gens de terrain, cela ça leur parle, vous savez le concept, le mot MAIA, guichet unique, tout cela, je pense que pour eux c'est compliqué, même les points d'accès, portes d'entrée »
(Promoteur F)

7.1.5. Le cadre expérimental avec un pilotage national

7.1.5.1. Le pilotage national : une surprise, un appui

Même si la plupart des promoteurs ne s'attendaient pas à une structuration aussi forte, la méthodologie apportée par l'EPN leur est apparu utile pour construire l'intégration.

« Non, au départ, on pensait que cela serait peut-être un peu moins, un peu moins rigide, qu'il y aurait peut-être un peu plus de co-construction, là on sent quand même qu'il faut rentrer dans un cadre, mais bon je veux dire après tout pourquoi pas... Comme il ne va pas trop mal avec ce qu'on imaginait pour le moment cela ne nous met pas trop dans le mal-être... » (Promoteur K)

« On sent au travers de l'expérimentation, qu'avec un fort appui méthodologique, on arrive progressivement, de manière très rationnelle, avec l'apport méthodologique que nous donne l'expérimentation, à rentrer dans le vif du sujet, à travailler sur des choses tout à fait concrètes avec les partenaires. [...] On a le sentiment de construire quelque chose qui sera peut-être une réponse demain, impression de, de, oui de travailler pour améliorer le service à l'utilisateur, aux bénéficiaires des personnes, oui moi je pense que cela apporte, cela outille, la notion de caisse à outils, je trouve cela important vous voyez » (Promoteur E)

« Je ne ressens pas cela comme un contrôle et je ressens cela plutôt comme un cadre que donne la CNSA, qui est aussi stimulant, à la fois c'est stimulant parce qu'on se dit on veut, mais quelquefois si on ne peut pas y arriver, et qu'on peut expliquer pourquoi on ne peut pas y arriver, pourquoi on a du mal, je crois qu'il faut le dire aussi. » (Promoteur D)

« Le concept de MAIA s'est aussi un peu travaillé, je dirais, au niveau de la CNSA et peut-être du Ministère, je n'en sais rien, on a bien senti que finalement on n'allait pas vers la MAIA, une maison, mais bien un, je dirais, une façon de travailler les uns avec les autres et avec bien sûr du personnel, la notion de gestionnaire de cas complexe. » (Promoteur K)

7.1.5.2. Les outils d'aide au pilotage : implication faible ou nulle des promoteurs

Les promoteurs connaissaient l'existence des rapports d'étape, 8 l'existence du Diag Maia et rares étaient ceux (n=2) qui avaient connaissance de l'outil Quicksan. Les réactions étaient ambivalentes sur l'intérêt de ces outils (il leur était reconnu une « probable utilité » mais leur usage paraissait « lourd ». Les promoteurs n'utilisaient pas eux-mêmes les outils, ce sont les pilotes qui les utilisaient.

« J'ai trouvé que c'était une bonne chose, par contre je suis ravie que ce soit le pilote qui soit obligé de les remplir, j'exagère, mais c'est, je comprends qu'on fasse cette démarche-là, mais c'est vrai que c'est très, très chronophage. » (Promoteur N)

« C'est quand même un sacré boulot, c'est lourd, donc c'est quand même très lourd, si j'avais su que c'était si lourd avec tous les papiers, tu vois par exemple ce qu'on a mal mesuré, c'est tout ce que vous alliez nous demander, enfin pas à moi spécifiquement, mais si on avait su qu'il y avait tous ces Diag MAIA, tous ces « machins », si on l'avait su à l'avance, je ne suis pas sûre que, il faut de l'inconscience aussi, de la volonté et puis il faut avoir de la confiance en ce que font les autres, je pense que c'est cela. » (Promoteur B)

7.2. Rôle du promoteur

7.2.1. Large communication auprès des partenaires

Les promoteurs étaient également légitimement investi dans la communication sur le projet MAIA vers l'extérieur : dans six sites, la communication était un élément majeur de leur relation au projet (image de la structure et du projet), dans deux sites les promoteurs étaient engagés dans une démarche de conviction des partenaires éventuels (presque au porte à porte), dans quelques cas ils étaient d'avantage tourné dans la communication interne (c'était notamment le cas dans les sites portés par des CG) dans quatre cas les promoteurs paraissaient peu impliqués dans la communication, mettant plutôt en avant un « devoir de réserve » étant donné le caractère « expérimental » du dispositif. Les contacts auprès des partenaires étaient analysés comme relevant du rôle des pilotes. Néanmoins, la moitié des promoteurs les ont accompagnés pour expliciter le projet MAIA. Leurs motivations étaient d'améliorer, du fait des liens antérieurs, les chances d'investissement du partenaire dans le dispositif.

« Il faut qu'on réussisse à convaincre tous ces gens là du bien fondé de notre activité donc c'est vrai que c'est long, mais je crois que quand on est convaincu cela marche beaucoup mieux. » (Promoteur L)

« On est allé les voir tous les, tous les directeurs d'établissements, tous les responsables de pôles gériatriques de tous les hôpitaux donc pour s'assurer qu'un, ils avaient lu le plan Alzheimer, deux, qu'ils adhéraient et c'était le cas. » (Promoteur D)

« Qu'ils soient déjà au courant de la chose et qu'ils arrivent à comprendre l'intérêt pour eux, très égoïste pour eux, peut-être que cela va leur faciliter le travail, qu'ils vont mieux travailler, pour les médecins généralistes, c'est formidable ce projet, cela devrait les aider, cela, ça me paraît vraiment fondamental dans l'organisation » (Promoteur I)

« Il faut faire accepter l'expérimentation par les autres, faire en sorte que les gens comprennent que c'est peut-être des difficultés aujourd'hui, mais pour un..., dont on va tirer les bénéfices dans un an ou dans deux ans. » (Promoteur E)

7.2.2. Motiver l'engagement des partenaires stratégiques : les promoteurs tactiques

Les promoteurs tactiques mettaient en avant leurs difficultés à arriver à faire participer les partenaires stratégiques. Les difficultés ne trouvaient pas forcément leur source dans un défaut de légitimité de ce porteur tactique par rapport aux instances stratégiques. Plusieurs porteurs tactiques, très bien introduits au niveau stratégique, et ayant par le passé pu avoir une influence non négligeable sur les activités stratégiques, ont souligné la difficulté. Il semblait plutôt s'agir également d'une difficulté de « réception » ou de « réceptivité » des instances stratégiques à être « officiellement » sollicité par un acteur tactique dans leur propre rôle stratégique.

« Notre table stratégique, on s'y était très mal prise c'est évident, on a eu l'innocence de croire que simplement en invitant ces gens à participer à une réunion, ils allaient venir, alors maintenant réunir pour réunir pour moi cela ne sert à rien, parce qu'on peut le faire, mais si on veut vraiment avoir le niveau de décision adéquate, si on veut vraiment réussir à faire ce pourquoi on est mandaté, il faut que les gens soient impliquées, en aient conscience, soient d'accord et adhèrent au projet. » (Promoteur L)

« Mon rôle important, à mon sens, c'est d'ailleurs celui qui est raté pour le moment, c'est le problème de la, gestion, c'est un grand mot, je ne sais pas ce qu'il faut dire, de la table stratégique, c'est de faire en sorte que les décideurs financeurs aient bien compris ce que c'est une MAIA, ce qui ne me paraît pas encore évident, je vous le dis très simplement...mon rôle c'est de recevoir, c'est de faire en sorte qu'il y ait tout le monde parce que ma position, mon âge... initier, motiver, obliger, si vous voulez obliger d'une obligation morale, leur faire comprendre que c'est une obligation presque morale qu'ils ont, de s'impliquer là-dedans, voilà » (Promoteur I)

7.2.3. Motiver l'engagement des partenaires stratégiques : les promoteurs conseils généraux

Les promoteurs conseils généraux reconnaissaient avoir une faculté de mobilisation de la table stratégique facilitée du fait de leur position d'autorité de tutelle.

« Oui, moi je pense que c'est mettre de l'huile dans les roues, c'est de mettre de l'huile dans les rouages, moi je sens mon rôle au niveau de faire le lien avec les institutions, le politique quoi, le politique, le lien avec le Conseil Général, du Conseil Général avec la future agence régionale de la santé. » (Promoteur E)

« Les organismes, les institutions qui vont dire ce n'est pas possible, c'est moi qui prendrai mon téléphone, qui appellerai directement la directrice de l'assurance maladie, ou de la CNAV en disant, écoutez c'est important, faites vous représenter au moins, je représente un peu les enjeux stratégiques de cette table là. » (Promoteur P)

7.2.4. Participation à l'organisation et aux tables de concertation

La presque totalité des promoteurs participaient à la préparation des tables de concertation tactique et stratégique. Cette préparation était organisée avec le pilote et dans 3 sites avec un noyau de partenaires et l'ordre du jour y est définit.

Tous les promoteurs assistaient aux tables stratégiques et plus de la moitié d'entre eux assistaient aux tables tactiques et stratégiques. Tous les promoteurs tactiques assistaient aux tables tactiques.

La majorité des promoteurs laissait l'animation des tables aux pilotes et aux élus quand ces derniers étaient présents aux tables tactiques. La majorité des promoteurs et surtout les promoteurs tactiques, se positionnaient dans les tables de concertation comme étant au même niveau que les autres partenaires.

« Je vous le dis, c'est ce qu'il y a de bien dans ces réunions, on est partenaire tous, donc il y a pas quelqu'un qui va diriger l'autre, qu'on soit n'importe où. » (Promoteur B)

« Je me mets au même niveau que les autres ce qui est un peu ambigu d'ailleurs, c'est pour cela que je ne sais pas s'il faut que je reste à la table tactique, il n'y a pas d'intérêt majeur sur la table tactique, si ce n'est que pour moi cela me permet de voir comment se déroule le projet. » (Promoteur I)

« On est autour de la table comme tout le monde, on apporte notre façon de voir les choses au même titre que les autres personnes qui sont autour de la table » (Promoteur H)

7.2.5. Implications des promoteurs tactiques dans la gestion de cas

L'implication des promoteurs auprès des gestionnaires était relativement forte : 10 ont participé au recrutement des gestionnaires de cas. Ceux qui n'avaient pas participé sont souvent des promoteurs des conseils généraux. La plupart des promoteurs se disaient informés de ce que font les gestionnaires de cas au quotidien et 9 les rencontrent au moins une fois par semaine de façon souvent informelle. Il s'agissait souvent des promoteurs qui partageaient les mêmes locaux.

La plupart des promoteurs ont entendu parler de l'outil d'évaluation multidimensionnel standardisé et fait un lien direct avec la gestion de cas. Presque la totalité d'entre eux connaissaient son nom et les promoteurs cliniciens l'avaient déjà parcouru et avaient un avis sur sa pertinence, son utilisation et son implantation. Un promoteur faisait un lien entre l'outil et les autres composantes de l'intégration comme la concertation et le guichet unique.

Les promoteurs cliniciens étaient très investis dans l'implantation de la gestion de cas. Ils étaient souvent associés aux réunions d'inclusion et/ou participait à la formation des gestionnaires de cas.

« Ah, je suis, je suis à fond pour la gestion de cas, ce n'est peut-être pas le mot, mais cela ne fait rien, j'ai réfléchi à la gestion de cas, j'ai beaucoup réfléchi à la gestion de cas, cela me semble, dans le projet MAIA, avec l'outil, les deux choses [les plus importantes]. » (Promoteur I)

« Je pense notamment aux gestionnaires, définir leur cadre d'intervention, là il ne fallait pas que cela parte dans tous les sens, il fallait que cela soit quand même bien défini, dans les procédures pour faire appel aux gestionnaires, donc leur cadre qu'est-ce qu'ils font, donc, voyez, j'avais quand même aussi des idées précises en faisant l'appel à projet, donc il ne fallait pas quand même que cela s'écarte trop de ce que je pensais, il peut y avoir des modifications, c'est sûr, moi je suis très, je suis ouverte, mais il ne faut pas que cela aille, que cela me gêne après dans ma, dans ma pratique, dans ma réflexion, que cela aille à l'encontre de ce que je pense. » (Promoteur C)

7.2.6. Lien étroit avec le pilotage

Tous les promoteurs que nous avons interrogés estimaient que la présence d'un pilote était indispensable au déroulement d'un projet MAIA. Les promoteurs avaient (assez logiquement) tous

participé au choix et/ou recrutement du pilote sur leur site et 14 se disaient satisfaits ou très satisfaits de leur pilote.

Les promoteurs et les pilotes avaient des liens étroits. Ils avaient au minimum un contact hebdomadaire et pour la majorité d'entre eux, disaient se parler plusieurs fois dans la semaine (de visu et/ou par téléphone).

7.2.6.1. Légitimation du pilote

Les promoteurs disaient avoir été très présents sur le projet dans la phase de lancement notamment pour insérer et légitimer le pilote vis à vis de l'ensemble des partenaires ; ils auraient consacré au moment des visites moins de temps à la construction de la MAIA.

« Il a fallu que je l'épaulé bien pour qu'elle comprenne qui fonctionne comment, avec qui, qui est important, il y a le forme et il y a l'informel et on ne peut pas faire sans, on sait très bien qu'il y a des personnalités fortes, il faut qu'on sache comment on jongle là dedans, comment cela fonctionne, donc une bonne, bonne connaissance du réseau local. » (Promoteur L)

« Je suis là pour le légitimer, pour un peu débloquer les situations, mais après surtout pour que cela soit lui qui continue à porter ce projet et là je la vois régulièrement pour faire un point ensemble pour voir où cela coince, où cela ne coince pas, comment on avance. » (Promoteur P)

7.2.6.2. Soutien au pilote

Pour tous les promoteurs, le rôle de pilote était difficile. Ainsi, ils rapportaient qu'ils se sentaient devoir les soutenir et les encourager.

« Je pense que toute seule elle aurait eu, ce n'est pas du tout dévalorisant dans ma bouche, je pense qu'elle aurait eu du mal, c'est important de pouvoir se serrer les coudes et pouvoir réfléchir ensemble et que de temps en temps je joue les candides en disant je ne comprends rien à ce que tu me racontes, repose, elle vient me demander mon avis, je crois de pouvoir échanger, de pouvoir ne pas être tout seul face à ce projet là c'est important. » (Promoteur L)

«Voilà, mais je comprends que pour le pilote cela soit difficile, alors moi j'ai cette petite distance et en plus je le fais exprès parce que même si je comprends et je partage, je pense que mon rôle aussi est de recalé les choses avec elle et de l'encourager. » (Promoteur D)

« J'essaye quand même de la soutenir parce que, je crois, que le pilote a besoin de soutien, il y a eu des moments de découragement. » (Promoteur C)

« Cela va être plus un rôle surtout de, de lien avec elle de voir là où elle en est du projet, où elle en est aussi, tout ce que vous lui demandez, comment cela se passe, est-ce que cela se passe bien aussi pour elle, voir par rapport à l'organisation, est-ce qu'elle aurait besoin de soutien ou autre.» (Promoteur F)

7.2.7. Garantir les objectifs initiaux du projet

Une large majorité des promoteurs (n=9), disaient avoir le rôle de veiller au respect des objectifs initiaux du projet au décours du déploiement du projet MAIA.

« Il est quand même, s'assurer que notre expérimentation va dans le bon sens et que je suis en accord avec ce que le pilote, ce que le pilote propose, donc on a réfléchi ensemble en groupe de travail sur les situations complexes, sur le cas d'intervention du gestionnaire, voilà, donc je suis là aussi pour mettre des limites à certaines, à certains points pour alerter, pour, voilà il ne faut pas que le projet aille dans un sens contraire à ce que je, à ce que je pense et que cela soit différent que ce que je verrais, donc on fait des points régulièrement. » (Promoteur C)

« Mon rôle, c'est de toujours continuer à, je dirais, entretenir la ligne qu'on a souhaité, du projet qui avait été déposé c'est donc voilà, c'est un peu le garant je dirais du projet qu'on avait déposé. » (Promoteur K)

Certains promoteurs allaient encore plus loin en estimant être les garants de l'orientation du projet.

« Si l'intégration, j'ai envie de dire, c'est plus du « taf » de la pilote, de voir en termes de formation, ce que c'est, moi je suis plus sur l'orientation du projet. » (Promoteur P)

7.2.8. Gestion des conflits internes

La gestion des conflits en interne a été évoquée par la plupart des promoteurs des conseils généraux. Ces conflits intéressaient en particulier les articulations entre les gestionnaires de cas et les équipes médico-sociales de l'APA.

« Il faut que cela bouge, moi je suis plus aujourd'hui à recoller les morceaux, à gérer les tensions, vous voyez, mais peut-être cela ne se voit peut-être pas dans l'outil, mais moi je sens que c'est plutôt intense, c'est que j'ai le sentiment moi aujourd'hui que l'on rentre vraiment dans l'implication pratique, concrète, enfin on y était déjà rentré, mais qu'elle commence à faire bouger les choses puisqu'on en est à résoudre des conflits en interne... Je dois le porter en interne, vous voyez toutes les conséquences que cela a.» (Promoteur E)

« Pour être tout à fait franc il y a eu une, une sorte, un petit peu de jalousie, de jalousie des AS [du service personnes âgées] vis-à-vis un petit peu des gestionnaires de cas, donc elles ont ressenti un petit peu, dans un premier temps, mais on a essayé de, je pense qu'on y est parvenu, à recadrer les choses, elles ont ressenti cela un petit peu comme une attaque contre leur travail qui n'irait pas au bout des choses. » (Promoteur H)

« Créer ce travail d'équipe entre les gestionnaires de cas complexes et intégrer ces gestionnaires de cas complexes à l'intérieur même de l'équipe médico-sociale de l'APA pour ne pas là aussi qu'on est quelqu'un qui travaille d'une façon, l'autre qui attend autre chose, c'est qu'on ait quelque chose de cohérent. » (Promoteur K)

7.3. Conséquences

7.3.1. Amélioration de la coordination globale entre les partenaires

7.3.1.1. Création d'une dynamique partenariale

Les promoteurs nous ont rapportés que le projet MAIA avait été l'occasion de créer ou de renforcer la dynamique partenariale locale, même si spontanément ils avaient recours au concept de coordination, voire seulement de lien pour en parler.

« Pour nous, cela a été aussi un levier sur le territoire effectivement pour réinscrire de la coordination entre l'ensemble des acteurs, je pense qu'aujourd'hui c'est quelque chose qui nous permet de recréer du lien entre le sanitaire, le médico-social et le social parce qu'on est encore chacun un peu dans ses pré carrés » (Promoteur A)

« Moi j'ai trouvé qu'il y avait une dynamique, ce qui m'a impressionnée c'est quand même de voir que les partenaires se sont quand même impliqués régulièrement sur le projet, cela quand même, je crois que cela, ça m'a vraiment surprise, parce que je pense que c'était soutenu. » (Promoteur F)

« C'est d'avoir pris le temps de penser des choses qu'on pensait déjà et qu'on avait pas le temps de creuser, je trouve que c'est surtout cela, on est parti dans des, dans de la productivité, dans de l'activité, on ne prend pas de recul, enfin je pense que cela a été l'occasion de s'arrêter sur une réflexion et de se dire c'est vrai cela il y a longtemps qu'on le pense, qu'on le dit, on va peut-être essayer de profiter de le faire avancer, c'est des choses qu'on avait un peu mis de côté parce qu'on ne peut pas tout gérer et là le fait d'avoir et puis bon le fait d'avoir aussi, enfin je pense que l'équipe projet nationale était intéressante dans ce sens-là cela a aidé à canaliser un petit peu les choses, et puis cela nous permet doucement de reprendre conscience de choses qu'on, pour une bonne partie on connaît, mais qu'on laisse couler complètement. » (Promoteur J)

7.3.1.2. Élargissement du cercle des partenaires habituels

Au delà de la création ou du renforcement du partenariat. Le périmètre des liens tissés pour le projet MAIA était souvent qualifié de « plus étendu » par les promoteurs que ne l'était celui de partenaires usuels de la structure porteuse.

« Oui, oui, parce que c'est toujours, parce qu'on découvre d'autres champs, » (Promoteur E)

« C'est, c'est innovant, c'est une autre façon de travailler, donc il y a eu beaucoup de réunions avec les partenaires qu'on n'aurait pas, je pense qu'on n'aurait pas organisé si on n'avait pas eu cette expérimentation en cours, même si cela faisait partie des missions du CLIC, on était pris dans nos situations individuelles et du coup on en oubliait un peu, on oubliait un petit peu de formaliser, si vous voulez, la coordination, elle se faisait, mais de façon informelle. » (Promoteur C)

« La pilote m'a fait découvrir des acteurs avec un regard différent de la façon dont je les voyais avant, sur le terrain des acteurs locaux, j'ai redécouvert un peu des gens, cela améliore les connaissances et puis bon je pense que c'est le côté aussi, on a une vision un peu globaliste de tout, là on doit affiner, je vois dans les professionnels qu'on a, j'ai été super intéressé, on a fait des réunions de territoire pour présenter la MAIA, il y a pas longtemps, on a fait deux réunions par canton, une en après midi, une en soirée, pour inviter les professionnels du territoire, on a redécouvert des professions avec qui on ne travaillait pas beaucoup. » (Promoteur J)

7.3.2. Engagement des partenaires dans la concertation

7.3.2.1. Difficultés au niveau tactique également

Outre les difficultés déjà signalées au niveau stratégique, les promoteurs témoignaient de difficultés à mobiliser leurs partenaires au niveau tactique afin que la table tactique soit suffisamment représentative pour prendre pleinement son rôle de réorganisation.

« Autant MAIA est bien calé dans le programme national tant qu'on respecte nos engagements, la feuille de route, tant qu'on recrute, qu'on joue notre rôle dans l'expérimentation des outils, on est fidèle à la feuille de route vis-à-vis de la CNSA, mais d'un autre côté toutes les difficultés, c'est l'inscription dans le territoire. » (Promoteur Q)

« Il y a eu la réaction des gens parce que les réactions des gens ne sont pas toujours positives sur cette mesure qui me paraît vraiment une mesure très importante du plan Alzheimer, moi, mais c'est ma façon de voir les choses et tout le monde n'est pas d'accord avec moi, il y en a qui pensent que c'est encore un « truc » en plus, vous voyez, beaucoup » (Promoteur I)

7.3.2.2. Difficultés à entrer dans la co-responsabilisation

Pour les parlementaires, lorsque le pas de « l'association » à la table a été franchi, la construction d'un partenariat coresponsable est l'étape suivante. Cette étape n'était, au moment des visites, au mieux, qu'ébauchée. La plupart des promoteurs nous ont rapportés un travail qui s'apparentaient encore davantage à l'information voire à un travail de conviction par la structure promotrice vis à vis des partenaires qu'à la co-décision.

« Alors c'est vrai qu'on est dans des systèmes qui sont très lourds avec une multiplicité de partenaires, donc c'est vrai que cela ne bouge pas très vite, forcément, on ne peut pas, on va dire, bousculer les habitudes de travail qui ont mis des années à se mettre en place, de façon, brutale, si je puis dire, c'est tout un travail de construction, de conviction, de travailler ensemble et cætera., donc je crois qu'il faudra beaucoup de temps pour stabiliser le dispositif quand même. » (Promoteur D)

« On a comme vœu pieu de se dire on va réussir à réunir tout le monde autour d'une table pour bosser pour les personnes, de se recentrer un peu sur les fondements mêmes de nos professions aux uns et aux autres, et on a des grosses machines autour de nous, donc ce n'est pas évident. » (Promoteur L)

« On a eu du mal, on a eu du mal d'organiser ces tables alors ce n'était pas, ce n'était pas de les organiser, ce n'était pas de les réunir, ce n'est pas sur l'aspect logistique, c'est sur le contenu avec des partenaires qui, qui étaient mécontents, donc cela c'était un petit peu dur. » (Promoteur N)

« On a souhaité dans la construction de l'ordre du jour qu'ils prennent leur place c'est-à-dire qu'ils participent aux points qu'on va mettre à l'ordre du jour pour que, pour que si vous voulez les partenaires autres, la DDAS, bon maintenant l'ARS, puissent mettre des points un peu à l'ordre du jour pour qu'on en discute là,...et pas que cela se discute ailleurs, parce que cela peut parfois se discuter ailleurs. » (Promoteur E)

7.3.3. Nécessité de formation supplémentaire

La majorité (n=9) des promoteurs auraient voulu avoir une formation supplémentaire courte sur les concepts de l'intégration.

« Alors, on a été bien évidemment informé par les pilotes, peut-être que parfois effectivement il est, il est plus souhaitable d'être informé, on va dire, à la source pour, pour avoir une compréhension encore plus satisfaisante parce que comme on sait, à chaque fois qu'il y a un relais de communication, il peut y avoir une perte d'information ou une déformation de l'information, après concrètement nous, moi, une formation n'aurait pu que forcément être relativement courte. » (Promoteur H)

« Je pense que les, alors les porteurs n'ont peut-être pas les mêmes attentes que les pilotes, en même temps, moi cela me permettait de voir aussi ce que vous demandiez au pilote et de me, comment dire, d'être à l'aise aussi avec la pilote quand on peut parler des, quand on parle des choses que vous lui demandez, en rendus, tout cela, et d'être à l'aise aussi sur la conduite de ce projet-là » (Promoteur F)

Cette demande était motivée par le besoin d'explicitier l'intégration auprès des partenaires.

« C'est sur, on ne peut absolument pas rentrer dans cette chose sans, sans concepts, sans concepts, parce que si on ne les a pas, on a toujours l'impression que l'on fait quelque chose qui rentrent dans, qu'on a compris et on se fait piéger en fait, on se fait piéger. » (Promoteur Q)

« Je pense que cela serait mieux si moi aussi je pouvais expliquer, parce que dans la table stratégique, il va bien falloir que je me mouille, elle (la pilote) explique cela très clairement, elle sera là, mais pour leur dire ma version des faits et l'importance du « truc », si vous voulez, parce que j'y crois, je crois,

attendez, je crois avoir compris comment cela fonctionne, comment cela devrait fonctionner, je n'ai sûrement pas tout compris, mais je crois avoir compris quand même, mais il m'a fallu du temps, maintenant je dois reconnaître, il y a des choses qui me paraissent totalement évidentes maintenant que je n'avais pas saisies il y a encore quelques mois. » (Promoteur I)

« Oui, oui, parce qu'on va dire le mot parle un peu à chacun, mais on n'en connaît pas les contours, les outils, la façon d'y arriver, on va dire, au fil des échanges avec le pilote ou avec vous-même, on finit par intégrer la notion, mais cela a pris peut-être un peu plus de temps qu'il aurait fallu si effectivement on avait bénéficié, d'entrée de jeu, d'une formation. » (Promoteur D)

7.3.4. Demande de partage d'expérience avec les autres promoteurs

Au delà des formations, les promoteurs regrettaient de ne pas avoir eu de temps d'échanges entre promoteurs pour permettre un partage d'expérience qui leur apparaissait indispensable concernant une telle expérience.

« Les 16 autres porteurs de projet sont aussi en train d'avancer de leur côté et j'espère justement qu'on pourra voir à un moment donné et avant la fin de l'expérimentation, qu'on pourra peut-être nous réunir pour savoir un peu comment on se situe les uns par rapport aux autres, quelles sont les différences aussi d'approches que l'on peut avoir les uns et les autres parce qu'on a, je pense, toujours à s'enrichir des autres. » (Promoteur K)

« Il y avait plus le fait de se dire cette expérience rentre dans une expérience nationale et en ce sens c'est plus intéressant, on va pouvoir avoir des échanges, on va pouvoir se confronter avec d'autres expériences qui vont naître, donc c'est plus l'idée comparative qu'une attente propre dans l'organisation, le fonctionnement, les perspectives de la MAIA. » (Promoteur Q)

«Savoir comment cela se passe ailleurs, les expérimentations qui sont faites en France, savoir, oui, de savoir un peu comment cela se, comment c'est conduit ailleurs, je pense que cela aurait été intéressant d'avoir, d'avoir quelques notions, là, j'ai l'impression, voilà, qu'on avance petit à petit au fur et à mesure qu'on nous dit des choses et ce n'est quand même pas évident. » (Promoteur C)

7.4. Craintes du devenir principalement dans les conseils généraux

Les craintes concernant la validation des sites intéressaient l'ensemble des promoteurs en lien avec le renouvellement des contrats des gestionnaires de cas. Les inquiétudes apparaissaient plus fortes

dans les conseils généraux notamment du fait d'une crainte liée à l'implantation des agences régionales de santé.

« La crainte c'est, c'est de devoir mobiliser des financements supplémentaires ensuite, alors qu'en fait aujourd'hui on sait qu'on ne peut plus en mobiliser, c'est difficile, notre objectif c'est plutôt de se dire, mais est-ce que l'on va y parvenir, c'est-à-dire est-ce que ce pari de se dire en s'organisant mieux à moyens constants, on peut y arriver, on craint que cela ne soit peut-être pas faisable, le fameux moyen constant. » (Promoteur E)

« La crainte légitime, normale, voilà, en disant, bon, bien ok, pour l'instant la CNSA donne de l'argent, après on aura le label, très bien, qu'est-ce qu'on va en faire si on n'est pas financé, oui, cela on l'a eu, évidemment, cela nous a paru cependant plus intéressant de prendre le risque. [...] Les points d'interrogation restent sur la sortie de l'expérimentation et sur la stratégie, la stratégie globale à adopter au niveau de notre, quand je dis notre, là je parle au nom du Conseil Général, de l'organisation du Conseil Général, de ses services par rapport aux choix qui vont être faits au niveau national, quelle place les conseils généraux auront dans les choix stratégiques que feront l'État, avec l'Assurance Maladie, avec la Caisse Nationale des Solidarités. » (Promoteur C)

« Il faut comprendre qu'on embauche des gens, on a embauché des gens de qualité...vous comprenez qu'on ait des gens investis dans ce qu'on fait et quand on veut faire passer des messages on y va, on est plutôt reconnu comme des gens passionnés, voir des fois passionnant dans ce qu'on fait et dans ce qu'on raconte, de manière générale, et on a impliqué des gens, des dispositifs, donc on a besoin de savoir, c'est quand même, nous dire qu'il va y avoir des nouveaux, parce qu'il y aura 37 sites nouveaux et dire que ceux qui sont en cours, les gens bossent, ils travaillent, il y a un investissement, on a besoin de savoir où on va, assez rapidement, moi de manière très stratégique parce que je m'implique et je prends des risques par rapport à mon élu, par rapport à mon patron, qui est très insistant sur le projet. » (Promoteur G)

8. Concertation

Le niveau d'engagement des partenaires a été évalué à partir des discours des pilotes, promoteurs et gestionnaires de cas. Il apparaît que lorsqu'il n'y a pas d'engagement volontaire des partenaires ou que l'engagement existe pour de mauvaises raisons, les concurrences voir les résistances pour entrer dans la dynamique intégrative sont fortes.

8.1. Concertations tactiques et stratégiques

8.1.1. Construction des tables tactiques avant les tables stratégiques

A 18 mois du début de l'implantation des dispositifs MAIA, les tables de concertation dans une large majorité des sites n'étaient pas totalement stabilisées avec l'arrivée de nouveaux partenaires. Dans 15 sites, c'est d'abord la concertation tactique qui a été mise en place puis la concertation stratégique. Cela s'explique surtout par un portage tactique fréquent (9 des 17 sites) ; par un projet déposé en réponse à l'appel à candidature CNSA essentiellement tactique par ailleurs (15 des 17 sites) et enfin par un manque de légitimité exprimé par le pilote qui a eu des difficultés pour associer les décideurs et les financeurs. Les deux sites où la table stratégique a été plus rapidement opérationnelle, sont portés par un conseil général avec un projet politique affiché. Dans la majorité des sites les tables tactiques et stratégiques se réunissaient dans le même lieu. Pour la plupart des promoteurs, le rôle des tables dans les prises de décisions n'étaient pas toujours très claires.

8.1.2. Présence de groupes de travail thématiques dans les tables tactiques

Dans 11 sites, les tables ont été au départ mixte, c'est-à-dire avec la présence de partenaires de différents niveaux de concertation. Les tables tactiques associaient fréquemment des acteurs cliniques sans pouvoir de management et parfois des acteurs stratégiques. Les partenaires des sites ruraux associaient fréquemment une légitimité à plusieurs niveaux de concertation pour la même personne (par exemple le directeur de la MDPH peut également être maire d'une grosse ville et siéger au conseil général) renforçant cette mixité.

Les tables tactiques soulevaient la question du nombre de partenaires et celle de la taille du territoire pour construire cette concertation.

Dans 11 sites, les tables tactiques ont défini des groupes de travail thématiques (guichet unique, population cible...) plus petits pour initier la concertation.

« Eh bien, on s'est aperçu que travailler quelque chose à 60, ce n'est pas facile donc on, on préférerait le travailler déjà en amont entre nous et faire des propositions ensuite...[par exemple], on a projeté le

script et on, on a demandé aux membres de la table tactique ce qu'ils en pensaient, s'ils avaient des propositions à faire, et on a fait les amendements. » (Promoteur N)

« Question : Il y a combien de personne à la table tactique ?

On est nombreux en tactique, entre 12 et 15...

Question : En stratégique ?

On était moins, une dizaine.

Question : Cela fait un taux de représentation qui est combien à peu près par rapport aux gens qui sont invités ? 50 % ou ?

Largement, en tactique, c'est pratiquement je dirais que c'est 70 – 80 % et en stratégique, bien 50 % quand même, là il manquait l'ARS, le directeur de la CRAM, oui 50 % en stratégique. » (Pilote H)

« Question : Vous êtes combien ?

On est une vingtaine, en moyenne on est au plus bas 12 personnes qui viennent, après les EHPAD, foyer logement, EMS, alors on avait l'ancienne responsable des équipes EMS qui est partie en DT mais elle continue à faire le relais c'est elle qui est en table tactique, je crois que c'est tout, après médecin généraliste, infirmier, on a une pharmacienne qui vient de s'intégrer, on avait un pharmacien mais qui ne venait pas donc là on a quelqu'un qui c'est mobilisé et qui va venir, orthophoniste, et après [nom d'une personne] qui représentait le CLIC et le réseau et là c'était mon erreur, aujourd'hui j'ai intégré quelqu'un du réseau, du coup ils n'ont pas la mesure, même si je fais une info le lundi matin, et un CCAS.

Question : On peut faire de la concertation à 20 ?

Oui, en moyenne on est 15, les choses sont préparées, c'est-à-dire que la construction d'outils il y a plutôt une validation, par exemple les critères je les avais préparé avec le réseau et le CLIC pour savoir pour eux quels étaient les dossiers qui leur posaient problème, donc ils avaient pris deux mois de dossier, on a tout ressorti, et après on présente quelque chose qui est prémâché, et chacun s'exprime, après on a une forte tête qui est la psychiatrie, j'ai oublié de la citer, c'était volontaire peut-être, où là effectivement elle pinaille un peu sur les termes, on perd peut-être un peu de temps sur la concertation mais finalement cela fait avancer les choses.

Question : Si tout le monde était là vous seriez ?

Si tout le monde était là on serait 22.

Question : Tu penses que c'est possible de faire de la concertation à 22 ?

Oui.

Question : À 30 ?

Cela devient plus compliqué.

Question : A 40 ?

Non, mais moi je me suis fixée 20.

Question : Est-ce que c'est plus efficace à 10 ou est ce que c'est pareil finalement d'être 10 ou 20, c'est plus efficace à 20, à 15 ?

Le problème c'est qu'à 20, c'était mon idée on a plus de personnalité qu'à 10, à 10 on est plus, il suffit qu'il y ait un leader dans le groupe et personne ne parle tandis qu'à 20 on est plus aéré sur la table, en tout cas c'est mon impression, je trouve que c'est une bonne taille pour fonctionner parce qu'à 20 on arrive toujours à avoir quelques fortes têtes et pas une seule et on avance plus facilement.

Question : Et à 30 on en a trop ?

Je pense. » (Pilote J)

« Question : Est ce que c'est possible de faire de la concertation à 43 ?

Non, non, donc quand ils viennent ils sont une vingtaine, c'est dans la salle qui est là donc toutes les chaises sont mises autour, je ne peux pas faire de la concertation ici, il me faudrait une autre salle mais je sais que je peux en avoir une, soit la salle du conseil...

Question : Mais est ce que c'est possible en dehors du fait des locaux, est ce qu'on arrive à se concerter à 43 ?

Il faudrait avoir un mode de direction plus didactique, plus autoritaire, plus assemblée générale de copropriétaire ou ag d'une entreprise, il faudrait être plus directive, là c'est quand même très spontanée où on écoute tout le monde, où tout le monde dit ce qu'il a envie de dire, quelle que soit la remarque, si il y avait 43 à gérer cela serait un autre mode. » (Pilote B)

Dans les territoires étendus comme ceux des sites départementaux, il y a eu une redéfinition de leur taille concernant la construction du guichet unique.

«La dimension départementale du projet effectivement c'est à la fois un atout et un inconvénient en fait, parce qu'animer un partenariat large, c'est bien au niveau des dirigeants si l'on peut le dire ainsi, mais au niveau du terrain, effectivement cela démultiplie les efforts et qu'il faudrait multiplier les relais pour le pilote et pour moi-même en fait, sur le terrain, cela, c'est l'inconvénient en fait. L'autre inconvénient c'est des sensibilités en terme de méthodes de travail qui sont différentes selon les endroits donc effectivement on ne peut pas avoir un dispositif qui soit uniforme en fait et impulser des orientations, elles ne peuvent pas être uniformes sur l'ensemble du territoire, cela c'est peut-être un inconvénient en fait. » (Promoteur D)

« Pour moi c'est plus une difficulté, effectivement cela peut être un frein, du fait de la taille de notre territoire, notre difficulté parce que moi en tant que pilote je suis toute seule, ce de pouvoir communiquer au travers de ce dispositif parce qu'aujourd'hui pour moi c'est clair que nous arrivons à sensibiliser les gens à condition que nous prenions le temps de communiquer avec eux, il y a eu des temps de communications collectifs, mais cela n'a pas le même impact que lorsqu'on rencontre les partenaires de façon individuelle [...] et vu le nombre de partenaires que nous avons sur l'ensemble du département là c'est évident qu'on ne peut pas mener des actions de communication dans le temps qui nous est imparti dans le temps de l'expérimentation, on le fait mais on est loin de toucher tout le monde et c'est un peu dommage, normalement on devait rencontrer l'ensemble des établissements sanitaires, on n'a pas fini encore et une fois qu'on a rencontré un établissement sanitaire souvent ils nous resollicitent pour rencontrer telle équipe donc beaucoup de temps de communication à planifier, à organiser donc ce n'est pas facile, ah cela la taille c'est évident, c'est pour cela que pour moi dans mon esprit, le Diag MAIA, le décliner par territoire, mais j'aurais souhaité aussi que sur chaque territoire, qu'il y ait plutôt un relais, copilote, relais, après c'est au CG qu'il pourrait définir en tant que tel, pour aussi amener notamment ces actions de communication sur le territoire. » (Pilote D)

« On n'a pas du tout le même impact quand on voit la carte des points d'accès MAIA, il y en a certains qui sont d'ores et déjà efficient, par exemple celui qu'on va voir demain, il y en a d'autres qui sont à construire, actuellement le dispositif est hétérogène, d'ailleurs je ne pense pas que cela soit possible au stade où on en est de l'expérimentation, mais sur certains points c'est efficace et je pense qu'actuellement, l'équité ne serait pas vraie en termes de délais, en termes de temps » (Pilote O)

« J'étais partie sur l'idée d'en faire un sur le département, je me suis aperçue que ce n'était pas du tout pertinent de tout recenser comme cela, donc celui de [tel sous-territoire] il commence à être bien étoffer et en parallèle j'ai essayé de commencer les autres sur chacun des territoires donc j'ai plein de données mais il faut que je les rentre dans le tableau, qu'est ce que je fais d'autre, on n'a pas, à part sur le [nom d'un autre sous-territoire] donc un des territoires où la table tactique c'est mise en place et fonctionne sur un des territoires [localisation géographique] elle va être mise en place donc cela ça va bien fonctionner mais par contre j'essayer de trouver le bon niveau » (Pilote G)

8.1.3. Implication des élus dans la concertation stratégique

Les élus étaient présents aux tables de concertation stratégique dans 7 sites (élus municipaux et/ou conseillers généraux). Dans 2 sites, ce sont les élus qui invitaient les partenaires aux tables.

Les élus ont pu être sensibles aux impacts positifs de la gestion de cas sur leurs administrés. Les élus des conseils généraux étaient favorables à ce que le territoire MAIA soit sur l'ensemble du

département et non une partie pour renforcer l'égalité d'accès à la gestion de cas pour tous. La tension existant entre cette demande et de l'impossibilité de faire de l'intégration sur un territoire aussi vaste qu'un département n'était pas évoquée.

8.1.3.1. Communautés de commune

Il y avait peu de discours sur les partenaires communaux même dans certains sites ou des CCAS étaient identifiés comme de vraie plateforme de services. Le regroupement de communes en communautés de communes a pu apparaître comme un facteur favorable pour conduire la concertation.

« Des communautés de commune, nous on en a cinq, c'est souvent entre six communes et quinze communes en fonction des territoires, s'ils ont une compétence géronto ou une compétence santé, c'est bien plus simple de mener des projets avec eux, mener des projets avec 46 communes, on n'y arrive pas, que mener des projets avec cinq communautés de communes...je pense que tout doucement ils vont avancer vers cette compétence santé et nous l'idée c'est que toutes les communautés de commune aient une compétence santé pour qu'on puisse vraiment mener des actions collectives et pas individuelles avec chaque commune, et donc le regard des élus, il est hyper important là-dessus parce qu'on ne fera rien sans les élus, nous. » (Promoteur J)

« C'est que par exemple sur tout le territoire du CLIC on a six communautés de communes ou d'agglomérations, il y en a qu'une qui a la compétence sociale, donc vous voyez que si on veut inviter des élus, on est obligé d'inviter 55 élus, parce qu'on ne peut pas, puisqu'effectivement, ils ne sont pas... » (Promoteur F)

A l'inverse certains pilotes ont pu souligner que dans l'état actuel, la représentation par l'intercommunalité, n'allège en rien la table de concertation puisque l'intercommunalité ne gomme pas la possibilité pour chaque mairie de décider pour elle même de sa propre politique personnes âgées.

« Sur 183, donc il faut que j'invite 183 maires, attention ce n'est pas parce qu'on invite un intercommunalité parce qu'elle représente ses communes, elle a sa compétence propre et elle représente son propre établissement public dans la compétence, ce n'est pas, si on invite les collectivités, on invite et les interco et les communes, cela fait 183 et 7, 8, 9 interco, cela fait 200

personnes, ce n'est pas de la mauvaise foi ou de la mauvaise volonté, c'est pour cela que pour nous les CCAS c'est intéressant pour représenter les communes » (Pilote N)

8.1.3.2. Réticences des communes

La construction de l'intégration a pu être limitée par la résistance de certains élus à la réorganisation des services au niveau de leurs communes (notamment du fait d'une crainte de perte de certains services/emplois) et cela aurait concerné d'avantage les petites communes.

« C'est un levier, c'est un levier qui n'est pas facile à manœuvrer pour la bonne raison que la plupart des présidents de CLIC sont des élus, on est aussi dans le paradoxe, parce qu'ils prennent des décisions au niveau départemental pour mettre le système dans un certain sens, mais arrivés sur le terrain, c'est un peu difficile de toucher à leurs CLIC après, c'est la réalité. » (Promoteur D)

« Les réticences elles viennent peut-être plus, pas des institutions, les réticences viennent peut-être plus de la part des, je dois dire, des élus qui sont dans les petites communes et qui ont, qui elles sont, oui les petites mairies, les élus des petites mairies qui eux sont les portes d'entrée et qui, bien qui, qui ont un peu de mal à comprendre, oui, je pense qu'ils ont compris, mais à, je veux dire, à je ne sais pas s'ils vont passer par le guichet unique pour, quand ils ont un administré qui vient les voir pour une situation d'une personne âgée qui a besoin d'une consultation gérontologique ou d'un service, j'ai certains élus qui je pense, peut-être que cela viendra avec le temps, mais pour l'instant qui ne sont pas encore prêt à changer, à modifier leur parcours... » (Promoteur K)

8.1.3.3. Conflits entre élus politiques d'étiquette différente

Ces conflits existaient et étaient abordés de façon discrète par les promoteurs, plus nettes par les pilotes. Il était difficile d'évaluer leurs impacts sur la construction de l'intégration.

« Ce n'est pas le fait que cela soit le département, c'est le fait que le département et la ville soient d'étiquettes politiques différentes, je pense que c'est cela, et le Conseil Général serait de la même étiquette que la ville je ne pense pas qu'il y aurait cette opposition par rapport au département, mais cela c'est une, une interprétation tout à fait personnelle. » (Promoteur N)

« Entre la municipalité de [X], notamment le maire, qui ne s'entendent pas forcément, qui n'est pas forcément sur le même parti politique que [l'élus CG] qui préside le comité stratégique, pour l'instant c'est vrai que le maire n'est jamais venu, on sent bien qu'il faut, au départ j'ai beaucoup écouté ce que

les gens m'ont dit autour parce que je savais qu'il ne fallait pas que je les loupe, il ne fallait pas se tromper par rapport à cela, et il y a beaucoup d'enjeux politiques au niveau des mairies, des CG, qui ont une influence sur ce qu'il se passe sur le territoire » (Pilote K)

« Je pense que ce qui me manque c'est une connaissance plus poussée, plus précise des différents acteurs au niveau des acteurs stratégiques, et des enjeux politiques qui en découlent et qui m'échappent souvent, je pense » (Pilote C)

« Cela a une influence, il y a de bons cotés, et des bons cotés, mais il y a, actuellement c'est compliqué du coup un petit peu avec le président du Conseil Général parce qu'il n'est pas tout à fait en accord avec les décisions du gouvernement, donc en ayant [un maire qui lui est d'accord] c'est quand même compliqué, après je vais dire qu'en tant que copilote MAIA on est loin, on est un peu loin quand même, voilà. » (Pilote H)

8.2. Concertation clinique et liens partenaires et gestionnaires de cas

8.2.1. La gestion de cas comme concrétisation de l'expérimentation

Pour les partenaires participant aux tables de concertation, la gestion de cas était très fréquemment perçue comme la traduction du travail de concertation. Il était possible de déceler en cela un risque de réduction du travail MAIA à la mise en œuvre de la gestion de cas.

« On va dire que cela a été quand même, on va dire que cela a été une mise en place concrète des choses qui avaient bien évidemment été préparées avant et notamment dans les tables tactiques avec les différents partenaires, mais on va dire qu'il y a eu des choses qui ont réellement commencé à fonctionner et le service a commencé, et la connexion a commencé à être apportée concrètement quand les gestionnaires de cas qui se sont mis en place. » (Promoteur H)

« Dès la prise de service on a tout de suite vu, en fait, que c'était devenu concret, parce que les gens, enfin, les partenaires nous demandaient toujours, mais quand est ce que l'on commence, quand est ce que l'on commence, et nous on leur disait on y est, on met en place les outils, on vous sensibilise, mais ils ne voyaient pas concrètement ce que c'était le travail de la MAIA auprès des personnes malades et depuis février ils le voient en fait, et même les médecins généralistes qu'on a eus et qu'on a du mal à mobiliser, finalement par le biais de la mise en place de la gestion de cas, ils commencent à

s'intéresser au dispositif, c'est eux qui appellent les gestionnaires de cas, donc cela bouge. »
(Promoteur D)

« Je crois que tout le monde était un peu sur la même longueur d'onde, au départ c'était on ne comprend pas o on va, qu'est ce qui se passe, comment cela va se mettre en place, quand est ce qu'on va, en gros c'était quand est ce qu'on va rentrer dans le vif du sujet, quand est ce qu'on va parler gestion de cas et personne donc voilà, sincèrement pour des gens qui sont vraiment sur le terrain, on côtoie des familles tous les jours, quand est ce qu'on va les prendre en charge. » (Promoteur L)

Nous avons déjà cité cet extrait qui illustre également cette tendance.

« C'est ce qui entraîne le plus de réactions des différents participants à la table, je présente le reste du projet, ils sont plus spectateurs, et si on passe sur la gestion de cas, il y a plus de réactions, sur des chiffres, sur les difficultés qu'ils rencontrent, c'est plus mobilisateur quand même, même s'ils commencent à bien comprendre le guichet unique, à comprendre l'intérêt, etc., cela c'est quand même concret et cela a redonné un élan à la MAIA quand même. » (Pilote C)

8.2.2. Conflits en cours d'amélioration avec les équipes des EMS APA

Les conflits qui semblaient les plus aigus étaient avec les équipes médico-sociales de l'APA beaucoup plus que les équipes de la polyvalence de secteur. Dans la majorité des sites, les équipes médico-sociales étaient centralisées dans un même lieu. Dans 7 sites, au moins 1 gestionnaire de cas de l'équipe de gestion de cas était issu de l'équipe médico-sociale.

Dans 9 sites, les gestionnaires de cas relataient des relations difficiles voire conflictuelles avec les équipes médico-sociales de l'APA. Dans 7 sites, les tables de concertation avaient délégué aux gestionnaires de cas la possibilité d'évaluer le GIR pour l'ouverture des droits à l'APA.

Pour les promoteurs et les gestionnaires de cas, les résistances pouvaient être multiples et semblaient plus évidentes dans les sites où cohabitaient les gestionnaires de cas et les équipes médico-sociales. Les populations cibles pouvaient se recouper et les équipes médico-sociales voyaient dans ce cas l'arrivée des gestionnaires de cas comme le détournement de leurs « situations intéressantes ».

Le fait que le porteur soit le CG n'empêchait pas le conflit et pouvait même pendant un temps l'exacerber mais les situations de conflits entre gestionnaire de cas et équipe médico-sociales étaient plus faciles à gérer dans le temps avec une implication suffisante du porteur.

« Les AS APA ont décidé parce qu'ici les travailleurs sociaux au CG décident des choses et l'encadrement confirme, c'est regrettable mais c'est comme cela, qu'elles ne prendraient en considération que les personnes qui avaient déjà un plan APA alors il ya tout un nombre de décision en table stratégique et en table tactique qui démontre que c'est contraire et rédhibitoirement contraire à l'esprit du guichet unique par définition, [...] Si je les écoute, elles sont absolument débordées je ne suis pas convaincue, c'est ce que je leur fais valoir, en ce moment c'est la grosse discussion, alors je crois que cela passera par cette cellule gestion de cas complexe, c'est là où il y a une vraie difficulté, les AS APA ont tendance à se considérer comme des gestionnaires de cas, mais nous on sait faire la gestion de cas puisqu'on en fait, discours où il ne faut pas répondre mais non vous n'êtes pas des gestionnaires de cas, discours où il faut répondre oui peut-être mais ce n'est quand même pas cela non plus la gestion de cas donc là il y a un vrai travail qui est d'autant plus qu'il est dans un discours de pouvoir, de métier, de frontière floue, là il y a une vraie difficulté, là moi je suis dans une vraie difficulté, enfin moi, nous avons une vraie difficulté, qui n'est pas rédhibitoire, on y arrivera, mais c'est ce discours là... » (Pilote O)

« L'arrivée des gestionnaire de cas dans leur équipe cela crée des grosses tensions parce qu'ils sont dans les équipes avec les [travailleurs sociaux] donc ceux qui font l'APA [...] qui traitent les demandes et qu'ils ont 250 dossiers, que leur position face au suivi social de ces demandeurs d'APA [...] n'est pas clair de la part du CG, c'est-à-dire que la direction générale dit non on fait de l'abattage de dossier, il y a pas de suivi et que [l'élue] dit si il faudrait quand même faire un peu de suivi et de la coordination donc du coup chaque [responsable d'équipe médico-sociale] s'arrange plus ou moins, a plus ou moins son idée de cette coordination et de suivi, ce n'est pas très clair, les missions qui sont dévolues au service et les [travailleurs sociaux...] qui faisaient du suivi avant et du coup ils se disent eh bien voilà on ne fait plus de suivi donc ils sont frustrés et là on amène des gestionnaire de cas qui viennent faire du suivi et de l'accompagnement donc cela crée des tensions et de la jalousie voilà et en plus ils suivent 40 dossiers, même pas 40 dossiers, et en plus ils disent qu'ils sont déjà débordés, donc cela crée des tensions au sein des équipes. » (Pilote G)

« Et maintenant je sens de la frustration de leur coté, je ne sais pas si elles vous en parlent à vous mais moi je ne sais pas, quand je suis des fois seule en pause avec les assistante sociale, elles parlent beaucoup de frustration du fait qu'elles n'ont pas le temps de faire correctement les choses, et puis elles mettent un peu en parallèle le travail du gestionnaire de cas qui a lui plus le temps d'accompagner, de suivre et de faire du travail de qualité, elles en souffrent, et elles font beaucoup, beaucoup de comparaison par rapport à notre fonction à nous. » (GC site E)

« Je comprends qu'à 300 dossiers on ne peut pas faire de suivi c'est clair et c'est aussi de donner à voir son travail, je coir qu'il y a quelque chose autour de cela, parce que là la dernière situation où c'est vraiment la collègue qui m'a appelé, elle est, c'est une dame jeune malade, elle a fait une évaluation pour une prestation de compensation du handicap et je lui dis passe moi ton évaluation, c'est pas la peine qu'on en fasse une autre, même si j'ai bien envie qu'on en fasse une autre, elle m dit non, je la transmets à la MDPH, tu verras avec la MDPH, j'ai trouvé cela complètement crétin, mais bon, comme je ne veux pas me la mettre à dos, je dis d'accord » (GC site H)

« Question : Est-ce qu'il y a eu un peu de remous à ce niveau là, est ce que les EMS APA se sont sentis un peu remis en question ?

Ils vont faire le travail à notre place, oui, mais comme toujours au premier contact...

Question : Plus par les EMS APA que les autres ou pas plus ?

Plus par rapport aux EMS APA parce que dans l'idée que les situations complexes à terme soient prises par la gestion de cas c'est ce sur quoi on travaille.

Question : Mais pour les EMS APA cela faisait parti de leur mission de s'occuper des personnes en situation complexe ?

Non, ils ne font que de l'évaluation.

Question : Est-ce que dans leur fantasme cela faisait partie de leur mission ?

*Non, non, je pense qu'il y a pas de suivi, ils n'arrivent pas à faire du suivi pour être clair là-dessus. »
(Pilote J)*

« Il y a la question de, vous savez, on se plaint, on dit on a un portefeuille, chez nous une assistante sociale d'un pôle, dans son portefeuille elle a au moins 250 personnes, voire jusqu'à 300, 250 personnes voilà, un gestionnaire de cas en a 50, donc la chose immédiate qu'on se dit c'est que si moi on m'en donne 50 je peux bien faire mon boulot aussi, enfin vous voyez, il y a toutes ces questions de charge du travail qui remontent à la surface. » (Promoteur E)

« C'est l'équipe APA qui le ressent, qui le ressent pas très bien, qui perçoit un peu ces professionnels comme des, oui des concurrents, ils se sentent remis en question, d'autant plus que les psys et les professionnels interpellent les gestions de cas pour un dossier qu'ils connaissent, vous voyez, sans qu'ils soient au courant, donc cela pose quand même, cela pose quand même question et on n'a pas encore réussi à trouver, la, je pense, la très bonne articulation, ils se sentent délestés des dossiers un peu, un peu complexes, où les liens avec les partenaires sont très importants, où la coordination est

très importante et ils ont peur petit à petit d'être, d'être effacés derrière les gestionnaires. »
(Promoteur C)

« Je crois qu'elles n'ont pas été très intégrées, voilà, à l'entrée et au démarrage de ce dispositif, c'est-à-dire qu'à un moment donné leurs chefs de service leur ont dit « voilà, vous serez, vous serez guichet unique du dispositif MAIA, en faisant remonter les cas complexes ». N'ayant pas été associées au tout début de la mise en place de ce dispositif, voilà, elles ont été un peu prises au dépourvu, mal considérées, avec cette crainte effectivement qu'on puisse faire leur travail à leur place, alors qu'on n'est pas là pour cela, quoi, voilà. » (GC site O)

« Sur des situations sur lesquelles on était saisi par des professionnels extérieurs et où eux connaissaient la situation quelque part cela les rendait dingues que les professionnels ne les ai pas saisi eux d'abord, mais moi je connais la situation, je fais du suivi, je ne vois pas ce que vous allez faire de plus, et surtout on est habilité on est évaluateur APA, on met l'APA, et cela ils le vivent très mal, comment on peut utiliser l'argent du CG, alors qu'on n'est pas CG. » (GC site C)

8.2.3. Résistances au niveau des cadres

Au delà du seul conflit avec les cliniciens des équipes médico-sociales de l'APA, nos interlocuteurs ont pointé un défaut d'engagement des partenaires. Ce défaut d'engagement venait aggraver les tensions entre cliniciens car en l'absence de message venant des autorités ou du management sur la co-construction de la MAIA, le service de gestion de cas était en premier lieu vécu comme une possible concurrence.

« Je pense que vraiment il y a des personnes à des postes assez stratégiques qui n'y croient pas forcément et qui disent mais les CLICs pourraient le faire mais pourquoi avoir embauché du personnel en plus, sachant qu'il y a déjà pas de budget et que le CG ne veut pas le budgétiser, pourquoi ne pas avoir pris le personnel existant pour et dégager du temps pour faire de la gestion de cas. » (GC site D)

« La hiérarchie [des EMS] qui ne leur avait pas forcément donné les bonnes informations, enfin qui leur avait mal décrit notre travail [de gestionnaire de cas]. Au départ il y a eu une peur, une peur qu'on leur enlève du travail même si elles avaient ce sentiment, et elles n'ont pas que le sentiment, elles sont surchargées mais comme une remise en question de leur propre identité professionnelle. »
(GC site E)

« Au niveau des cadres aussi, bien sûr, il faut travailler au niveau des cadres bien sûr, l'encadrement aussi il faut le travailler ce n'est pas évident, mais y compris moi je veux dire, partout, je veux dire, à tous les niveaux, il n'y a pas de raison, il n'y a pas de raison, cela bouscule tout le monde, tout le monde s'interroge. » (Promoteur E)

« La concertation inter, est très difficile, très, très difficile, moi j'ai le sentiment que ce qui se dit [en table tactique] ne redescend pas dans les équipes hors pour moi le rôle notamment des responsables d'équipe, des directeurs qui participent [à la table tactique] ce serait de mettre en place ce qui est dit, au minimum d'informer leurs équipes de ce qui est dit cela ce n'est pas fait, d'où ma demande systématique de reparler de la représentativité des gens qui viennent [en table tactique] par rapport à leur structure, ce n'est pas entendu » (Pilote Q)

8.2.4. Rapports apaisés avec le CLIC

Les CLICs étaient présents dans 15 sites et étaient structure porteuse dans 4 cas et inclus dans la même structure que le porteur dans 3 cas. Dans tous les sites où coexistaient un réseau gérontologique et un CLIC, il y avait des pratiques de collaboration avec un début de répartition des tâches. Les CLICs en tant que structure de proximité, ont toujours participé à la construction du guichet unique.

« Les CLIC se disaient, mais nous, qu'est ce qu'on devient dans tout cela, on parle de guichet unique, mais nous on est censés être des guichets uniques, qu'est ce qu'on devient, donc voilà, c'était des craintes de cette nature. » (Promoteur L)

« Le projet et c'est vrai que c'était basé sur trois structures fondamentales, à savoir le réseau, le CLIC et, et [une association] » (Pilote I)

« Par exemple les critères je les avais préparé avec le réseau et le CLIC pour savoir pour eux quels étaient les dossiers qui leur posaient problème » (Pilote J)

Les relations entre les gestionnaires de cas et les équipes des CLICs étaient peu conflictuelles mais jamais fortes. Il y avait peu de concurrences car les CLICs étaient :

- soit directement porteur
- soit très étroitement associé au portage
- soit ne se sentaient pas en concurrence car avec des missions plus étendues que la gestion des personnes en situation complexe.

« On s'est toujours arrangé avec le CLIC du moins pour que les comités également ne soient pas trop proches de ceux de la MAIA parce qu'il y a des acteurs qu'elle va inviter qui vont aussi au comité MAIA » (Pilote F)

« On a une réunion d'inclusion avec le CLIC tous les mardis matins et souvent j'y suis même si c'est vrai que, à la limite j'ai envie de dire qu'aujourd'hui je sers de moins en moins » (Pilote I)

« Par contre on est sur une bonne circulation entre les CLIC et les SSIAD cela marche, plus qu'entre les SSIAD et [le service du CG] qui finalement est avant tout, et c'est d'ailleurs pas une critique, un lieu d'ouverture accès aux droits alors que le CLIC est déjà à mon avis perçu comme un lieu où on peut revenir, si la demande change. » (Pilote O)

« Effectivement avec la MAIA je me suis dit que c'est peut-être l'occasion d'en avoir un seul finalement en plateforme personne âgée, CLIC, réseau et gestion de cas, donc on a groupé en ayant, cela permettait d'avoir une autre ouverture » (Pilote J)

« Il y a pas tout à fait le même type de profil en charge c'est-à-dire que le CLIC, il gère des gens qui ne sont pas trop dégradés, qui sont en GIR 5, 6, c'est peut-être moins nos populations aussi, disons qu'on empiète moins. » (GC site C)

De plus de par leur antériorité d'implantation, les CLICs apparaissaient pour les pilotes et les gestionnaires de cas comme des lieux ressources sur l'offre de service du territoire. Il était cependant rapporté une certaine inquiétude dans les CLICs ou des réorganisations étaient en cours, planifiées ou craintes de la part des conseils généraux.

« Et puis là on arrive dans un contexte où il y a un remaniement des CLICs...On le ressent beaucoup. Ils ont très peur. Et puis le CG parle beaucoup de la maison de l'autonomie sans dresser le contour concret, tout le monde est en train de fantasmer sur qu'est ce qui va lui arriver. » (GC site D)

8.2.5. Ambivalence des SSIADs

Il semblait exister une distorsion entre la présence des SSIADs dans les concertations tactiques et leur relative absence dans la concertation clinique. Cependant des éléments de concurrence entre SSIAD limitaient la portée des décisions prises en communs. Par ailleurs les SSIAD étaient soumis à des pressions budgétaires fortes avec des marges de manœuvre faible. Cela exacerbait la nécessité de la

concertation stratégique de l'ensemble de leurs autorités de tutelle pour favoriser leur participation réelle à la concertation tactique. Pour les gestionnaires de cas, les SSIADs semblaient méfiants sur le rôle et la place des gestionnaires de cas qui leur semblaient faire doublons avec les coordonateurs.

« Le discours du président [d'un SSIAD-A] est pas opposé après on a essayé ici par rapport [à la DDASS] qui voulait un SSIAD [renforcé] sur le territoire, donc effectivement l'inspecteur DDASS a mobilisé pour qu'il y ait six SSIAD qui participent, finalement ils [le SSIAD-A dont il est question] n'avaient pas envie de participer, ils avaient demandé des lits supplémentaires et qu'ils n'avaient pas encore l'organisation, donc il y a un autre SSIAD qui a préparé le dossier avec l'objectif de le rendre avant le 30 juin, donc elle a préparé le dossier, elle a fait tout le travail, on a fait des réunions ici pour que chacun vienne et finalement la semaine dernière ils [le SSIAD-A] nous annoncent qu'ils vont postuler sur un projet de SSIAD renforcé, pourtant on a donné l'explication qu'il fallait que ce soit un groupement de territoire et pas uniquement sur un lieu donc moi j'avais la crainte, qu'elle se fâche en disant c'est bon on a pas réussi cela fait quand même plus de six mois qu'on y est, et soit vous vous mettez d'accord, soit il y en aura pas, je crois qu'elle a pris le choix de faire le premier dossier et envoyé balader le deuxième, mais là on a un échec cuisant, mais je pense que la plus grosse difficulté de pilotage c'est cela. » (Pilote J)

« Les SSIAD, qui sont inscrits dans ce travail m'ont dit très vite, on est en difficulté parce qu'on est soumis à des contraintes très particulières, la DDASS nous demande de, la DDASS nous interdit de, et je ne l'ai pas entendu assez vite, ils ne l'ont pas dit tout de suite. » (Pilote E)

« Oui, les libéraux, mais cela voilà, il y a tout un travail à faire avec le libéral, peut-être les SSIAD, les SSIAD parce que je pense quand même culturellement pour les infirmières coordinatrices elles ont l'impression que c'est leur boulot, par exemple, la gestion de cas. » (Promoteur F)

« un SSIAD m'a appelée en me disant qu'il y avait une situation qui tournait bien jusqu'à présent, madame est très dépendante physiquement, mais l'infirmière m'a dit elle est bipolaire, en disant je pense qu'elle est bipolaire, donc on ne sait pas, son mari a une maladie d'Alzheimer très avancée, et actuellement la dame est un vrai tyran pour les aidants et pour son conjoint, donc elle l'oblige à mettre un costume à 7 h du matin, elle l'oblige à faire des tâches ménagères, donc cela ne va plus, et là elle m'a appelle en me disant, il faut le placer, j'aimerais qu'un gestionnaire de cas se mette en place pour faire ce placement, la secrétaire, là, a dit, mais nous on n'est pas là pour faire des placements, j'ai rappelé le SSIAD en disant, est-ce qu'on peut un peu reparler de cette situation, en fait cela relève bien de la gestion de cas » (Pilote E)

« Du coup nous avons décidé, pour le dispositif expérimental MAIA, de profiter de ce temps de coordination pour que les gestionnaires de cas puissent aborder les situations avec les partenaires présents qui, en règle générale, ce sont de partenaires qui interviennent au domicile de la personne concernée, pour pouvoir aborder la situation, cela peut être soit pour améliorer, réorganiser les horaires d'intervention, cela peut être quelquefois passage de relais aussi entre un SSIAD et un service d'aide à domicile, parce qu'il y a différents partenaires quand même lors de ces réunions, cela peut être souvent les services d'aide à domicile, les SSIAD, ils sont systématiquement conviés, établissements sanitaires quand ils daignent se déplacer, médecins, équipe médico-sociale du CG et les assistantes sociales personne âgée du CG. » (Pilote D)

« Moi j'en ai une avec une responsable de SSIAD qui ne voit pas tellement, qui nous voit plus comme un doublon qu'autre chose qui lors de sa visite pour inclure la personne au SSIAD, je lui ai demandé si je pouvais être présente, elle m'a dit que non pourquoi faire et on voit qu'elle veut garder un niveau hiérarchique et elle ne me voit pas comme collègue. » (GC site A)

«J'ai une expérience un peu pénible avec une coordinatrice SSIAD donc celle dont je vous parlais tout à l'heure, voilà c'est un exemple, voilà essentiellement avec ceux qui estime qu'ils font déjà de la coordination et qui estime qu'ils font déjà notre travail en fait, et qui estime que la MAIA est un dispositif supplémentaire, qui vient s'ajouter aux autres et qui n'a aucune utilité, cela a été des propos tenus par une coordinatrice de SSIAD. » (GC site F)

8.2.6. Les réseaux gérontologiques

Ils étaient présents dans 13 sites mais ne couvraient que rarement tout le territoire MAIA. Parmi les réseaux présents, 3 étaient structures porteuses, dans 5 cas ils étaient étroitement associés au porteur ou co-porteurs, 4 étaient partenaires en appui au projet et 1 semblait d'avantage dans un mouvement de concurrence forte. Le co-portage témoignait de la place assez centrale qui leur ait donné.

8.2.6.1. Réseau légitime en tant qu'initiateur de la coordination sur le territoire

La plupart de ces réseaux réalisait déjà ou aurait dû réaliser une partie du processus de la gestion de cas à savoir un début de ciblage, une évaluation qui tend à être multidimensionnelle, une planification individualisée incomplète et un début de suivi. Leur positionnement était plutôt clinique avec des liens forts avec l'hôpital et les médecins traitants. Dans cette position et y compris lorsque le porteur est un réseau gérontologique, les responsables de ces services ne conceptualisaient que

rarement et souvent incomplètement leur action de l'approche MAIA d'une part et de la gestion de cas par ailleurs. En cela les porteurs réseaux sont différents des porteurs CLICs qui habituellement conceptualisait plus rapidement une différence entre les approches et services CLICs et celles de la MAIA.

« Moi je l'ai dit un petit peu au départ, la mise en place de dispositifs déjà existants, les réseaux, je pense que cela a déjà favorisé ce travail de coordination, c'est quelque chose que j'ai ressenti en arrivant. » (GC site N)

« Le réseau, il s'est toujours positionné pour moi comme en gros, je vais être un peu ferme dans mes déclarations, ce que vous faites, je l'ai toujours fait donc on n'avait pas besoin d'inventer tout cela, dans les réseaux on fait cela en permanence » (Promoteur Q)

« Ce qui a été le plus compliqué c'est les réseaux de santé et là, je me suis fait jeter, j'ai très peu de résultats » (Pilote E)

« La construction en parallèle, dans la même séquence-temps, plutôt qu'en parallèle, du réseau géronto qui s'est construit en partie dans les mêmes instances, quand même avec les mêmes partenaires et qui a vu le jour en même temps, cette singularité est un élément de difficulté plus qu'un atout. » (Pilote E)

8.2.6.2. Les réseaux sont limités par leurs activités

La répartition des tâches entre le gestionnaire de cas et le coordonnateur réseau restait souvent difficile. Lorsqu'une situation suivie par le réseau devenait complexe, elle avait tendance à rester dans le réseau. Par ailleurs, lorsqu'une situation était transférée du réseau à la gestion de cas, le réseau avait tendance à ne plus intervenir (privant parfois ainsi l'utilisateur de certaines ressources d'expertise qu'il avait en son sein).

« Eh bien je vais répondre honnêtement avec vous, je vais favoriser la MAIA, elle va me flinguer le réseau, donc moi j'ai du personnel, il faut aussi qu'il soit repris dans une certaine mesure parce que il ne faut quand même pas exagérer parce que si on a MAIA en France, que des MAIA, cela veut dire que CLIC et réseau n'existe plus. » (Promoteur P)

« La grosse différence, c'est vrai qu'au niveau infirmière coordinatrice, c'est qu'on est limité dans le temps au niveau du réseau, on va proposer un plan d'accompagnement, un plan de soin, par contre on ne le fait pas... et on impose presque et si la personne est d'accord avec cela tant mieux et si elle n'est pas ok, on n'arrête là, chose qui est différente de la gestion de cas, où là on va partir un peu de rien, on va quelques fois balayer tout ce qui était un peu existant pour essayer de reconstruire, c'est de la reconstruction avec les besoins et les envies et là c'est totalement différent. » (Promoteur J)

« Dans nos réseaux de géronto, on a des rapports d'activité à rendre, donc on a de la productivité à faire, si on n'a pas de suivi, pas autant de dossiers par an, cela ne fait pas très sérieux, on était un peu trop dans la productivité, je pense que les situations complexes donnaient beaucoup de boulot au réseau géronto et elles débouchaient sur rien, donc passer beaucoup de temps pour pas grand-chose. » (Promoteur J)

« C'était le rôle d'un réseau gérontologique de pouvoir réintégrer ces patients dans la filière de soins, c'était le rôle d'un réseau gérontologique et pas forcément au niveau de la gestion de cas, cela faisait partie de ses missions de réintégrer ses patients dans la filière de soins, mais je n'avais pas forcément le réseau géronto qui était contre cette idée, bien loin de, parce que c'était là où ils avaient le plus de difficulté de rentrer chez le patient et avec le nombre effectivement de patient suivi, ils n'ont pas forcément la possibilité de prendre le temps, ils interviennent plus en version pompier qu'en version. » (Pilote J)

8.2.7. Collaboration des services hospitaliers en gériatrie

Globalement l'hôpital n'était pas encore suffisamment inscrit dans la démarche de concertation tactique. Le plus souvent il l'était à un échelon inadéquat (un clinicien ne représentant que son service). Les hôpitaux n'avaient pas de message clair des ARH ou ARS sur leur implication. L'hôpital était aussi souvent absent des discours des pilotes, promoteurs ou gestionnaires de cas autrement que comme « l'autre monde ». Les difficultés étaient très nombreuses chez les promoteurs et les pilotes à conceptualiser l'implication de l'hôpital dans le guichet unique. Au niveau clinique, les gestionnaires de cas avaient par contre assez souvent des pratiques qui passaient l'entrée de l'hôpital. Même si les gestionnaires de cas disaient être souvent mal identifiés dans la structure hospitalière, ils y étaient largement acceptés. De nombreuses demandes d'entrée en gestion de cas provenaient du monde hospitalier au sens large (services d'hospitalisation, hôpitaux de jour, consultation mémoire, CMRR...). Dans deux sites au moins, pourtant porté par des structures médico-sociales (CLIC), les demandes provenant du monde hospitalier était les plus nombreuses (ce

qui était nouveau dans les deux cas). Les difficultés rencontrées par les gestionnaires de cas se situaient surtout dans la fragmentation en interne de l'hôpital.

« Le service social ne communique pas avec l'équipe soignante, l'équipe soignante ne communique pas avec l'équipe médicale, donc voilà, donc en fait, nous on est là, et on essaye d'aller voir les uns et les autres, mais de toute façon ce qu'on dit aux uns et aux autres n'est pas transmis. Et ce qui c'est passé c'est qu'on, parce que j'ai téléphoné à cette assistante sociale pour avoir des informations sur un autre patient et je lui dis au fait par rapport à madame [X], elle me dit elle s'en va aujourd'hui en maison de retraite, ce n'était pas du tout le plan de départ. » (GC site I)

Par ailleurs, les retours d'information restaient insuffisants.

« Ce qui est compliqué, moi ce que je trouve, c'est qu'avec l'hôpital, après c'est mes cas précis à moi, ils vont, eux ils font appel à nous mais quand on leur demande pour le retour d'appareil, moi j'attends toujours, parce que j'ai dans le cas d'une gestion de cas j'ai demandé à ce que la personne soit vue pour un diagnostic, pour pouvoir après continuer, pareil pour son épouse, en fait ce n'était pas tant le diagnostic, je m'en foutais, c'est que j'avais besoin qu'un médecin leur dise, leur explique et j'avais besoin après d'avoir un retour, un compte-rendu, j'ai déjà appelé quatre fois, j'attends toujours le compte-rendu, et je suis bloquée. » (GC site H)

« En fait les liens qu'on a, c'est quand même beaucoup plus avec les médecins hospitaliers, les gériatres de l'hôpital parce que là eux sont quand même plus en demande d'avoir l'info de ce qui se passe au domicile et à l'inverse soit ils nous appellent, soit ils nous envoient un mail ou carrément le courrier quand ils ont vu la personne en consultation, c'est vrai que le binôme il se fait beaucoup plus avec le médecin hospitalier à partir du moment où lui nous a repéré. » (GC site J)

8.3. Résultats transversaux issus du pilotage (chapitres 6 à 8)

Les experts tiennent à souligner trois phénomènes fréquents et répandus dans différents sites quel que soit le niveau d'intégration :

- La logique de coordination, explicité plus haut (voir 7.1.4.1) est en fait très présente à la fois pour les pilotes, les promoteurs et l'ensemble des partenaires. Dans une certaine mesure, il s'agit d'un frein à l'action du pilote car il peut pendant assez longtemps ne pas comprendre la différence avec l'intégration (la nécessité de « réorganisation) et ainsi laisser le promoteur et les partenaires développer essentiellement un dispositif de coordination.

- il semblait y avoir encore assez souvent une confusion entre service de gestion de cas et MAIA pour un certain nombre de pilote mais surtout pour les partenaires. Notons que les focus groupes réalisés en octobre mettaient en évidence de ce point de vue une assez nette évolution des pilotes sur ce point
- Le deuxième phénomène transversal aux différents sites était la difficulté à faire passer l'idée que les différentes composantes du dispositif MAIA (concertation, guichet unique, gestion de cas, outil d'évaluation multidimensionnel standardisé, plan de services individualisé et système d'information partagé) sont interdépendants. Ainsi, les promoteurs comme les pilotes ont pu avoir un discours assez riche de sens sur l'une ou l'autre des composantes, mais en les fixant plutôt comme des « étapes subséquentes » que comme des « composantes interdépendantes ».
- La composante guichet unique était globalement la composante qui posait encore le plus de difficultés à la fois aux pilotes et à leurs partenaires lors de la visite des experts. Les confusions entre lieu unique et mécanisme guichet unique étant encore fréquentes.

La plupart des pilotes s'étaient bien approprié la « sémantique » MAIA, où le terme « maison » ne renvoie pas à une « maison » et où le mot « Alzheimer » ne doit pas s'entendre comme une finalité mais comme un début. Enfin, le terme « gestionnaire de cas » n'était pas des plus faciles à transmettre. Les pilotes nous ont tous transmis d'importantes difficultés d'appréhension de ces concepts dans les partenariats tactiques et stratégiques qui ralentissaient l'implantation du dispositif.

9. Guichet Unique/Guichet Intégré

9.1. Éléments de la définition

Le processus de guichet unique tend à offrir aux personnes vivant sur un territoire donné une unicité des processus de réponses aux demandes et d'orientation permettant d'assurer aux personnes qu'elles sont orientées en fonction des besoins exprimés et non de l'offre ou du réseau du point d'accès activé¹. En ce sens le guichet unique ne vise pas à réduire le nombre de lieu où ces processus seront mis en œuvre.

Définition des points d'accès: lieux où est disponible un certain niveau d'information permettant aux personnes d'être orientées vers le service dont elles ont besoin

Un des premiers enjeux est celui du diagnostic : déterminer les partenaires qui sur le territoire assument (ou devraient assumer selon les missions qui sont attendues d'eux) des fonctions de points d'accès. Il est important ici de dépasser le stade du seul volontariat d'entrer dans la démarche. Les sites volontaires sont les premiers à se "signaler" aux pilotes. Le pilote doit par la suite faire un travail d'identification soit par analyse des missions, soit par traçabilité des trajectoires (soit les deux) (cela n'exclut pas qu'un certain volontariat soit requis par la suite pour assumer les processus guichet unique)

Le deuxième enjeu est d'harmoniser les pratiques de traitement des demandes et d'orientation sur le territoire dans l'orientation vers l'ensemble de l'offre de services du territoire (y compris la gestion de cas), ceci nécessite la définition de modalités, de procédures et de processus de réponses aux demandes (appelé script) et la définition des populations ciblées par chaque partenaire (dont notamment les critères d'accès à la gestion de cas). C'est aussi à ce niveau qu'est soulevé l'enjeu de la permanence et de la bonne couverture géographique de l'ensemble du territoire.

Le troisième enjeu est de construire à partir de ces points d'accès une base de données informative (participant à la fonction « observatoire ») permettant une remontée au niveau des tables tactiques et stratégiques d'information pertinentes sur les besoins de la population, ce qui peut être découlée en :

-nécessité d'une culture de la production de statistique de fonctionnement par les points d'accès

¹ La notion de « point d'accès » fait référence à l'accès à l'information et à l'orientation. La notion utilisée dans certaine citation de « porte d'entrée » fait référence à un niveau moindre d'analyse (« l'entrée » dans le système). Ces deux notions ont été utilisés pendant une période par l'équipe de pilotage nationale pour différencier les acteurs en fonction de leur participation effective aux processus d'information, d'analyse, d'orientation et d'accès.

- nécessité de la mise en œuvre de processus systématique de réponse (au-delà de la définition, c'est l'utilisation des scripts, avec standardisation des pratiques et systématisation du renseignement des bases de données)

- nécessité d'un outil de production de statistique commune

- traçabilité d'un échange en table tactique ou stratégique autour des données issues du dispositif Guichet Unique et d'ajustements successifs de l'ensemble des processus définis.

Au décours de l'expérimentation, l'appellation « Guichet Unique », a été remplacée par l'appellation « Guichet Intégré » dans les documents visant à la généralisation du processus MAIA. Ce choix a été fait en raison de problèmes récurrents de compréhension autour du mot « unique » qui était compris non comme l'ensemble des processus partagés mais comme le seul lieu « habilité » à être guichet. Au moment de la visite des experts ce changement de sémantique n'avait pas encore eu lieu, c'est pourquoi dans ce rapport nous utilisons encore l'appellation « Guichet Unique ». Notons, que le changement de vocable ne s'est accompagné d'aucun changement du concept qui reste celui défini plus haut. Notons également qu'il n'a pas été possible à l'heure actuelle de s'assurer de la meilleure réceptivité de l'appellation « Guichet Intégré ».

9.2. Particularités méthodologiques de ce chapitre

Au moment des visites d'expertise, le processus guichet unique n'était totalement fonctionnel sur aucun territoire. L'implantation en était très diverse. Ce fait était attendu dans la mesure où les visites d'expertise ont eu lieu à un moment où l'essentiel du travail des pilotes était tourné dans la construction de cette composante de l'intégration. Il s'agissait en effet de la composante traitée de façon centrale dans les réunions nationales de pilotes ayant eu lieu juste avant et pendant les visites des experts sur site.

Les experts ont choisi de ne pas aborder cette question sous un angle trop « théorique ». C'est pourquoi le guichet unique ne faisait pas partie des composantes systématiquement abordées en entretien semi-directif avec les pilotes. Bien sûr, les pilotes ont pu spontanément évoquer cette question, et cela nous permet d'illustrer certains de nos résultats présentés ci après mais l'essentiel du travail des experts autour de la composante Guichet Unique reposait sur l'observation sur site et les rencontres organisés par le pilote de certains partenaires « clefs » du guichet unique

Les experts soulignent que les visites ont eu lieu entre avril et juin. Lors de la réunion pilote du mois d'octobre les experts ont pu mesurer que le travail s'était poursuivi durant l'été et qu'un certain nombre d'étape d'implantation avait été franchi.

9.3. Évaluation d'implantation

9.3.1. Difficultés de perception du concept

L'appellation guichet unique était jugée peu claire et « trompeuse » par un grand nombre de pilote qui rapportaient souvent leurs difficultés à expliciter ce concept auprès des partenaires.

« Assez vite j'ai rencontré le représentant de France Alzheimer, mais quasiment tout de suite, cela a été le premier partenaire que j'ai rencontré, donc lui pour lui il portait quand même l'idée du guichet unique physique, d'un lieu identifié sur [la ville], et d'ailleurs il le porte encore » (Pilote G)

Il lui était reproché notamment de rendre complexe la relation aux CLICs qui revendiquent cette identité.

« Je ne suis pas sur qu'un guichet unique multiforme soit plus facile, en tous les cas pour moi opérationnellement sur un terrain c'est beaucoup plus difficile, mais parce que les gens avaient identifié le CLIC comme étant le guichet unique de la MAIA, donc faire changer les choses et ils n'avaient pas forcément bien identifié non plus mais je pense que dans le fond c'est la même chose. » (Pilote Q)

« Le guichet unique est un lieu unique où l'on reçoit toutes les personnes, soit cela est assimilé au CLIC, mais moi qui vient de [tel autre partenaire], [ce partenaire] est considéré comme un guichet unique, moi aussi j'aurais pu considérer que c'était...[le référent CG du CLIC] voyait une concurrence CLIC et MAIA, [...] cela entraîne un certain nombre de freins dans les sollicitations » (Pilote M)

Quelques pilotes tentaient de trouver des analogies pour essayer d'expliquer à leurs partenaires la différence entre le concept de guichet unique et la construction d'un lieu unique.

« Le guichet unique je crois qu'il y ait un lieu identifié un peu comme dans une campagne électorale, il y a toujours un local de campagne et pourtant la campagne elle ne se fait pas au local, elle se fait partout dans un esprit guichet unique, et pourtant il y a un lieu identifié, et je crois que notre lieu identifié c'est un peu comme le lieu de campagne de la MAIA au départ il est indispensable » (Pilote H)

Mais plus encore, les pilotes jugeaient qu'il était difficile de comprendre ce qui était attendu dans le plan national et par l'équipe de pilotage national.

« Je me suis dit que le plan Alzheimer, la manière dont c'était décrit, cela ne correspondait pas vraiment à ce que vous portiez vous en tant qu'équipe nationale, j'ai eu l'impression qu'il y avait un décalage entre ce qui était écrit dans le plan et ce que vous défendiez vous, et qu'est ce que j'en avais comme attendu, moi j'ai compris le truc très premier degré, un lieu d'accueil et d'information où on diffuserait toutes les informations sur les aides et les prestations auxquelles ont droit les malades Alzheimer, en gros j'étais très guichet unique premier degré, cela je sais que j'ai compris cela. » (Pilote G)

« L'item qui me paraît le plus important c'est le gestionnaire de cas et avec les outils, celui qui me paraît le plus difficile c'est le guichet unique parce qu'on a tous des cultures différentes » (Pilote H)

« J'en comprends l'essence, l'objectif global du guichet unique, après j'ai quand même des difficultés à avancer sur cette notion de guichet unique sur le territoire » (Pilote C)

Plusieurs pilotes parlaient de « modification de la définition » sans que nous n'ayons pu parvenir à identifier clairement en quoi ces modifications avaient consisté.

« C'est surtout le guichet unique qui me pose souci, je ne sais pas si c'est une mauvaise compréhension parce que depuis le départ j'ai vraiment l'impression que les concepts, ils évoluent aussi autour du guichet unique et du coup » (Pilote C)

« J'ai aussi mais vraiment l'impression que même l'EPN de pilotage ne le sait pas, puisque entre les informations que j'ai eu l'année dernière, et les informations que j'ai eu en septembre et les informations que j'ai eu, ce n'est pas les mêmes, la façon dont l'équipe a parlé du guichet unique au début et la façon dont elle parle maintenant ce n'est plus la même chose » (Pilote Q)

« Q : Finalement c'est le référentiel ou c'est la CNSA qui a fait bouger les choses ? Est-ce que c'est la définition de la CNSA ou est ce que c'est le fait de travailler ensemble qui... ?

Les deux, c'est les deux, mais au départ pour moi il y avait certains qui n'étaient que porte d'entrée qui finalement se sont retrouvés points d'accès.

Q : Qui par exemple ?

Le [nom d'un organisme], mais en fait cela a été aussi grâce..., cela a été aussi en connaissant mieux le terrain et ce que faisait chacun que les choses ont évolué.

Q : Donc il y a une part liée au fait que « le discours est flou » mais je n'arrive pas à identifier le flou ...ou la difficulté du flou ?

La difficulté du flou cela a été la difficulté de déterminer qui fait réellement de la coordination et sur quoi parce qu'au départ il y en a plein qui m'ont dit qu'ils faisaient de la coordination pour après m'apercevoir que oui, pleins faisaient de la coordination, mais quand tu fais de la coordination intra service cela n'a rien à voir avec la coordination extra, et en fait ce qui a été difficile pour moi à un moment donné c'est de savoir qui était réellement guichet unique, et qui était points d'accès sans être guichet unique, c'est-à-dire les SSIAD, tout ceux qui font de l'orientation, de la formation sont points d'accès, mais ne deviennent guichet unique que ceux qui font de la coordination et cela ça a mis du temps avant de se mettre en place, sinon je me retrouvais avec....

Q : Et cette définition que tu donnes c'est la définition actuelle de l'équipe nationale pour toi ?

Adaptée à mon terrain. » (Pilote Q)

Cet assez long échange met en lumière une difficulté que d'autres pilotes nous ont signalée dans la conduite de projet originale adoptée par l'EPN qui veut que les cadres conceptuels ne soient utilisés que comme guide et non comme prescription. Ainsi le travail de la pilote qui se plaignait du « flou » du discours révélait en réalité que ce n'était pas tant ce flou qui était problématique que l'adaptation d'un concept à une réalité locale souvent bien différente de ce que le seul regard règlementaire ou textuel des missions de chacun laissait croire. Au final, il semble que si la définition « a changé » cela tient en fait d'avantage au fait que la pilote a correctement rempli sa mission d'adaptation au contexte local que parce que le concept guide avait lui-même changé.

Deux écueils ont été particulièrement repérés par les experts dans la compréhension que peuvent avoir leurs partenaires du processus guichet unique :

a) confondre guichet unique et table tactique

Cette situation, qui en vient à réduire l'objet du dispositif MAIA à mettre en œuvre un guichet unique, était peu fréquente. Dans cette optique, la concertation était envisagée comme un processus à court terme aux fins de définition de procédures communes. Cela posait la difficulté d'un engagement minimal plutôt sur un mode de coordination mais sans objectif réel de réorganisation.

b) confondre guichet unique et accès à la gestion de cas

Cette situation était, bien sûr, liée à l'identité des fonctions du processus MAIA et de la gestion de cas. Ce « travers » était encore fréquent lors des visites des experts. Toutefois, lors du deuxième focus groupe les experts ont pu constater que cette confusion avait disparu du discours des pilotes (ce qui n'était pas forcément le cas de leurs partenaires).

« Les situations complexes elles sont orientées vers la MAIA » (Pilote C)

« Ce qui est compliqué c'est de dire qu'on leur a quand même présenté, que si elles ont besoin de faire appel à la MAIA, il faut être dans le [territoire X] » (Pilote H)

9.3.2. Déploiement centrifuge du guichet

Le guichet unique s'est toujours déployé de façon centrifuge à partir d'un partenaire central ou d'un noyau de partenaires centraux. Cela provoquait une difficulté qu'il n'était pas toujours aisé de surmonter : le nécessaire dépassement de la limite de ce « noyau » pour la construction réelle du guichet unique.

Le « centre » du guichet unique, c'est-à-dire le partenaire le plus impliqué (appliquant toutes les procédures définies de façon systématique, sachant qu'il s'agissait parfois d'une plateforme réunissant différents services) pouvait avoir un seul lieu d'accueil de la population sur le territoire (n=7) ou plusieurs (n=10). Ce « centre » était le service ou la plateforme de services où étaient localisés les gestionnaires de cas dans 14 cas. Dans 5 cas il y avait dissémination à un ou plusieurs autres lieux où il n'y avait pas de gestionnaire de cas (même si certains de ces lieux dépendaient de la structure embauchant les gestionnaires de cas).

« Là à garantir à mon avis, à garantir que c'est rempli c'est ici et le réseau, le CLIC une fois sur deux, le CCAS je ne suis pas persuadée (...)» (Pilote I)

Ce « centre » avait une identité sur le territoire plutôt marqué médico-sociale (souvent à partir de structure de type CLIC ou apparentée, n=8). Plus rarement son identité était avant tout sanitaire (souvent à partir de réseau, n=4). Enfin dans un cas la structure centrale a été une création de novo n'ayant pas une identité très claire médico-sociale ou sanitaire et dans 4 cas le « centre » était représenté par un partenariat de structures sanitaire et médico-sociale. Aucune de ces configurations n'a semblé idéale, l'enjeu étant principalement de s'appuyer sur ce « centre » pour en sortir et impliquer l'ensemble des points d'accès du territoire.

Un indicateur du déploiement du guichet unique a été repéré par les experts à partir du discours des personnes interrogées, c'est l'utilisation effective du guichet unique par les professionnels libéraux et notamment les médecins généralistes (dans 7 sites les médecins traitants constituent une des 2 principales sources des demandes d'entrée en gestion de cas).

« On a quand même une majorité de situations qui nous sont orientées par le milieu sanitaire, médecin traitant, médecin hospitalier, consult mémoire, finalement je me dis avant on travaillait peu avec eux, parce qu'on n'y allait pas, c'était vraiment cela, il fallait faire le pas, on disait qu'on le faisait, mais on ne le faisait pas, enfin là je pense, donc là il y a une évolution vraiment, je dirais naturellement les partenaires du champ médico-social on allait vers eux naturellement et cela se faisait, et le sanitaire, il fallait faire la démarche, et il y a quelque chose qui s'amorce en tout cas, et peut-être que c'est, je pense que c'est la MAIA qui a été le déclencheur [...] au niveau du service gestion de cas, les médecins traitants, sont les deuxième ou troisième signalant dans les demandes de gestion de cas » (Pilote C)

« [Ce pilote parle de ses tâches] après je dirais tous les contacts avec les différents partenaires du guichet unique pour faire simple, les médecins traitants, les spécialistes par exemple un neurologue qui ne fait pas partie de nos tables, les hospitaliers, les associations d'aide à domicile, mais là je l'ai moins fait » (Pilote H)

9.3.3. Enjeux du diagnostic

Le diagnostic a fait souvent appel à une sorte de volontariat, qui sélectionnait les partenaires ayant « le désir » de participer à la démarche. Dans cinq sites notamment ce développement basé sur le volontariat a été prédominant.

Sur neuf autres sites une démarche plus systématique, visant à identifier tous les points d'accès qu'ils soient volontaires ou non pour participer était repérable.

Sur deux sites la démarche d'implication territoriale des différents acteurs dans le guichet unique paraissait assez avancée avec production au moins d'un document de référence validé en concertation recensant tous les partenaires du guichet unique et l'ensemble de leur mission. Il faut noter que cette démarche était nécessaire mais non suffisante pour mettre en œuvre le processus guichet unique car elle permettait un bon diagnostic de la situation organisationnelle mais ne permettait pas par elle-même la réorganisation.

9.3.4. Enjeux de l'harmonisation des pratiques

9.3.4.1. Script et critères d'accès

Sur trois sites un « script » existait mais il ne comportait pas de critère d'orientation. Dans ce cas, un document était systématiquement renseigné dès le contact avec un des points d'accès du territoire mais ce document ne permettait pas à lui seul l'orientation qui était faite sur le « jugement » du professionnel. Il arrivait que le « script » prévoit des « cases » ou des « critères » à cocher mais sans

processus clairement défini liant le nombre ou le type de « cases » ou « critères » et l'orientation à effectuer.

Sur six sites au contraire le document se définissait autour de critères d'accès mais UNIQUEMENT à la gestion de cas, sans prendre en compte l'ensemble des orientations possibles. Dans ce cas une traçabilité des demandes d'entrée en gestion de cas était possible mais l'information sur ce que devenaient les autres manquait.

« Les gens ont du mal à partager notre script d'analyse quand même, ils le partagent, mais ils ont tendance à ne pas remplir et à appeler, donc Idylle, donc la secrétaire, ou moi pour qu'on fasse le boulot c'est plus simple » (Pilote H)

Sur deux sites un script existait et comportait des critères d'accès à la gestion de cas. Dans ce cas un document était systématiquement renseigné (quelle que soit l'orientation) et il comprenait des critères d'accès à la gestion de cas, il n'y avait pas de demande en gestion de cas sans passer préalablement par ce filtre. Par contre les orientations vers tous les autres services restaient du domaine du « jugement » professionnel.

Enfin, sur certains sites aucun document n'était systématiquement renseigné et aucun critère d'accès à la gestion de cas (pas plus qu'aux autres services) n'était défini.

« Moi maintenant pour mon guichet unique, ce qui me pose problème, cela va être comment créer mon script d'analyse, alors cela par contre, parce que je, une fois de plus il faut que moi j'en aie une compréhension totale pour après pouvoir expliquer aux gens, à qui je vais solliciter pour travailler sur ce script d'analyse, pouvoir leur expliquer avec des mots relativement simples, ce à quoi on veut aboutir et cela aujourd'hui c'est, c'est encore une zone sombre pour moi (...) l'après-midi même elle avait une pile comme cela de dossiers, tous de dossiers en lien avec la maladie d'Alzheimer, « eh bien, voilà des dossiers pour toi », voilà comment cela se passe, c'est très, très, très difficile » (Pilote D)

Aucun site n'avait défini script permettant une orientation vers tous les services selon des critères différenciés selon les besoins exprimés.

Pour les sites ayant définis un script, certains avaient également mis en œuvre une formation spécifique à l'utilisation de ce script, ce qui semblait témoigner d'une implantation plus avancée du processus:

« Mais avant de mettre tout le monde sur le coup et de partager tout cela, peut-être finalement cela serait intéressant que l'on utilise cet outil de filtrage orientation, avec les formations qui commencent donc la semaine prochaine » (Pilote I)

9.3.4.2. Orientation en gestion de cas

Un indicateur est apparu au cours des visites sur site comme relié au travail préparatoire à la mise en œuvre du guichet unique : les modalités d'entrée en gestion de cas.

Schématiquement les sites se séparent en trois catégories :

Les 5 sites où les dossiers de GC ne semblaient pas devoir contenir obligatoirement une demande d'entrée en GC :

« Même des situations qui ont été jugées complexes en réunions de coordination (...) partagées par différents partenaires présents à cette réunion, l'équipe a décidé que c'était une situation relevant de gestion de cas puisque les gestionnaires de cas étant présents à la réunion (...) et que la (structure x toute seule) au final décide que non » (Pilote D)

Les 3 sites où l'orientation vers la gestion de cas était majoritairement décidée sur l'utilisation de script :

« On prend le dossier et là, quand cela oriente sur la gestion de cas à la limite on se dit que c'est très bien quand on a les critères ce n'est pas un problème, donc quand on a les critères, on prend notre signalement et après la gestionnaire de cas, elle téléphone au médecin, elles prennent tous les renseignements possibles par téléphone, c'est quand c'est litigieux. (...) c'est-à-dire que quoi qu'il arrive à chaque fois qu'une des personnes du guichet à un doute sur sa, l'orientation, on en discute en réunion quoi qu'il arrive, c'est à chaque fois on a reçu madame untel, tac, tac, tac, est-ce que c'est de la gestion de cas, est-ce que c'est du réseau, est-ce que c'est du CCAS, ou est-ce que c'est du CLIC, les AS APA, elles, elles, en fait à chaque fois qu'elles nous proposent, en fait moi j'ai madame, madame untel, voilà ce qu'il y a, on remplit les items j'ai envie de dire ensemble » (Pilote I)

« On a des orientations qui sont issues de la réunion de coordination, et les professionnels, du coup, j'y suis retournée l'autre jour et ils ont compris que ce n'est pas une concurrence par rapport à ce qu'ils faisaient et que cela se complète vraiment et donc on a régulièrement tout les mois, 4 ou 5 situations issues de la réunion de coordination, les partenaires ensemble se disent on va faire une orientation au pôle, au début [X] faisait des fiches d'orientation et puis je lui ai dit que cela serait bien qu'ils se responsabilisent un petit peu, donc j'y suis allée pour leur dire, tiens si vous voulez faire de

l'orientation, je vous donne la fiche pour leur redonner une énième fois et là maintenant cela marche, à la dernière réunion de coordination, [X] a dit, comme on a fait la dernière fois avec (le pilote), vous leur renvoyez la fiche d'orientation et là, j'ai reçu des situations avec la fiche d'orientation complétée, c'est le professionnel qui a voulu parler de cette situation, en demandant l'avis à ses collègues, si oui, on fait une orientation au pôle et c'est lui qui remplit la fiche et qui nous l'envoie et là. » (Pilote K)

Enfin, les 8 sites² où l'orientation vers la gestion de cas était majoritairement décidée sur une réunion d'inclusion:

« Il y a le travail sur le script, mais cela a été un gros boulot, cela a été la définition des critères de complexité, les procédures, la fameuse plateforme qu'on a créée, c'est-à-dire est ce qu'on fait juste un script et les partenaires l'utilisent et déclenchent eux même la gestion de cas, au départ cela devait être comme cela sur un champ restreint de partenaires qui devaient être au départ [le partenaire x] et le CG, au départ on nous a proposé plutôt de faire une plateforme d'orientation c'est-à-dire un lieu où converge les scripts où ils sont analysés en collectifs par [ce même partenaire] et le CG pour décider d'une orientation gestion de cas » (Pilote N)

Il est important de noter ici que l'utilisation d'un script pour l'orientation en gestion de cas ne constituait pas en soit un élément déterminant de la mise en place du guichet unique. Par contre, cela témoignait d'une certaine réceptivité des partenaires du site à la mise en œuvre d'une procédure commune sur ce champ limité et en cela, il apparaît aux experts que cela témoignait d'une condition favorable de l'implantation ultérieure de l'ensemble des processus guichet unique (non limités à la gestion de cas).

9.3.4.3. Permanence et couverture

La question de la permanence de l'accès au guichet unique est souvent un moyen de commencer à réfléchir la mise en commun de moyen (il s'agit d'abord de partage de procédure et de mise en commun de moyens humains), témoignant ainsi d'un certain degré d'intégration financière. Ce type de réflexion a rarement été documenté durant les visites (sur 2 sites). L'importance d'une couverture territoriale adaptée au dispositif MAIA est apparue comme une priorité notamment dans certains territoires de grande superficie peu dense (sur 2 sites également), elle sous-tendait également rapidement la même question de partage de procédure et de moyens humains.

² le dernier site n'avait pas de gestionnaire de cas au moment de la visite des experts

9.3.5. Enjeu de l'observatoire

Étant donné le calendrier de déploiement de l'expérimentation relativement au calendrier des visites sur site, les experts n'ont pas pu observer de site ayant mis en œuvre les procédures d'observatoire des besoins de la population. Cinq sites paraissaient avoir une culture de la production statistique de type guichet unique au moins perceptible dans le discours du promoteur et du pilote et qui semblaient de nature à favoriser la mise en œuvre opérationnelle de cet observatoire.

9.4. Facteurs liés à l'implantation du guichet unique

Globalement il ressort des visites d'expertise quelques messages clefs :

- L'implication de l'hôpital dans la démarche de guichet intégré (unique) n'est pas facile notamment car il est difficile d'identifier dans la structure les professionnels qui seront effectivement acteurs du guichet et les personnes à impliquer pour avoir une influence sur les pratiques de l'ensemble de ces professionnels.
- L'implication des équipes médico-sociales de l'APA n'est pas aisée non plus notamment car leur action est souvent elle-même secondaire à une première orientation et que suite à leur intervention le choix des orientations paraît restreint.
- L'implication des médecins et des professionnels libéraux a été à l'origine de débats. Selon les compréhensions ils faisaient ou non partie du guichet.
- Il semble absolument nécessaire de stabiliser la définition et le discours ainsi que la formation des pilotes sur cette composante
- La phase diagnostique a toujours été jugée indispensable par les pilotes pour mener à bien la mise en œuvre du guichet unique. L'outil Diag MAIA, pour lequel les avis étaient partagés en termes d'ergonomie était jugé tout de même unanimement utile pour ce diagnostic organisationnel.
- Le travail du pilote pendant un temps suffisant s'organise autour de visites en tête à tête des différents partenaires pour expliciter et donner du sens individuellement à chaque partenaire en fonction des contraintes qui lui sont propres.
- Le chaînage entre la composante Guichet intégré (unique) et la gestion de cas n'est pas toujours facile du fait de leur contemporanéité.
- La mise en œuvre du guichet intégré est marquée par plusieurs phases. La première est celle des définitions (territoires, périmètres, partenaires, organisation, procédures et outils) mais

les pilotes ont tous éprouvés que si cette phase est souvent enthousiasmante, le « vrai » travail commence ensuite dans la gestion du fonctionnement et des obstacles au déploiement (implication réelle de chaque structure, communication interne, formations, gestion de la permanence, bases de données et audit).

10. Gestion de cas

Au total, 67 gestionnaires de cas étaient en poste sur l'ensemble des MAIA au moment des visites d'experts. 60 gestionnaires de cas ont participé au focus groupe. Sur les 16 sites ayant des gestionnaires de cas, leur nombre variait de 1 à 8 dont 7 sites entre 1 et 3 ; 5 sites entre 4 et 6 ; et 4 sites avec 7 ou 8 gestionnaires de cas. Lors des visites sur site, un site n'avait pas de gestionnaire de cas. La durée de la pratique de la gestion de cas au moment de la visite des experts variait d'un site à l'autre entre 3 et 8 mois.

Au décours de la tenue des focus groupes, des regroupements autour de la table en fonction des mêmes classes d'âge et des professions identiques se sont spontanément et quasi-systématiquement formés.

10.1. Caractéristiques des gestionnaires de cas

10.1.1. Fortes motivations initiales

Dans la plupart des sites, une très large majorité des gestionnaires de cas était volontaires pour participer sur des emplois à durée déterminée pour une partie d'entre eux dans ce contexte d'expérimentation dont l'issue restait incertaine.

Leurs motivations pour occuper cette fonction étaient multiple parmi lesquelles : l'insatisfaction dans leur emploi précédent, la volonté de travailler de façon plus en lien avec les autres professionnels et le goût pour l'innovation avec la participation à une expérimentation. Le turn-over à 6 mois était de 18% sur l'ensemble de l'échantillon et concernait la moitié des sites.

10.1.1.1. Volonté de changer les pratiques professionnelles

Frustration dans la profession antérieure

« J'étais assez frustrée parce que je trouvais que mes bilans n'avaient pas de conséquences sur la suite, ou en tout cas les médecins traitants n'avaient pas connaissance de ce que je pouvais mettre en évidence, enfin je trouvais que cela pouvait être important que les assistantes sociales ou les aides à domicile soient au courant, et j'étais très frustrée parce que mon travail restait vraiment centré à l'hôpital, et du coup quand on m'a présenté ce projet MAIA je me suis dit que cela pouvait aller dans le sens de ce que, de ce que j'essayais de travailler à l'hôpital, quoi. » (GC site L)

Volonté d'une prise en charge globale des personnes

«Ce qui me plaisait, c'était vraiment cette prise en charge globale de la personne, vraiment dans plusieurs domaines...c'est le rapport qu'on a avec la personne qui est, qui est quand même privilégié, cela s'inscrit dans le temps, cela s'inscrit vraiment, c'est pluridisciplinaire, c'est ce côté-là qui me disait que j'avais l'impression d'aller un peu plus envie au fond des choses, que ce que j'avais fait jusqu'alors qui était quelque part très ponctuel, c'était du saupoudrage, donc là je m'étais dit peut-être qu'avec le temps justement tu pourras voir l'intérêt et le résultat de ton implication. » (GC site I)

Volonté d'une approche transversale avec les partenaires

« Concernant la gestion de cas, alors, moi en tout cas ce qui m'a plu c'était ce volet coordination et cette implication qu'on aurait à avoir avec le médical, sachant que donc j'appartiens au champ du social que je connais, enfin que je sais bien que la communication, rien que dans le social, est des fois compliquée à transiter et je trouvais que cette imbrication entre le sanitaire, le social, et le médico-social allait être intéressante et qu'en tout cas, ce décloisonnement pourrait permettre une meilleure prise en charge et une pertinence dans l'accompagnement des personnes, donc voilà j'ai trouvé en tout cas que c'était le point qui m'avait intéressée le plus. » (GC site O)

« Moi cela correspondait, déjà par rapport à la prise en charge que je faisais à domicile des personnes avec les difficultés aussi que l'on pouvait avoir avec les partenaires, avec, je trouvais que le concept pouvait apporter un peu des solutions aussi bien pour bien saisir les situations de la personne et puis essayer de travailler avec les partenaires » (GC site F)

Désir de travailler en équipe

« Moi, j'avais ce besoin de travailler en équipe parce que sur mon site j'étais vraiment très, très isolée, très excentrée de tout sans échange possible avec les collègues et c'était devenu comme une sorte d'enfermement. » (GC site E)

10.1.1.2. Volonté de participer à une expérimentation

Goût pour l'approche réflexive sur les pratiques

« Déjà sur le principe que cela soit une expérimentation, donc quelque chose de nouveau, une chose sur laquelle on pouvait réfléchir, voilà, et qui, qui remettaient aussi un peu en cause les pratiques au niveau du service et la façon dont on travaillait. » (GC site E)

Volonté de participer à l'expérimentation MAIA elle-même

« C'est parce que le concept de la MAIA m'intéressait et je ne m'étais pas intéressée forcément à qu'est ce qu'était le métier de gestionnaire de cas, je savais que c'était de l'accompagnement à domicile, je savais qu'il y avait de la coordination donc de par le travail que j'avais en accueil de jour j'avais pas mal de travail de coordination entre les professionnels et je trouvais que le regard du domicile était intéressant pour moi, donc j'ai postulé sans vraiment savoir exactement ce qu'était le travail de gestionnaire de cas, mais plus parce que j'avais envie de faire partie de l'expérimentation MAIA. » (GC site H)

Participer à une démarche nationale innovante et faire remonter au niveau national ce qui se passe sur le terrain.

« C'est un côté un peu grisant pour ma part à être un peu pionnier dans le dispositif je me souviens des CLICs il y a dix ans en arrière où j'étais frustrée de ne pas faire partie de l'aventure, il faut être honnête et là je suis plutôt, je trouve cela assez grisant de faire partie des pionniers, de ceux qui se posent des questions, de faire remonter les choses, d'avoir cette parole, on nous demande ce qu'on vit au niveau du terrain, moi vraiment cela c'est un des aspects qui me passionne, c'est de pouvoir faire remonter au niveau national ce qui se passe sur le terrain je trouve cela vraiment, et il me tarde d'être dans 10 ans pour me souvenir et voir comment cela a évolué. » (GC site L)

10.1.2. Spécificités par types de formations initiales

Les formations initiales des gestionnaires de cas se répartissaient entre travailleurs sociaux (35%), infirmières (32%), psychologues (21.5%), ergothérapeute (7.5%) et juristes (4%). Sur les 16 sites, il y avait au moins 1 infirmière dans 13 sites ; une assistante sociale dans 12 site ; une psychologue dans 6 sites ; et 1 ergothérapeute dans 4 sites.

Le guide de déroulé du focus groupe ne prévoyait pas de cibler la discussion sur les origines professionnelles. L'emphase étant mise sur la description du nouveau champ professionnel, et le choix avait été fait de mélanger systématiquement tous les gestionnaires de cas quelles que soient leurs professions d'origine. Malgré cela, certains points liés à la profession d'origine ont pu s'exprimer.

10.1.2.1. Les assistantes sociales

Difficultés par rapport aux situations nécessitant des actes techniques.

« Oui, moi je dirais qu'il y a quelque chose qui me, qui me handicape c'est le côté médical de la chose, c'est quelque chose, une chose sur laquelle je m'arrêtais rarement, techniquement ce que cela impliquait, et bien là je suis un monsieur qui a une dialyse péritonéale, j'en ai un autre qui a été hospitalisé à qui on a posé une sonde naso gastrique, donc voilà alors c'est vrai qu'il y a des choses, alors voilà maintenant il y a des choses qui ne me paraissent pas, pas clair, est-ce qu'effectivement je devrais m'interroger sur tel ou tel, tel ou tel problématique dans cette situation, quand on me pose des questions est-ce qu'il y a cela, cela, cela, et bien non effectivement je n'ai pas pensé à cela par, par, voilà parce que ce n'est pas ma formation, alors que cela serait des questions qui seraient intéressantes à poser. » (GC site E)

Difficultés à entrer en contact avec les médecins traitants.

« J'ai du mal à trouver ma légitimité par rapport au médecin traitant en fait, le problème c'est que comme eh bien on n'est pas connu, moi je ne suis pas connue, ce n'est pas forcément évident d'avoir des liens avec eux » (GC site K)

10.1.2.2. Les infirmières

Manque de connaissance du champ social

« Par rapport à la formation d'infirmière, on fait beaucoup de social par rapport au médical et moi je n'ai pas de formation assistante sociale...mais c'est peut-être un handicap, d'avoir une formation infirmière parce que la gestion de cas, il y a quand même une grande partie de social. » (GC site D)

Changement du rapport au temps

« Et moi j'ai l'impression de ne pas avancer beaucoup, quand on est dans le médical il faut répondre tout de suite à la demande et il faut apprendre que dans le social il faut prendre le temps, il ne faut pas attendre une réponse trop rapide, là parfois j'ai l'impression de piétiner et je n'ai pas l'habitude... Je deviens plus patiente, j'attends les réponses, avant quand j'étais plus infirmière c'était tout de suite, j'étais plus dans l'action je dirais, que là je m'aperçois qu'il faut attendre, il ne faut pas être trop pressée, je suis plus patiente, j'apprends à être patiente. (Autre GC site D)

10.1.2.3. Les psychologues

Apprendre à travailler en équipe de collègues de même compétence

« Au départ, j'ai eu cette impression, maintenant cela va mieux, mais je crois que j'ai appris aussi à travailler en équipe et avoir des collègues, quand on est psy, en général quand on est quelque part on est le seul psy donc ce n'est pas facile de me retrouver plusieurs de la même profession que moi, je n'ai pas l'habitude de cela, donc cela a été aussi un apprentissage pour moi . » (GC site C) [à savoir, cette gestionnaire de cas est la seule ayant pour profession d'origine psychologue dans cette équipe. Elle ne réfère donc pas à la difficulté de ne plus être la « seule » psychologue d'une équipe mais bien au travail collégial de l'équipe de gestionnaire de cas]

Modification radicale du positionnement professionnel

« Je ne savais pas comment j'allai me situer en fait, moi ce qui m'est difficile, en tant que psychologue on est toujours en train de s'interdire beaucoup de chose, il y a des tas de chose de nous qui ne devons pas transparaître, on se met beaucoup de barrière et on ne montre rien de nous, on fait très attention, cela demande d'avoir une grande distance du coup...En tant que gestionnaire de cas, c'est extrêmement enrichissant, c'est de sortir de ce carcan là... qui du coup s'en va et qui me fait du bien, je trouve, on me demande où mes parents habitent, où j'habite, je peux me permettre de répondre, et puis la relation à domicile est différente. » (GC site H)

Éloignement de la profession

« J'ai l'impression d'être très éloigné de mon métier et c'est un peu compliqué parce que j'ai l'impression que mon métier ne m'apporte pas grand-chose dans la gestion de cas, cela apporte dans l'aide et l'écoute, mais après sur le pratico pratique je pense que je suis quand même mise en difficulté, tout est nouveau pour moi, je travaille en géronto donc les traitements j'arrivais à peu près, je commence à peu près à savoir quels sont, je ne suis pas totalement inerte, je ne suis pas complètement décalé par rapport à cela, mais je n'ai pas beaucoup de notion non plus, en plus ce n'est pas du tout un automatisme » (même GC site H)

10.1.3. Modalité d'emploi

La majorité des gestionnaires de cas a été embauchée sur des contrats à durée déterminée et les autres étaient mis à disposition par des partenaires. Ce dernier mode leur assurait la préservation de leur emploi antérieur et renforçait le partenariat. Nombre de ces mises à disposition l'étaient contre « reversement » par la structure promoteur au partenaire qui mettait à disposition du salaire du gestionnaire de cas. Les cofinancements (participation de partenaires sur leur fond propre) sans

demande de reversement étaient exceptionnels : 2 sites uniquement et se basaient sur des arrangements antérieurs au projet MAIA.

10.1.4. Difficultés liées au temps partiel

48 gestionnaires de cas sur le total de 67 étaient à temps plein (71%). Les temps partiels ont été à l'origine de certaines difficultés en termes de gestion d'équipe.

Manque de disponibilité pour suivre les situations

« Normalement un mi-temps c'est deux jours et demi, en gros, quand on est à temps complet, et il est difficile de se dégager deux jours et demi ou en tout cas de concentrer ses activités sur deux jours et demi parce que les situations évoluent aussi assez rapidement et que dans la gestion de cas, à des moments il faut être là sur des après-midi où on ne s'y attendait pas quoi. »(GC site O)

« Moi ce que j'en retire pour l'instant, c'est qu'il ne faut pas être à mi-temps, c'est des temps pleins à chaque fois, parce qu'être gestionnaire de cas à mi-temps, on n'avance pas, moi c'est mon avis propre. » (GC site D)

Manque de réactivité par rapport aux partenaires

« Moi je le vois différemment, la seule difficulté que je peux avoir c'est dans la prise en charge rapide d'une gestion de cas, par exemple le cas d'une personne âgée qui était hospitalisée et donc je voulais la prendre en charge à sa sortie, je travaillais par exemple le mercredi et je ne revenais que la semaine d'après, je ne revenais que le mardi, quand j'ai dit au cadre qu'il me fallait une dizaine de jour, pour elle cela devait être plus rapide, il aurait fallu déjà que dès le lendemain on puisse mettre en place, ce qui fait que la personne au lieu de rentrer au domicile, elle est allée en maison de repos, et il y a eu une incompréhension quelque part. » (GC site H)

Difficultés personnelles à gérer les activités des 2 mi-temps

« C'est compliqué, cela déborde un peu, quand on est sur l'autre lieu de travail, on travaille quand même pour la MAIA parce que le téléphone sonne, parce qu'il faut que l'on passe un coup de fil car le professionnel ou la famille a dit, il faudrait que vous appeliez ce jour là, on s'adapte. » (GC site H)

« Sans parler de cela, moi je trouve que c'est un boulot qui demande à être vraiment très disponible comme le métier d'infirmière à côté, et donc quand je suis ici j'ai besoin de faire le vide sur ce que j'ai vécu à l'hôpital et j'ai besoin de me consacrer pleinement et il y a pas assez de temps pour faire ce que j'ai à faire et prendre les rendez-vous parce que les aidants, les familles, les professionnels, ne sont pas complètement disponibles et quand je suis infirmière j'ai besoin de faire table rase de tout ce que j'ai vu ici et me consacrer pleinement à mon boulot, donc c'est pour cela que je ne donne pas mon portable, je ne peux pas faire les deux à la fois c'est pas possible, il y a un temps pour chaque et c'est très compliqué de mener les deux, je trouve. » (GC site H)

Confusion avec l'autre mi-temps sur un secteur proche, gênant l'identification d'un rôle spécifique de gestionnaire de cas par les partenaires.

« moi le fait d'être à mi-temps aussi sur une autre mission, je suis repérée comme A.S., même s'ils m'utilisent comme gestionnaire de cas, on va m'appeler l'A.S. quand même et après en me faisant intervenir en tant que gestionnaire de cas, mais il y a quand même un peu, allo madame l'A.S. est là cela ne va pas être je voudrais parler au gestionnaire de cas, même si c'est pour une situation MAIA, mais je reste encore quand même identifier en tant qu'A.S. avec cette spécificité là. » (GC site H)

10.2. Construction de la nouvelle compétence de gestion de cas

Cette construction était en cours et non finalisée et elle reposait sur la formation reçue dans le cursus de diplôme universitaire et leurs pratiques professionnelles en tant gestionnaires de cas.

La totalité des gestionnaires de cas (avec une seule exception) en fonction au moment de la visite des experts avait suivi au moins un module de l'enseignement universitaire. La formation a été commune pour l'ensemble des gestionnaires de cas.

10.2.1. Nécessité d'un diplôme universitaire de gestion de cas

Les gestionnaires de cas témoignaient dans l'ensemble de la nécessité d'être formé car les concepts développés pour l'exercice de la gestion de cas ne leur semblaient pas intuitifs ou déjà connus avant la formation. Ils témoignaient également de la nécessité de ne pas se limiter à cette seule source de formation qui pour être nécessaire n'était jamais jugée suffisante.

L'enseignement par le diplôme a permis une clarification des concepts sous-jacents

« Moi je trouve que c'est difficile, moi j'ai mis du temps à, comment dire, à visualiser le concept dans son ensemble parce que c'est quand même une révolution dans la façon qu'on a de travailler voilà,

ce n'est pas simplement ponctuellement travailler avec quelqu'un, faire un échange, c'est vraiment un changement de fond, quoi, et le temps que cela ça se mette en mouvement, vraiment c'est une question de, c'est très long, quoi. » (GC site E)

« Je sais qu'au début dans ma tête c'était assez nébuleux tout cela et que cela a pris forme petit à petit et que cela continue à prendre forme en fait c'est-à-dire que j'ai l'impression que moi je n'ai pas encore arrêté une définition de ce que serait la gestion de cas, même si c'est beaucoup plus clair pour moi que cela ne l'était au début pour moi. » (GC site C)

« Les obstacles il me semble que c'est de devoir apprendre beaucoup de chose d'un coup, devoir penser à beaucoup de chose d'un coup, quand on est dans un champ professionnel on a l'habitude de voir que notre bout de nez, que son champ professionnel et que cela demande une gymnastique de devoir construire tout, de se décaler de ce qu'on a l'habitude de regarder, pour moi c'est un obstacle parce qu'il y a des moments je n'y arrive pas, je vais forcément oublier un truc, forcément à un moment je vais me dire je n'ai pas fait cela, je suis passée à côté de cela. » (GC site H)

« On a bien compris, par rapport à notre formation qui nous a beaucoup, beaucoup aidé, je pense qu'on a compris comment on doit fonctionner, et avec les partenaires et tout, le service de gestion de cas je crois qu'on est bien dedans, on y arrive, mais comme dit ma collègue on est quand même vulnérable avec les partenaires parce qu'ils nous attendent au tournant » (GC site F)

« C'est une sans cesse remise en question, à chaque formation j'entends des choses nouvelles ou je réentends peut-être, et c'est vrai quand j'en reviens, là oui ils nous ont parlé de cela, donc on va faire autrement, rien que le PSI je n'arrivais pas à l'utiliser, je n'en voyais pas l'utilité, je suis retournée à une formation, j'ai demandé à participer à nouveau et cela me parle plus, j'ai besoin de réentendre des choses pour avancer. » (GC site N)

Au-delà, lors de l'enseignement, les gestionnaires de cas ont pu se sentir « investi » d'une mission de diffusion du projet MAIA dans son ensemble. Ce sentiment s'est trouvé conforté dans leurs tâches de convictions des partenaires mais était à l'origine d'un certain « stress » qui naissait de la prise de conscience d'un différentiel entre la situation actuelle du système avec un système intégré où la gestion de cas aurait trouvé toute sa valeur.

« Quand je suis revenu après cette première semaine riche d'informations, je, j'étais un peu flippé parce que je me sentais « porteur » d'une grande mission et responsable quand même, un peu, en qualité de « porteur » de cette expérimentation, finalement je trouvais que l'on nous chargeait quand même de pas mal de responsabilités, et par rapport à cet enjeu de l'expérimentation, et par rapport aussi à notre rôle de gestionnaire de cas dans ses grandes notions d'intégration, de travail en lien avec les médecins traitants. » (GC site J)

10.2.2. Échanges de pratiques entre gestionnaires de cas et experts

En dehors des modules de formation à la gestion de cas, une source importante de la formation provenait des échanges en équipe interdisciplinaire de gestionnaires de cas.

« Cela débloquent des zones de flou, je me suis rendu compte que mes collègues avaient les mêmes flous, mais en les mettant en commun les flous, ils devenaient un peu moins flous, en tout cas cela prenait du sens avec ce que chacune apportait finalement cela se construit avec nos questionnements on arrivait à en faire quelque chose. » (GC site L)

« Je dirais que quand je réfléchis un petit peu il y a six mois les premières situations que j'ai eu où je me posais beaucoup, beaucoup de question, sur comment j'allais pouvoir m'y prendre. On se familiarise aux outils et puis moi je suis A.S., donc c'est vrai que vis-à-vis de la maladie il a fallu que je connaisse mieux ce type de maladie, la formation m'a aidé, mes collègues aussi, je vois que les choses avancent parce que je suis plus à l'aise aussi dans le poste, dans l'accompagnement, voilà, un peu plus à l'aise. » (GC site L)

Néanmoins, la perspective de ne se limiter qu'à cette seule source de formation paraissait inquiéter certains gestionnaires de cas.

« On essaye de réfléchir par rapport au cours, à l'échange de pratique, on se sent un peu soutenu par des experts l'espace de quelques jours, quand on ne va plus monter à paris, on va se retrouver là entre nous, cela va manquer, un temps où on se pose, où on réfléchit avec des gens qui ont de l'expérience, on se rend compte qu'ils ont les mêmes difficultés. » (GC site C)

10.2.3. Besoin de se construire en réseau professionnel au-delà du diplôme

Les gestionnaires de cas ont exprimé la nécessité de ne pas se limiter à des rencontres locales d'équipe pour parfaire leur formation dans le temps mais de poursuivre des temps de formation en

groupe professionnel afin de favoriser l'émergence d'un nouveau champ professionnel qui présente une certaine homogénéité en France.

« Je pense que cela serait bien qu'il y ait une petite poursuite de rencontre, quelque chose qui se poursuit derrière, c'est-à-dire de revenir sur certains éléments, de continuer, une formation sur en gros sept mois et puis après plus rien du tout, je pense que cela serait bien qu'il y ait quand même. » (GC site H)

« Après c'est pas propre à notre expérimentation, mais c'est plus par rapport à la gestion de cas en général, je trouve que c'était intéressant ce DU centralisé, parce qu'on a pu partager avec les autres, là cela va s'arrêter et je pense qu'il faudrait que l'on puisse encore instaurer des moments, des temps de partage, après le mois de juin où on puisse encore partager, parce que je trouve que c'est aussi riche d'enseignement d'avoir des relations. » (GC site J)

10.2.4. Mise en pratique des connaissances acquises

Les gestionnaires de cas ont exprimé qu'une part de leur formation professionnelle trouve racine dans la mise en pratique clinique des concepts développés pendant la formation, justifiant ainsi la nécessité des unes comme de l'autre.

« Moi je pense aussi que ces temps de formation, qui dessinent un peu, enfin je ne sais pas... Qui dessinent les concepts, au départ cela nous paraît très conceptuel, très sorti d'un univers, et progressivement par la mise en réalité de nos interventions, cela devient un petit peu plus concret. » (GC site D)

« Mais je pense que ce côté formation, courte effectivement comme c'est échelonné sur l'année, cela n'aurait pas eu le même effet si on avait eu tout à la suite, mais l'intérêt que cela soit échelonné c'est qu'entre temps on a des vécus, on a les situations dont on s'occupe et quand on revient on voit les choses différemment. » (GC site N)

Pour les gestionnaires de cas, même au moment de la visite des experts (assez proches de la période d'examen finale du diplôme) la construction de la compétence était encore en cours

« Petit à petit on a un regard de plus en plus aiguisé, on investit des choses plus précises et élargies et à mon avis cela permet aussi d'ouvrir le champ des possibles aux gens c'est-à-dire de ne pas poser qu'un côté à voir. » (GC site H)

« Au départ tout était flou, il y avait besoin de savoir vers quoi vraiment aller, il y a encore des choses qui sont flous, jusqu'où on intervient et ce genre de choses. Au fur et à mesure des mois et de la pratique, on a des exemples de situation et cela nous donne une trame de travail et c'est sur qu'au démarrage quand on n'a pas commencé, quand on n'a pas de concret on ne sait pas trop vers quoi on va, après c'est plus cadré, plus facile à présenter aux partenaires et aux usagers, c'est vrai que petit à petit quand cela commence à se mettre en place c'est plus clair pour tout le monde, on s'identifie plus facilement, les situations arrivent plus aussi, donc je pense que c'est avec du temps, on ne peut pas arriver au 15 janvier gestionnaire de cas alors que les gens ne connaissent pas notre métier et nous on ne maîtrise pas non plus, donc cela ne pouvait pas super bien fonctionner dès le début. » (GC site A)

10.2.5. Relations entre formation initiale et identité professionnelle pas claires

Pour certains gestionnaires de cas, l'articulation était claire : L'identité professionnelle initiale persiste sert de base au développement d'une identité nouvelle qui prend notamment racine dans l'interdisciplinarité et l'usage d'outils spécifique.

« De toute façon on a cette identité là au départ, je ne m'en détache pas pour autant, elle nous colle, je suis A.S., bon, le démarrage de l'accompagnement il démarre de là et par contre après il y a cette ouverture beaucoup plus globale qu'on trouve par les évaluations mais aussi par le fait qu'on est quand même un groupe avec des professions différentes et cela nous fait beaucoup regarder au-delà. » (GC site L)

D'autres avaient l'impression de devoir « voiler » cette identité, ou qu'il leur aurait été demandé de « l'oublier » mais reconnaissaient sa nécessité dans le travail interdisciplinaire.

« Ma profession, elle est là mais derrière un voile et elle est surtout présente dans le travail en équipe » (GC site G)

« C'est-à-dire on nous a bourré le crane en disant vous ne devez pas intervenir en tant qu'assistante sociale, ide, ou psycho, donc on ne le faisait pas. Mais du coup je trouvais qu'on avait perdu la

richesse qu'on pouvait avoir du fait d'être justement de professions différentes, et les réunions pour moi pouvaient être un moyen que l'on fasse de l'interdisciplinarité autour d'une situation. » (GC site C)

Dans le même ordre d'idée, certains ont pu avoir l'impression qu'il leur était demandé de « sortir » de leur référentiel professionnel mais signalait qu'en fait, cette identité s'exerçait dans tous les domaines de leur activité.

« Non pour moi (je ne suis) pas complètement sorti (de mon métier) parce que ce que je faisais avant me sert, donc je ne suis pas complètement sortie, cela me sert beaucoup de ma formation et je m'appuie dessus. » (GC site A)

« Je suis sortie de mon métier parce que je ne fais plus pour les gens, je fais avec les partenaires pour les gens, donc je suis sortie de mon métier de conseillère cela c'est certain, maintenant j'ai toujours mon regard de conseillère » (GC site K)

« Je ne sais pas c'est ce que j'ai compris c'est qu'en tant que gestionnaire de cas, que l'on soit infirmière, assistante sociale ou psychologue on doit faire la même chose, et moi j'ai déjà entendu dire quand même tu dois oublier que tu es assistante sociale, chose que je n'oublierai jamais. »(GC site D)

10.2.6. Identité de gestionnaire de cas

Les professionnels interrogés ont signalé que progressivement une nouvelle identité se développait. Celle-ci n'était pas encore claire au moment de la visite.

« Au niveau de l'identité professionnelle je n'ai pas vraiment non plus ce sentiment là, j'ai l'impression que l'identité, je ne me sens pas encore gestionnaire de cas à 100 % loin de là, mais j'ai l'impression que c'est au fil du temps, au fur et à mesure que je me présente aux partenaires qu'eux me reconnaissent en tant que tel, j'ai l'impression que l'identité elle va se créer plus sur le territoire qu'en réunion parce que moi j'ai besoin que l'identité professionnelle elle soit reconnue, je sais qu'elle est reconnue par mes collègues ici, mais j'ai besoin qu'elles soient reconnues par mes partenaires sur le territoire. » (GC site D)

« Je dirais moi par rapport à mon cheminement de ces derniers mois, je me sens toujours A.S. par contre c'est vrai que dans la pratique je me vois, je m'attribue vraiment un autre rôle car le fait de travailler avec des collègues, progressivement je sens que cela change...maintenant aussi le fait de travailler avec des A.S., je me sens plus extérieur, mais c'est vraiment progressif. »(GC site L)

Comme il a été déjà vu plus haut, la nouvelle identité professionnelle peut dans un premier temps être assimilée à une représentation que le professionnel se fait d'une identité professionnelle autre (dans la citation suivante, celle de l'assistante sociale).

« Moi j'ai eu l'impression à un moment donné de me transformer en assistante sociale là je me suis dit tu ne dois pas être sur le bon chemin, c'est pas le but, si tu as l'impression de te transformer en assistante sociale c'est qu'il y a un truc qui ne va pas dans ta pratique, c'est aussi parce qu'au départ je crois qu'étant psychologue au départ, j'avais une grosse lacune, je ne suis pas travailleur social moi donc tous les dispositifs sociaux je nageais un peu, j'ai eu beaucoup d'information à intégrer au départ là-dessus. » (GC site C)

10.2.7. Questionnement sur-le-champ professionnel : unique ou multiple

Certains gestionnaires de cas ont signalé la difficulté à se positionner sur le niveau d'harmonisation des pratiques. Il semblait que cette nécessaire harmonisation entraînait une difficulté sur « l'abandon » de l'identité professionnelle spécifique.

« La question vraiment que je me pose, est ce que l'on doit vraiment aller dans le sens de l'harmonisation de nos pratiques que l'on soit infirmière, assistante sociale, ou psychologue, ou est ce qu'on doit plutôt autour de situation réunir infirmière, une assistante sociale, ou une psychologue pour mettre en commun les compétences de chacune, est ce qu'on peut-être gestionnaire de cas infirmière, est ce qu'on peut-être gestionnaire de cas assistante sociale, est ce qu'on peut-être gestionnaire de cas psychologue ou on est gestionnaire de cas point barre et on ne fait pas appel à nos connaissances de bases, c'est ce que je remets un peu en question aujourd'hui. (GC site D)

10.3. Positionnement face à la personne et les professionnels

Pour la très grande majorité des professionnels, la gestion de cas était une nouvelle approche auprès de la personne et des professionnels et le changement de positionnement caractérisait en partie cette nouvelle compétence.

« Pour moi c'est le coté par rapport au projet innovant, la réflexion quasi permanente de notre positionnement sur les prises en charge c'est ce que je trouve le plus difficile et le plus intéressant puisque c'est là où on doit analyser des situations pour savoir si on doit s'impliquer ou pas et de quel ordre on s'implique dans la gestion des situations à domicile, ce problème du positionnement aussi bien par rapport aux familles, aux patients ou aux partenaires moi je trouve que c'est central dans la gestion de cas. » (GC site C)

10.3.1. Positionnement face à la personne

10.3.1.1. Utilisation faible du terme « gestionnaire de cas »

Le terme « gestionnaire de cas » a été jugé péjoratif et stigmatisant par les gestionnaires de cas. La logique de l'appellation qui réfère le mot « cas » à la situation de la personne et non à la personne elle-même était oubliée. Au contraire, l'appellation était reçue comme faisant écho au terme stigmatisant de « cas social ».

« Pour moi gestionnaire de cas est péjoratif et je trouve qu'il renforce le coté en marge et qu'on fait tout pour intégrer les malades Alzheimer et ne pas les mettre de coté, et ne pas les cibler, on fait tout pour pallier le handicap et faire qu'ils continuent à avoir une vie normale, et je trouve que là on les achève avec ce mot là, c'est d'un point de vue symbolique moi je le trouve dur. » (GC site L)

« Pour les gens allez leur dire vous êtes un cas complexe, c'est péjoratif, on est là pour faire ressurgir les capacités de la personne et on les appelle les cas, et on va vous gérer. Cela fait on met la main sur la situation et on maîtrise tout alors que nous cela correspond à un lien. » (GC site A)

« Moi c'est le mot cas qui me gêne, la personne va croire que c'est un cas. C'est l'identification, c'est stigmatisant. » (GC site D)

« Moi je donne l'explication tout de suite après, j'explique, j'explique ce que c'est, qu'effectivement je dis oui c'est tout nouveau, voilà, c'est, cela vient du plan Alzheimer, après cela dépend de la personne à qui je m'adresse, mais généralement les familles je dis cela et... Je ne sais pas, alors après ils intègrent mon nom, et puis après on n'en parle plus, mais bon je donne ma carte, moi je fais l'effort, oui je dirais que c'est un effort, quoi que cela commence doucement à devenir un peu plus fluide, mais c'est vrai que c'était pour moi aussi un exercice au début pour m'approprier le truc mais voilà. » (GC site E)

10.3.1.2. Utilisation de terminologies multiples pour pallier

Les gestionnaires de cas préféraient souvent utiliser d'autres terminologies qu'ils s'approprièrent plus facilement tel que :

a) « Coordonnateur en gériatrie »

« Je dis que je suis coordonnateur de santé en gériatrie parce que me présenter auprès des publics personnes âgées en disant gestionnaire de situations complexes, je ne peux pas dire cela aux gens, ce n'est pas possibles, cela les met eux-mêmes en difficultés en se disant ah oui je suis complexe, je pense que les gens pourraient mal le prendre » (GC site K)

« Moi c'est coordinatrice, je ne vais pas plus loin parce que gestionnaire de cas, cas, le mot cas. Moi je ne dis jamais gestionnaire de cas et je ne dis jamais coordinatrice Alzheimer parce que dedans il y a le mot Alzheimer et quand je viens je ne sais pas si la personne elle le sait ou pas donc je dis coordinatrice, je suis une personne qui vient vous accompagner. » (GC site D)

b) « Professionnel dans la MAIA »

« Je vois que je me situe beaucoup mieux si je dis que je suis coordinatrice de santé gériatrique et que j'explique le pourquoi du comment référente MAIA cela passe beaucoup mieux, et certains m'ont dit ce n'est pas le fameux gestionnaire de cas et je dis si justement, cela facilite, j'ai entendu le fameux. » (GC site L)

c) Profession d'origine

« J'avoue qu'avec les familles je ne me sens pas du tout à l'aise pour employer ce terme là, donc coordinatrice parfois je dis mon profil d'origine quand les gens se demandent d'où je sors, c'est qui, elle n'est pas assistante sociale, elle est quoi, et quelque part pour avoir une légitimité je dis mon profil d'origine je ne dis pas que j'interviens en tant que psychologue mais je dis que c'est ma formation d'origine. » (GC site C)

d) Ou son identité sans titre professionnel

« Pour l'avoir déjà tenté, cela n'a pas parlé forcément, et même la famille m'a dit ouh là là c'est quoi gestionnaire de cas, donc moi je dis que je suis madame [X], je dis mon nom et mon prénom, que j'ai

une mission auprès des personnes âgées qui vivent au domicile, cela n'a jamais posé de problème dans le sens où... » (GC site D)

10.3.1.3. Repositionner la personne et les aidants

10.3.1.3.1. Mettre la personne au centre du dispositif

Les gestionnaires de cas ont témoigné d'une préoccupation importante autour de la position relative de la personne aidée et de son aidant dans l'organisation de la réponse. Si le pragmatisme pousse évidemment à tenir compte du discours des deuxièmes souvent à l'origine de la demande, l'attente ou les désirs formulés par les premiers leur paraissaient de première importance.

« Moi je dirais que c'est difficile, cela dépend aussi des situations, mais les aidants, l'aidant principal se veut être le principal interlocuteur, donc ramener toujours la personne, il m'est nécessaire de ramener régulièrement la personne au centre des discussions, j'ai plusieurs aidants qui ont proposé, qui m'ont demandé de rencontrer seul l'aidant donc j'essaye d'avoir ce temps d'échange avec l'aidant qui me paraît important mais de ramener toujours à la personne, et notamment dans une situation le fait de considérer la parole de la personne a fait que la situation a beaucoup évolué, a été, donc c'était une personne que personne n'écoutait je pense, car sa parole avait peu d'intérêt. » (GC site L)

« Je dirais plus d'écoute, remettre réellement la personne et la famille à leur place, je pense que tout ce qu'on a eu sur, c'est remettre vraiment la personne au centre du dispositif, cela a réellement changé, et ne pas arriver comme des donneurs d'ordre et être là pour construire avec eux, c'est cela qui a réellement changé, porter la parole, même contre quelques fois le médecin, et même contre quelques fois la famille, c'est la remettre au centre d'un dispositif et lui redonner réellement sa place. » (GC site J)

10.3.1.3.2. Tenir compte des aidants

La détresse des aidants s'imposait cependant bien évidemment aux gestionnaires de cas.

« Ce qui m'a le plus étonné, quand je voyais la maladie Alzheimer je voyais le patient et là cela me permet de voir tout ce qui gravite autour, je trouve la souffrance extrême des aidants, des proches parce que ces gens qui vivent cela au quotidien et qui sont totalement épuisés et souvent je trouve qu'ils appellent au secours et je pense que c'est mon côté psy et je pense que la première prise en charge, c'est un moment privilégié, que je privilégie c'est l'écoute des personnes. » (GC site H)

Dans ce cas il arrivait aussi que le gestionnaire de cas soit une personne ressource sur laquelle reposait la possibilité de l'ouverture d'un nouveau dialogue.

« Après c'est vrai aussi que des fois les désirs de la personne qu'on suit, n'est pas le même que celui de l'aidant et là parfois c'est, il faut essayer de, il faut dialoguer entre les deux et trouver des compromis, c'est vrai que ce n'est pas toujours évident. » (GC site A)

10.3.1.4. Construire une relation singulière

Les gestionnaires de cas se définissaient eux-mêmes comme n'étant pas dans la réalisation d'un « acte technique » (ni « administratif » ou « juridique »). La place de l'écoute paraissait notamment dominer la construction de la relation.

« Il y a un monsieur au début qui me demandait vous allez me faire quoi ? Non moi rien je ne suis pas aide soignante, je ne vais pas vous faire de piqûre, de pansement mais du coup au moins un professionnel qui prend le temps de discuter avec eux, d'écouter, et qui n'est pas dans le douloureux, donc j'ai remarqué cela, et c'est vrai qu'on s'attache à prendre le temps avec eux, mais cela en demande du temps, les entretiens il faut limiter car cela peut durer très, très longtemps. » (GC site A)

« C'est ce qu'on disait tout à l'heure ils n'ont pas forcément besoin d'action concrète des fois, une écoute, une épaule pour se reposer, pour se confier et pour eux c'est déjà beaucoup c'est vrai qu'on sent qu'ils n'ont pas besoin vraiment qu'on chamboule tout et qu'il y ait des choses nouvelles mais simplement sentir qu'il y a quelqu'un qui est là pour les écouter, les comprendre, les confirmer dans leur rôle d'aidant et pour leur dire oui si vous n'étiez pas là cela ne pourrait pas se passer comme cela, il ne pourrait pas rester à la maison. » (GC site H)

« Oui c'est cela je pense qu'on n'est pas forcément dans l'action et du coup on est beaucoup plus dans la relation avec la personne et il se passe des choses, il se crée un lien avec la personne qui est assez fort, on a l'impression de partager des choses, on est reconnu par la personne parce qu'on les écoute. » (GC site J)

« Et puis du fait que l'on intervient sur pleins de choses différentes, la confiance s'installe plus vite je pense aussi. » (GC site H)

Parfois, l'intensité de la relation établie paraissait menacer le principe de laisser une distance professionnelle entre le gestionnaire de cas et la personne aidée.

« Moi c'est surtout le temps qui fait qu'on peut aller plus loin, on voit plus de choses que ce qu'on pouvait faire auparavant, on est dans l'intimité, on partage beaucoup plus d'intimité... On nous propose beaucoup plus aujourd'hui de manger le midi avec la personne ou de rester à manger le soir, c'est vrai, c'est quelque chose qu'on ne proposait pas ou très peu avant. Il y a un lien très fort qui peut se créer dans le cadre de la gestion de cas. On a vraiment l'impression parfois, qu'on fait partie de la famille, on peut se permettre des choses, mais il faut justement laisser la distance. Mais c'est vrai que le fait qu'on y aille plus souvent, qu'on prenne le temps, moi en tant qu'assistante sociale je n'avais pas cette relation là. » (GC site D)

10.3.1.5. Construire un projet ensemble

Les aptitudes que les gestionnaires de cas ont signalées comme étant essentielles dans cette construction étaient les suivantes :

a) Avoir une vision positive de la situation

« Je pense cette capacité à repartir du positif et ne pas être constamment dans le négatif parce que c'est vrai quand on va dans une situation à domicile on pourrait être constamment dans le négatif, dans le il faut enlever le gaz, il faut ne plus conduire, ne plus faire ceci, cela, et puis non vous ne pourrez plus faire vos courses, on est constamment dans le on va supprimer et on est très peu dans qu'est ce qu'on peut garder. » (GC site J)

b) Analyser la situation en termes de besoins et non de services à offrir

« Jusqu'à présent je répondais en termes de service et je ne réfléchissais pas en termes de besoin, je parlais des réponses existantes et pas des besoins, même si je m'en défendais je pense mais moi cela a été la première chose qui a vraiment changé pour moi » (GC site L)

c) Être le porte-parole de la personne

« La dame elle explique pourquoi c'est sa façon de vivre, avec un passé qui explique la décision de ce jour et avec ce que je sais maintenant, je le mets en opposition avec ce que les autres professionnels disent, oui mais il faut qu'elle se fasse opérer, il faut qu'elle déménage, et non, du coup je suis un peu le porte-parole de cette dame par rapport aux professionnels...La dame elle explique très bien, parce qu'on a pu remonter très loin dans son passé et j'ai pu comprendre. » (GC site N)

10.3.1.6. Une relation qui engage

Certains gestionnaires de cas ont pu se montrer surpris de la confiance qui leur était accordé du fait de ce positionnement particulier.

« Les familles ont moins de scrupule à nous appeler-nous que les médecins, c'est-à-dire que quand il y a un peu d'angoisse ou de questions, même si le médecin est très investi, il me semble qu'ils ont moins de difficulté à nous appeler. Il y a pas de barrière, ils vont plus facilement dire leur difficulté et leur problème, je suis étonné de la confiance qu'ils peuvent nous accorder, cela m'étonne, moi la dernière fois j'ai une famille qui m'a appelé pour aller leur donner un coup de main, sur la déclaration d'impôt, ce qui implique qu'on va voir les déclarations de revenus, c'est quand même quelque chose de confidentiel, donc je pense qu'il faut avoir une certaine confiance quelque part. Ils ont bien compris le fait qu'on était sur tout les, que le champ d'intervention n'était pas restreint, que c'était large, ils l'ont bien compris que le champ d'intervention était large. » (GC site H)

A l'inverse, cette confiance accordée avait des conséquences sur la façon dont les gestionnaires de cas devaient entretenir une nécessaire distance avec les personnes suivies. La distance étant moins nette que dans leur profession initiale, l'implication voire « la souffrance » pouvait s'en trouver accentuée.

« Moi je trouve que je suis beaucoup plus en souffrance sur ces situations-là que sur les situations qui me sont, enfin sur les missions dans mon autre activité professionnelle par exemple, parce que voilà, je ne sais pas pourquoi d'ailleurs. La première peut-être que c'est plus flagrant, la seconde pas encore, mais sur la première oui. On est humainement peut-être plus impliqué aussi, finalement, parce que plus proche du, du, de la personne, de la personne. » (GC site O)

Cette relation singulière amène à considérer la nécessité d'une ressource externe ou d'une capacité à la gestion des émotions.

« Il est vrai qu'on a besoin dans ce travail qui est quand même très difficile auprès des gens où on a quand même des situations dures, où les familles sont en détresse, il faut se ressourcer, quoi, qu'on est de la ressource, et cela il faut qu'on arrive à le trouver, bon moi personnellement je le trouve parce que j'ai mon équilibre. » (GC site F)

10.3.2. Positionnement face aux professionnels

10.3.2.1. Le terme de gestionnaire de cas

Contrairement à ce qu'ils ont exprimé vis à vis des personnes, les gestionnaires de cas nous ont rapporté avoir moins de difficulté à utiliser le terme « gestionnaire de cas » avec les professionnels.

« Aux professionnels, je n'hésite pas à dire gestionnaire de cas. Aux gens cela ne parle pas gestionnaire de cas et c'est dur... On s'occupe d'un cas, on ne s'occupe pas d'un être humain.

Aux professionnels on dit plus gestionnaire de cas, pour qu'ils enregistrent plus la fonction. » (GC site A)

« J'ai dit assistante sociale, je dis la vérité, je ne vais pas mentir, qu'est ce que tu veux dire « gestion de cas » ils ne comprennent pas les gens, après avoir fait tout ce travail de communication, je pense que certains partenaires on saisis la MAIA, Alzheimer, le plan, je crois que c'est ces mots là qu'ils ont retenu, maintenant moi je crois qu'ils ont un peu squouisé le mot « cas », et moi je me présente en tant que madame XX de la MAIA ou gestionnaire MAIA. » (GC site C)

« Moi je le dis, mais je rajoute toujours qu'on a suivi une formation pendant un an de ce nouveau métier, voilà, moi je présente en disant que c'est un nouveau métier. » (GC site F)

« Oui, moi cela ne me pose aucun problème, aucun problème parce que le concept, je pense qu'ils sont aptes à comprendre ce concept, et on se dit qu'ils ont quand même de l'information, peut-être qu'ils lisent quand même ce qu'est un plan Alzheimer, peut-être qu'ils connaissent ce qu'est le plan Alzheimer et les différentes modalités du plan donc c'est le moment ou jamais de le dire, donc là oui, oui, avec les médecins au contraire on se positionne vraiment, enfin moi personnellement cela me donne beaucoup de force vers eux de parler de ce concept, voilà. » (GC site N)

10.3.2.2. Rapport au temps

De la même façon qu'avec les usagers, les gestionnaires de cas ont exprimé avoir dans leurs relations aux autres professionnels un autre rapport au temps.

« C'est aussi le fait de prendre du recul, ne pas foncer dans quelque chose du tout bien fait, tout bien rangé, tout bien carré, c'est se permettre aussi de se dire on va prendre son temps et puis c'est prendre du recul, justement pour se laisser le temps de l'analyse pour aller réellement au mieux parce que moi je reprends aussi souvent ce que Dominique Somme dit, on prend un médecin qui ne veut pas vous parler des antécédents, c'est son droit, on pourrait se dire on est vraiment inquisiteur,

mais là c'est prendre du recul et en effet c'est son droit, mais peut-être qu'on y reviendra, qu'on nous en parlera plus tard, c'est laisser un peu le temps et ne pas vouloir tout de suite. » (GC site J)

L'écoute a de nouveau été citée comme une qualité essentielle

« Dans le travail de gestionnaire de cas, on élargit, on élargit nos champs de compétences, oui a fortiori, et du coup on élargit nos relations interdisciplinaires, voilà. On développe beaucoup plus l'écoute, je crois, et finalement l'écoute et les non-dits, les choses qui ne se disent pas forcément, mais qui s'entendent dans le discours, finalement on devient de plus en plus, enfin, en tout cas moi il m'a fallu être vigilant pour savoir des fois quels enjeux pouvaient me dépasser et qu'est-ce qui faisait que le partenaire influait de cette façon ou pas. » (GC site I)

10.3.2.3. Aller vers le « faire faire » et apprendre à déléguer

Lorsque le gestionnaire de cas s'était posé la question de sa légitimité à poser un acte, certains ont fait des parallèles avec leurs aptitudes « non professionnelles » à agir.

« Moi je me pose la question de si j'étais pas professionnel à titre civil qu'est ce que je suis capable de faire, un dossier APA par exemple on est parfois à se poser la question si on va remplir le dossier APA ou si on fait intervenir une A.S., eh bien moi je me dis un dossier APA un aidant ou la personne elle-même est habilitée à remplir le dossier d'APA donc moi aussi et dans mon rôle d'accompagnement par contre faire un dossier d'aide social non parce que ce n'est pas de mon ressort et souvent je me pose la question quand je ne sais pas je me dis est ce que moi à titre civil dans ma vie personnelle pour mon proche je le ferais et si c'est oui, je me mets dans cette position là, on va le faire ensemble alors, mon seul frein, il y en a d'autres, mais je ne sais pas quelle est ma limite, je me pose la question. » (GC site L)

Les gestionnaires de cas ont dû apprendre à ne pas « faire » directement et trop rapidement.

« Avant on était plus dans le faire quelque part pour avoir une forme de légitimité c'est-à-dire que c'était un nouveau dispositif, il fallait qu'on fasse nos preuves quelque part du coup on avait envie d'être performant, de régler les situations très vite donc on était beaucoup dans le faire et je crois qu'on s'en est rendu compte à un moment donné, on s'est dit attention et qu'aujourd'hui on est quand même, on a levé la pédale sur le faire et on prend le temps maintenant on est plus dans la réflexion. » (GC site C)

Les gestionnaires de cas ont également développé la compétence de délégation, y compris dans leur propre champ professionnel.

« Il faut que je fasse appel à ma collègue assistante sociale, donc c'est vrai que la première fois cela fait drôle de faire appel à ce qu'on faisait nous-mêmes avant, mais après quand on l'a fait une fois, maintenant c'est tout, après j'ai eu à faire appel à une assistante sociale MSA, eh bien elle est assistante sociale, et moi je suis gestionnaire de cas donc maintenant c'est tout, mais la première fois cela fait bizarre, mais après qu'on a bien intégré qu'on n'est pas assistante sociale, mais gestionnaire de cas on le fait plus spontanément. » (GC site A)

« L'investissement qu'on donne dans l'évaluation auprès de la personne, auprès des partenaires, c'est beaucoup plus poussé, et finalement au bout d'un moment il y a effectivement se mettre un peu en retrait et avoir la vision globale de la situation et à la limite ne plus être forcément dans le faire, mais dans, voilà, dans coordonner et dans recueillir les infos, enfin la parole de chacun, voilà c'est là dedans que c'était un peu plus compliqué pour moi. » (GC site E)

« Il y a des moments où c'est vraiment de la gestion de cas, parce qu'on est vraiment la seule personne, quand il y a tout à mettre en place, après une fois que la situation elle est cadrée, c'est vrai que je suis un peu plus en retrait, on va dire, il y a les intervenants. Je pense qu'après à un moment donné, il y a des gens qui sont là, qui interviennent tous les jours, je pense qu'il ne faut pas leur prendre leur place. » (GC site I)

10.3.2.4. Coordination des partenaires

Certains gestionnaires de cas ont signalé d'intéressants parallèles avec leur expérience professionnelle antérieure qui les amenaient à considérer que leur rôle de gestionnaire de cas permettait d'amener une plus-value autour de la coordination clinique jugée insatisfaisante.

« On s'aperçoit finalement, que même au travers de nos suivis antérieurs, on gérait de la complexité, mais finalement on n'a pas la même place, on gérait de la complexité, mais de la place de nos partenaires, finalement, comme les partenaires le font quand on met en place de la gestion de cas et ce qui manquait peut-être c'était effectivement cette coordination et cette intégration entre chaque champ, et finalement la régularisation des situations devenait, enfin était certainement, enfin plus longue, plus fastidieuse, avec des résultats peut-être plus moyens. » (GC site O)

Cette coordination se distinguait du contrôle :

« On l'entend de plus en plus, après il faut faire attention aussi à ne pas être dans le contrôle de ce qui est fait par les autres professionnels par rapport au travail de coordination. » (GC site A)

Même si la vigilance sur la délivrance effective des services semblait essentielle :

« Avant j'agissais, c'est-à-dire qu'en fait je faisais, aujourd'hui je, entre guillemets, je supervise les partenaires qui font, donc je ne suis plus dans le faire, je suis dans la supervision, dans le « faire faire » quelque part, donc la complexité pour moi elle est aussi par le fait qu'il y a plus ce faire, c'est vrai qu'en tant que travailleur social eh bien avant on faisait, maintenant on bip l'APA, on bip l'A.S. de secteur, on bip les médecins, on bip » (GC site K)

10.3.2.5. Les limites de l'intervention

Certains interlocuteurs ont signalé avoir le sentiment d'une plus grande liberté dans l'exercice de la gestion de cas que dans l'exercice de leur profession antérieure, notamment par leur disponibilité pour l'écoute et le nouveau rapport au temps.

« Moi j'ai le sentiment dans cette fonction d'avoir une certaine liberté malgré les consignes et les outils bien précis, d'avoir une certaine latitude dans ce que je veux faire, pouvoir être autonome dans mes démarches, bien sur il y a un travail de concertation, de partenariat, de coordination essentielle mais on a quand même une certaine latitude qui me plaît beaucoup, la rencontre avec les gens, le temps qu'on peut leur accorder, la gestion de notre temps, que les autres professionnels dans le cadre du CLIC n'ont pas aussi et me le font remarquer aussi. » (GC site L)

Cette plus grande autonomie a pu également se manifester par la capacité de mobilisation des gestionnaires de cas.

« Moi c'est la vision en passant du statut d'infirmier à celui de gestionnaire de cas j'ai l'impression d'avoir un peu plus de reconnaissance professionnelle, de valorisation, même si en vérité, là j'ai l'impression d'avoir été beaucoup plus efficace en infirmier de terrain qu'en gestionnaire de cas, pour être clair... Mais il y a une représentation quand même, de participer à des réunions avec des chefs de bureau, c'est les réunions avec les partenaires, les directions qui viennent, un petit infirmier ne peut pas stimuler... » (GC site C)

Néanmoins cette plus grande « liberté » ou « capacité d'action » n'allait pas sans doute concernant les limites à donner au champ professionnel, ce qui amenait à demander un cadre plus précis d'intervention.

« il y a pas entre guillemets de cas classique de gestion de cas où on applique un protocole ou une procédure et cela suffit il y a vraiment par rapport au positionnement et aux actions que l'on met en œuvre une réflexion à avoir permanente, cela c'est stimulant mais c'est aussi insécurisant parce qu'on se demande toujours par rapport aux choix que l'on fait, surtout dans certaines situations où il y a des isolements où on peut-être presque amené à être le seul décisionnaire dans une situation d'un parcours de vie, voilà il y a aussi cette pression là mais c'est ce qui fait le charme entre guillemets. » (GC site C)

« L'autre chose que je ferais un peu différemment, c'est plus de procédure, dans le sens où on n'a pas vraiment de, en tout cas moi ce qui me manque, c'est quand j'ai une gestion de cas qui commence, par où j'attaque, je ne dis pas qu'il faut faire toujours de la même façon mais on n'a pas de procédure, de marquer ne pas oublier de prévenir cette personne, cette personne, ne pas oublier différentes choses à faire, comme un espèce de listing de ce qu'il faut faire et de ne pas oublier de faire, et cela on va le retravailler je pense parce que cela fait beaucoup de chose tout d'un coup. » (GC site H)

« Mais pas que sur le niveau médical, c'est plus le positionnement. Oui, la posture professionnelle et voilà la façon d'être avec les gens aussi, est ce qu'on est dans le bon, voilà enfin...C'est la position professionnelle, essentiellement, à la fois avec les personnes, enfin pour ma part surtout avec les professionnels. » (GC site F)

A l'extrême, certains gestionnaires de cas ont pu exprimer des sentiments qui révélaient un manque inquiétant de distance professionnelle, ce qui pourrait témoigner à la fois d'une compréhension imparfaite de leur rôle et de difficultés liées à un encadrement trop flou.

« On devrait presque dormir chez les gens » « On l'a aidé à déménager, on l'a accompagné, on a fait la lessive, on va à la banque » « Je ne conçois pas l'accompagner sans l'aider à ouvrir le courrier » (GC site B)

Les charges en cas (nombre de dossiers actifs par gestionnaires de cas) étaient relativement faibles puisque à 4 mois du début de leur fonction, ils oscillaient entre 6 et 15 personnes par gestionnaires

de cas (le temps de gestion de cas étant souvent 50% ETP). Une faible charge en cas a pu favoriser un hyper-investissement sur les situations et un moindre appui sur les partenaires.

« Oui, mais tu ne vas pas emmener tes 30 personnes en consultation, quand tu vas avoir tes 30 situations, il y a des situations où tu vas faire le bus, des situations qui vont être un petit peu plus calmes, d'autres qui demandent plus de... » (GC site N)

10.4. Les Outils

10.4.1. Outil d'évaluation multidimensionnel des besoins

10.4.1.1. Niveau d'utilisation de l'outil d'évaluation multidimensionnel

Selon les sites et le pilotage, l'usage des outils pouvait varier. Globalement, plus de 50% des situations suivies par les gestionnaires de cas ont été évalué à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle (GEVA, OEMD-SMAF ou RAI-Domicile). Au moment des focus groupe, l'ensemble des gestionnaires de cas avaient reçu une formation spécifique sur l'utilisation de l'outil choisi sur leur site.

Les professionnels ont rapporté une faible utilisation de l'outil lors de la première visite face à face avec la personne

« Enfin la première visite, c'est plus pour essayer de gagner la confiance de la personne et être sûre que la fois d'après quand on va y aller, elle va nous ouvrir la porte, c'est créer du lien, parfois on n'avance pas beaucoup par rapport à la situation, mais moi des fois je parle de jardinage, des forces françaises libres pendant la seconde guerre mondiale et en même temps comme on sait qu'on n'est pas limité dans nos interventions et qu'on sait que l'on pourra y retourner le lendemain ou très rapidement, on se dit que de toute façon ce n'est pas grave si on prend ce temps là parce qu'après on se dit c'est pas grave car on aura créé du lien et la suite se passera d'autant mieux. » (GC site J)

Beaucoup ont signalé la nécessité d'un temps d'appropriation.

« Le temps d'appropriation c'est-à-dire qu'il n'est pas évident à... C'est quand même, c'est très complet, c'est vrai qu'au début, non la manière dont on va l'utiliser. Bon c'est vrai que personnellement je ne sors pas la grille quand je suis au domicile parce que maintenant je la connais un petit peu, j'arrive à le faire en discutant avec la personne, en lui demandant comment se déroule sa journée et je la remplis après, je ne la remplis jamais en cours, voilà. (GC site I)

Les gestionnaires de cas ont signalé des modifications dans leur rapport aux outils liés à la perception d'une plus-value pour les personnes secondairement à l'usage des outils.

« Moi je vais dire pour les outils au départ j'étais assez réfractaire je n'aime pas et étonnamment depuis la quatrième journée de formation SMAF et notre dernier passage à Paris, j'ai vraiment évolué dans ma tête, et je fais le SMAF, j'ai même fait des PSI alors que j'étais une des plus virulentes sur le PSI que je trouvais à chier et je commence à percevoir l'intérêt à la fois du SMAF et du PSI je me dis qu'au moins cela a le mérite de poser les choses alors qu'avant j'avais l'impression que cela ne me servait à rien et que j'avais l'impression qu'il fallait que je le fasse, aujourd'hui j'ai évolué là-dessus et je commence à me l'approprier, à voir que cela peut poser les choses, de bien voir les objectifs » (GC site C)

« Cela permet de cerner certaines difficultés...Donc il faut qu'on s'oblige à les faire parce qu'une fois qu'on les a fait on se rend compte que cela nous sert et que c'est un gain de temps pour autre chose, mais pour autant si on se fait vite bouffer par les appels, par la routine, parce que cela prend du temps d'appeler les partenaires. » (GC site A)

L'utilisation d'un outil d'évaluation a été explicitée comme une condition favorable à l'évaluation de qualité de la situation de la personne (au-delà de la seule « compétence professionnelle » qui peut trouver sa limite du fait de la complexité de la situation).

« Je pense que l'évaluation pour moi je rentre vraiment dedans en disant il y a que comme cela dans les situations complexes que l'on peut tirer la moelle du problème quoi et pas se faire partir dans tous les sens et voilà, c'est rassurant, c'est rassurant de pouvoir poser les besoins globaux de chaque personne et se dire cela c'est priorisé la partie la plus importante où il faudra rentrer en premier auprès de la personne pour pouvoir dénouer les choses et le détricotage, nous aider à faire le détricotage, cela c'était très, très utile pour ma part. » (GC site F)

La qualité de cette évaluation a pu à l'occasion être mise en avant par les gestionnaires de cas dans des réunions interdisciplinaires.

« C'est vrai que c'est assez complet sur l'image de la personne, sur la problématique. Moi je sais que je l'ai utilisé parfois sur une réunion de concertation en disant moi je, avec l'évaluation que j'ai faite, il y a des capacités là, là, là, mais là par contre il faut qu'il y ait du monde là. » (GC site H)

L'outil a pu servir d'aide mémoire.

« C'est vrai que moi je le faisais au départ, et je me suis surprise à me dire dans la situation, mais j'en suis où donc je l'ai relu, car je ne l'avais pas relu, je l'avais fait au départ et je l'ai relu et d'un coup je me suis dit ah oui j'avais cet objectif là et c'est vrai que je me suis dit que je ne l'exploitais pas vraiment. » (GC site N)

10.4.1.2. Utilisation de l'outil et changement de pratiques

L'usage même de l'outil d'évaluation a été rapporté comme facteur de modification des pratiques professionnelles (modification du regard et de l'observation de l'environnement par exemple)

« Tu as cette manière d'observer avec cet outil dans la tête [...] et tu observes. J'observe l'entrée, les escaliers, l'ascenseur, l'environnement, bon je ne sais pas très vraiment si c'est une déformation mais je sais ce qu'il faut que je note et puis bon après avec la personne, j'essaie de savoir un petit peu comment se passe sa journée donc on parle du petit déjeuner, du lever et comme cela j'arrive à remplir, enfin... » (GC site I)

10.4.1.3. Aider à porter un regard positif sur les situations des personnes

L'outil a pu être signalé comme une aide à porter un regard positif : posture professionnelle signalée comme une caractéristique essentielle du nouveau champ professionnel (cf. 10.3.4.a)

« On ne voyait que le côté noir de la situation et de par le SMAF cela a permis de faire ressortir les ressources, le peu de capacité certes, mais toutes les ressources qui étaient existantes autour et d'avoir un regard positif sur la situation et pas d'être dans le noir et dans le cela pas problème, même s'il y avait des choses qui posaient problème cela n'enlève pas cela, mais moi le SMAF m'aide beaucoup pour asseoir, pour mettre en exergue des constats et des choses positives. » (GC site L)

10.4.1.4. Outils et concept de gestion de cas

Lors des focus group, l'outil d'évaluation a été mis en lien avec le concept même du champ professionnel de gestion de cas (voire celui de l'intégration) ; l'usage de l'outil permettant une meilleure appropriation du concept par le gestionnaire de cas et ses partenaires.

« On nous a appris une méthodologie de l'accompagnement, parce que jusqu'à présent dans le travail social, on nous dit accompagner, on a quelques outils je ne dis pas le contraire, mais on n'a pas vraiment de méthodologie...c'est vraiment une autre façon d'aborder les situations et la

personne et en tout cas pour moi les outils c'est des valeurs sûres tout de suite pour m'approprier la gestion de cas et je pense que pour aussi amener les partenaires à intégrer la MAIA par le biais de la gestion de cas » (GC site L)

10.4.1.5. Difficultés dans l'utilisation des outils

Il a pu parfois être signalé comme une tension entre les données issues de l'outil d'évaluation multidimensionnelle (jugé limité) et la connaissance (jugée plus exhaustive) de la situation qui serait la principale source de planification.

« Ce n'est pas suffisant pour pouvoir déterminer ce que l'on va mettre en œuvre et ce que l'on va pouvoir proposer, c'est, si cela suffisait cela voudrait dire que l'on pourrait prendre le RAI le donner à quelqu'un d'autre, et il est capable de créer le PSI, là ce n'est pas l'aide sociale, c'est la personne qui est allée à domicile qui a vu la situation, qui l'a observé. Mais moi le RAI me suffit à établir le PSI par contre, après j'en fais l'analyse et je trouve que parce que j'ai aussi bien les ressources, l'environnement, en fonction de tout cela j'arrive à avoir et à faire le PSI. Si tu connais bien le RAI tu vas voir tout de suite où est le problème après il y a la situation personnelle mais tu la vois déjà dans l'humeur, le comportement, tu vas avoir des alertes. Il y a certaines alertes après où tu peux proposer des choses quand même différentes. » (GC site I)

En conséquence, les gestionnaires de cas ont fait le lien entre une pratique professionnelle encore en cours d'installation et un usage encore progressif (et balbutiant) des outils.

« On est vraiment aux prémises de la gestion de cas et donc aux prémises de la connaissance des personnes, parce que pour ma part même si je travaille avec elles, je ne peux pas dire que j'ai une connaissance très poussée des personnes, l'évaluation va se faire au fur et à mesure, la connaissance, la confiance etc. et je pense que ces items là peuvent éventuellement se développer après lorsqu'il y aura davantage de connaissance de la personne, de la confiance, éventuellement le sujet peut venir et c'est vrai que je ne provoque pas forcément. (GC site L)

« Pour moi je découvre encore récemment, je vous le disais par rapport à l'inter module, il est récent quand même, je découvre ce que, la teneur de la gestion de cas, je n'ai pas encore de situation où je peux dire je la connais, je connais les situations que je suis, les personnes j'ai le sentiment de les connaître mais je ne peux pas dire que je les connaisse par cœur sur tous les aspects y compris sur les opinions religieuses. » (GC site L)

Dans la logique de développement de l'interdisciplinarité d'importants enjeux éthiques de gestion du partage de l'information se sont fait jour.

« Et il y avait aussi par rapport à la synthèse, alors là on a eu un nombre de questionnement aussi toujours je pense par rapport à notre culture social du partage de l'information, si c'est une synthèse qui est partagée, qu'est-ce qu'on y met, et on avait beaucoup de réticence par rapport à cela et c'est des choses qui sont encore en travail, qu'est-ce que l'on peut mettre si c'est partageable avec tout le monde, on sait que cela n'est plus, mais vraiment cela a été, toi comme moi, je crois, on n'arrivait pas, on n'arrivais pas parce qu'à l'idée que cela soit partageable avec tout un chacun qui intervient autour de la personne, cela nous a totalement bloqué par rapport, c'est une question éthique qui est très forte dans notre culture. » (GC site E)

10.4.2. Le PSI

Les professionnels ont généralement exprimé des opinions ambivalentes vis à vis de cet outil. Nombre des citations que nous prendrons ici permettent de mesurer que l'outil paraît devoir être « retravaillé » ou « allégé ». Globalement les professionnels ne se sentaient pas « à l'aise » avec l'utilisation de l'outil même quand celui-ci leur paraissait pertinent.

10.4.2.1. Utilisation limitée du PSI

Le PSI exige une synthèse que les professionnels n'ont pas forcément l'habitude de faire.

« Ce que je trouve difficile c'est qu'à chaque fois que je fais un PSI je suis obligée d'écarter, j'ai trop de chose à mettre et je trouve cela compliqué d'affiner, de cibler, de mettre une toute petite phrase, je trouve cela difficile, mais après pour le coup à la fin quand j'ai réussi à le faire je trouve que cela a un intérêt parce que cela m'a permis de synthétiser, mais c'est fastidieux. » (GC site L)

« Si c'est un document de planification j'aurais envie d'intégrer un petit peu tout ce que je suis sensée faire, des petites choses, ce n'est pas forcément de mettre en avant qu'un service est manquant pour un besoin non comblé mais je prends un exemple préparer le dossier d'inscription en EHPAD, il y a différentes étapes, il y a le certificat médical à remplir, est-ce que c'est le médecin, il y a différentes mini-étapes à faire, différentes choses, acheter ceci, penser à faire cela, enfin voilà, moi je suis fait un petit, un petit post-it à chaque, à chaque page des personnes, donc du dossier, mais je me dis que c'est une mini, mini tache qu'il faut que je pense... » (GC site E)

Pour les gestionnaires de cas, le PSI était l'outil partagé avec les partenaires. Pour certains il se construisait avec les partenaires. Actuellement, la plupart d'entre eux disaient ne pas le maîtriser, donc ne pas le partager. L'inverse se vérifiait également.

« Pas encore utilisé parce que comme on ne le maîtrisait pas bien, on ne se voyait pas donner un truc qui ne tenait pas la route aux partenaires. Et puis il faut que cela soit aussi compréhensible, il faut qu'on tienne la route, on va présenter un truc, il fallait qu'on soit plus au clair sur l'utilisation pour le présenter. » (GC site A)

« On ne le maîtrise même pas nous et on le demande aux partenaires qui, puisque dans cette idée de partage des outils communs, la belle idée mais c'est que nous on ne l'a même pas en maîtrise totale personnelle donc vouloir partager quelque chose qu'on ne maîtrise pas totalement et qu'un partenaire prend cela un peu, c'est pas forcément un jugement mais... » (GC site C)

L'utilisation d'outils (que ce soit pour l'évaluation ou la planification) a été rapportée par nos interlocuteurs, principalement de formation sociale comme contraire à leur approche, notamment du fait de la circonscription des problèmes posés par la situation de la personne.

« Rigide, en fait je dirais rigide, enfin bon très classifié comme cela et voilà entre, entre l'habitude de prendre des notes et effectivement de tout noter, et de faire des, des projections comme on avait appris à l'école d'A.S., à court, moyen et long terme sur les actions à suivre, je veux dire le principe c'est le même dans le PSI, mais c'est peut-être bête mais bon, c'est cette forme là, c'est cette planification vraiment très rigoureuse, je veux dire bon là je m'entraîne mais c'est vrai que cela ne va pas de soi.... Moi j'avais l'impression que je découpais la personne, qu'elle devenait partielle, qu'elle devenait des petits bouts de quelque chose et j'avais du mal à la retrouver entière. » (GC site A)

10.4.2.2. Structure du PSI jugée non satisfaisante

La terminologie utilisée dans l'outil proposé a été jugée peu claire

« C'est qui est compliqué pour moi c'est les verbes, évaluer, compenser, maintenir, j'aurais bien aimé avoir un lexique des verbes parce que ce n'est pas toujours évident et la deuxième difficulté que je rencontre le psi le présenter aux partenaires, je n'en suis pas trop à ce stade là, présenter le psi à tous les partenaires qui interviennent sur la situation. » (GC site N)

« Maintenant il faut être vigilant, si on le présente aux partenaires voire le médecin, les verbes c'est plus cela qui me gêne. » (GC site N)

L'approche dans le PSI des besoins non comblés a été jugée à la fois séduisante et complexe.

« Là je trouve que ce qui est intéressant c'est qu'il y a la partie des besoins non comblés, cela fait justement apparaître le travail qui reste à faire, à la limite, par contre c'est justement pas toujours facile à remplir les besoins non comblés parce que parfois il y a des aides en place mais c'est encore difficile d'évaluer si oui ou non cela comble complètement le besoin ou pas, si ce n'est pas comblé on le fait apparaître où, si c'est partiellement comblé, je trouve qu'il faudrait qu'il soit encore retravaillé ce support et je trouve qu'au niveau de la configuration ce n'est pas pratique du tout, visuellement ce n'est pas fonctionnel. » (GC site D)

Le PSI a été jugé porteur de structuration des interventions et d'amélioration de la transmission de l'information entre partenaires

« Le PSI cela permet quand même de structure, là je me rends compte que je commence à bien le, à l'amadouer mais je me dis que c'est pas mal quand même, cela permet vraiment de poser les choses par rapport à ce qu'il y a à faire, cela synthétise pour le coup mes écrits, vous voyez, mais je le trouve un peu trop, un peu trop lourd dans le croisement des infos, il n'est pas assez simplifié, j'aurais bien aimé qu'il soit un peu plus simplifié. » (GC site K)

10.4.2.3. Pratiques cliniques et PSI

Quand il était maîtrisé, le PSI a été rapidement partagé avec les partenaires.

« Moi je trouve cela bien, c'est synthétique, on peut le distribuer aux partenaires, je trouve cela efficace, moi j'ai essayé d'en faire un, les partenaires nous prennent au sérieux quand on vient avec notre psi, il y a un plan, on sait ce qu'il y a chez la personne, les gens ne sont pas obligés de demander à la personne qui est le médecin traitant, qui sont les aides à domicile, cela avance le travail pour les autres aussi. » (GC site D)

« Déjà quand on a fait l'évaluation, on prépare plus ou moins le PSI avec les grands besoins, les grands items et au moment de la synthèse on finalise avec tous les partenaires et avec la personne, si on n'arrive pas à réunir tous les partenaires après on essaye de réunir ceux qu'on n'a pas, d'aller vers ceux qu'on n'a pas rencontrés, une fois que le psi est validé par la personne et donc après quand

il est validé, il est retapé, parce qu'en fait on le fait au crayon et quand il est retapé, il est présenté à la personne et il est renvoyé aux différents partenaires qui ont partagé avec nous, qui partage la prise en charge. » (GC site J)

« C'est un outil qui est intéressant qui retrace bien ce qui peut se dire en synthèse avec les différents intervenants et pour en avoir discuté aussi avec les différents partenaires qui sont impliqués dans ce PSI ils trouvent cela aussi intéressant d'avoir sur un tableau assez synthétique les besoins de la personne. » (GC site J)

Certains gestionnaires de cas ont signalé qu'il était un document de référence sur la situation.

« Il me convient bien pour les situations, je trouve qu'il est clair, concis alors que GEVA a 36 pages, il faut trouver la bonne page, alors que le PSI pour moi c'est un outil de synthèse et de suivi qui est intéressant, mais parce qu'à côté aussi je fais mes CR de visites, je prends aussi des notes, mais le PSI il est visible, il est là. » (GC site H)

Parfois, l'enthousiasme exprime peut même faire craindre qu'il puisse y avoir une certaine confusion dans l'ordre dans lequel s'agence l'évaluation avant la planification.

« Moi je pense que c'est un outil très intéressant qu'il faut utiliser tout de suite, mais moi je pense que dès qu'on va en visite, la première il faut s'y mettre parce que si on attend après, effectivement cela peut-être un bon tableau de bord » (GC site N)

10.5. La concertation

10.5.1. L'interdisciplinarité entre gestionnaires de cas

Selon les données à la fois d'observation durant la tenue des focus groupes (circulation de la parole, organisation des tables) et les propos tenus relatifs aux mécanismes mis en œuvre et à leur conséquence dans les pratiques cliniques, les experts ont statué sur le niveau de d'interdisciplinarité en concertation clinique des différentes équipes de gestionnaire de cas. Dans plus de la moitié des sites, il s'est dégagé des modes de fonctionnements ou de relation interdisciplinaire. Elle s'était construite notamment autour du partage des situations cliniques complexes, de l'utilisation des outils et de la volonté d'harmoniser leurs pratiques professionnelles. L'interdisciplinarité était installée dans 25% des équipes (n=4), elle était modérée dans 40% des cas (n=6) et faible voir absente dans 40% des cas (n=6). Dans ce dernier groupe, l'absence ou les faibles pratiques interdisciplinaires ne signifiaient pas qu'il n'y avait aucun esprit d'équipe, ni d'échanges sur les

situations. Quel que soit le site, les gestionnaires de cas se retrouvaient tous ensemble au moins 1 fois tous les 15 jours pour des réunions d'informations, pour des suivies de situations et/ou des séances de formation.

10.5.1.1. Besoins d'échange sur les situations cliniques

Les gestionnaires de cas appréciaient de pouvoir bénéficier d'avis technique auprès de professionnels de formation différente au sein de leur équipe.

« C'est sur que si je veux un renseignement sur les tutelles je vais aller voir [X], oui il y a certaines choses où je vais plus aller vers l'un ou vers l'autre, après si c'est vraiment technique, vers un aspect plus global de la situation je vais autant vers l'un que vers l'autre, après c'est vraiment un truc qui relève d'un truc technique de travailleur social je vais aller vers [Y], ou un truc médical je vais poser à [Z]. » (GC site C)

« En fonction de la formation d'origine, je dois être honnête, il m'est arrivé d'appeler [Y] parce qu'elle a une formation d'infirmière et que sur une information ponctuelle j'avais besoin de son éclairage, après [X] m'aide sur tout l'aspect évolution au niveau cognitif c'est vrai que j'ai quand même bien, puis même au niveau du recul sur les situations allez chercher des choses sur lesquelles je ne pense pas. » (GC site L)

« Oui, cela fait de la richesse, c'est très enrichissant, c'est les formations différentes...Du coup, chacun a sa vision des choses et c'est intéressant de confronter les points de vue, c'est vrai que des fois c'est utile. Oui, moi je trouve que c'est une grande richesse. Il y a [...] infirmières, [...] assistantes sociales, [...] psychologues. » (GC site H)

Au-delà d'un apport « technique » liée au champ professionnel d'origine les échanges ont apporté une autre forme d'aide en permettant la prise de recul et de partager ses doutes et ses angoisses

« Je pense que les choses se précisent grâce aux situations. Naturellement j'aurais tendance à tout faire, enfin, je serais beaucoup plus à l'aise si je me disais je fais tout, et puis voilà point, pour une des dames il faudrait une mesure de protection, les fils ne veulent pas faire, naturellement je serais prête à le faire aujourd'hui, mais en même temps je me dis bon cela vaut quand même le coup d'échanger avec les collègues pour se dire est ce qu'en tant que gestionnaire de cas on va engouffrer tout de suite là dedans. » (GC site N)

« Quand on a une question, on ne sait pas trop, quand on a besoin de l'avis d'un peu tout le monde, de l'équipe. Quand on a des doutes. Quand on a ras le bol aussi. Quand on est dans une impasse et qu'on ne sait pas quoi faire. Cela fait du bien de partager ses appréhensions, ses doutes. C'est pour aider à prendre les décisions ? Oui, c'est pour conforter à prendre une décision. Ou pour un avis, ou pour une information complémentaire. » (GC site H)

« Cela peut nous renvoyer sur notre vie personnelle, donc cela veut dire pouvoir aussi être en confiance avec mes [...] collègues et vice-versa, qu'elles soient en confiance avec moi pour partager ce que cela peut nous renvoyer dans notre propre vie privée, donc oui, et puis, et puis le fait que l'on se rencontre avec le pilote tous les quinze jours, je crois que cette régularité participe effectivement à, à, on se considère comme une équipe gestion de cas-MAIA. » (GC site O)

« Par contre c'est vrai qu'on a besoin, quand on a une nouvelle prise en charge, de s'en parler, moi j'ai accepté de prendre en charge, la situation elle est complexe, pour avoir une connaissance, et croiser un petit peu. On connaît les noms de chaque personne suivie, mais après on est l'un en face de l'autre dans le bureau donc cela aide aussi à la communication. » (GC site J)

10.5.1.2. Permanence de la gestion de cas

Dans 70% (n=11) des sites, il a été noté un travail visant à assurer la permanence de la gestion de cas. Les sites où ce travail était effectif étaient tous dans une démarche d'interdisciplinarité mais l'inverse n'est pas forcément vrai.

« Sur chaque situation, il y a toujours un titulaire, un suppléant. On a décidé cela en fait, que sur chaque situation on serait toujours deux. Si le titulaire part en congé, c'est le suppléant qui le remplace. » (GC site H)

10.5.1.3. Échanges pour s'approprier les outils

Les gestionnaires de cas se sont beaucoup appuyés sur les échanges en équipe afin de s'approprier les outils cliniques au-delà de leur usage « théorique ».

« Donc quand on s'est retrouvé face à notre outil psi, on ne savait pas vraiment comment formuler les besoins. On y a travaillé comment tu dirais cela ?, comment tu marquerais cela ?... Les premiers on les a fait ensemble, mais aujourd'hui dans la construction c'est plus simple » (GC site J)

« Le présenter aux partenaires j'en suis incapable pour le moment je ne maîtrise pas assez l'outil c'est pour cela qu'à la dernière réunion j'ai soumis l'idée, je ne sais pas si tout le monde est partant pour cette idée, mais qu'on puisse venir présenter nos situations et en parlait entre nous au moyen des outils de façon à ce qu'entre nous qui connaissons un peu les outils même si on a pas encore bien apprivoiser qu'on puisse les évoquer ici, les utiliser, de façon à être bien à l'aise avec entre nous avant de pouvoir ensuite, enfin moi j'ai besoin de cela en tout cas, j'ai encore vraiment besoin de cela. » (GC site L)

« C'est vrai qu'on prend beaucoup de temps échange, mais c'est important, cela nous a aide pour la construction des PSI, cela nous aide encore, c'est qu'est ce que tu mettrais là, moi c'est plus par rapport à la mobilité, après... Et puis même au début, heureusement qu'on a beaucoup partagé, on était un peu dans le flou, on ne savait pas si on faisait bien ou si on ne faisait pas bien. » (GC site J)

« Parce qu'à huit c'est pas toujours évident, il y a des choses à [n] où cela va très bien quand on doit travailler sur des outils et le construire l'outil à [n] c'est plus compliqué, par contre quand on doit échanger sur les situations la richesse des [n] c'est notre formation de base à chacune donc je pense que cela on ne peut pas se permettre de s'épargner d'être [n] par contre cela n'engage que moi, je trouve que quand on est pour travailler sur des outils ou autre, il faudrait penser à des sous-groupes parce qu'on n'est pas productive à [n]. » (GC site L)

10.5.1.4. Échanger pour homogénéiser les pratiques professionnelles

Les gestionnaires de cas ont rapporté avoir beaucoup échangé sur le travail, les missions et le positionnement

« Sur les missions mêmes de la gestion de cas, on en reparle souvent ensemble, des fois moi j'ai des doutes, je ne suis pas encore sure de tout, jusqu'où va l'accompagnement, en plus moi j'étais assistante sociale avant et l'accompagnement j'en ai fait et jusque physique donc quand je parle de l'accompagnement cela peut-être aussi les mettre dans ma voiture et les emmener à une consultation, cela m'est arrivé de me poser des questions, est ce que cela fait partie de mes missions d'accompagner physiquement les gens ou est ce que je n'en fais pas de trop, cela on en échange aussi. » (GC site A)

« On a quand même, sur les premières situations, on a pris beaucoup de temps de discussions pour savoir comment l'un faisait, enfin on s'est quand même beaucoup calés sur les premières situations. » (GC site J)

« Par rapport aux interventions, entre nous, moi je vois je n'hésite pas à demander, je me pose « plus », notamment dans les interventions, dans l'évaluation, on demande aux collègues, ce qu'il en pense, comment il verrait la chose, on est plus dans la communication. On est moins dans le faire, parce qu'on avait besoin de cela, on était pour marquer notre territoire. » (GC site C)

« Moi cela m'a surprise parfois quand on présentait les choses à l'oral au début de nos présentations, moi je ne savais pas ce que vous étiez capable de dire ou pas et j'étais surprise par la manière dont on pensait la même chose, avec des mots différents, mais on était dans la même dynamique et cela m'avait beaucoup surpris, parce qu'on apprenait à se connaître, et puis en fait on a confiance après l'une en l'autre de savoir ce qu'on va se raconter, quand on va présenter notre travail moi je sais que je n'ai pas de, on est confiante. » (GC site L)

« Des fois on a des regards un peu différents sur le maintien à domicile, sur une situation où j'ai pris contact avec tout le monde, médecin, la famille, les auxiliaires de vie, ils disent que le maintien à domicile serait possible sil est bien encadré, mais j'ai le SSIAD qui freine les quatre freins, il suffit de se positionner, parce que moi j'ai vu une personne, deux fois un quart d'heure, une fois une demi-heure, je ne peux pas prétendre que je connais bien la personne, c'est vrai qu'eux ils l'ont vu matin et soir, donc des fois c'est un peu difficile entre leur optique à eux et la notre, c'est pour cela que l'autre jour quand j'étais en difficulté, j'avais le SSIAD qui ne voulait pas, le docteur qui disait mais oui c'est possible, alors quand je me suis retrouvé dans cette situation, j'ai dit aux gestionnaires de cas, on discute cela m'a apporté une aide. » (GC site H)

Ces échanges autour de l'homogénéisation des pratiques cherchaient également à dépasser la mise en place de « plusieurs » types de gestion de cas selon la profession initiale.

« Je pense qu'on n'agit pas toutes de la même façon cela c'est sur donc je trouve que pour que cela marche, il faut aussi une cohérence, et c'est en discutant et en travaillant autour de thème qu'on pourra arriver à fédérer. » (GC site D)

« Au départ je trouve que dans la façon dont on abordait les situations, il y avait beaucoup de différence dans la manière de les appréhender et de les apporter et qu'on voyait vraiment nos trois

profils différents qui étaient derrière, j'avais remarqué que [X] avait une façon bien particulière de commencer à prendre en charge les situations, [Y] la sienne et moi la mienne et que ce n'était absolument pas assemblage, avec le temps, le petit temps je dirais que cela commence à y avoir un petit peu plus d'homogénéité » (GC site C)

L'enjeu de cette homogénéisation des pratiques était l'image et la cohérence d'équipe par rapport aux partenaires.

« Et puis aussi vis-à-vis, je pense des partenaires avec lesquels on travaille, que pour eux ce soit pertinent, qu'il y en ait pas un qui dise ah moi sur mon secteur cela fonctionne comme cela avec le gestionnaire de cas, et que moi elle ne fait pas cela ou elle fait cela, je pense qu'aussi c'est favoriser un bon fonctionnement, je ne voudrais pas que cela crée des disparités sans dire il y a une meilleure façon. » (GC site D)

10.5.1.5. L'interdisciplinarité comme mode de création d'une identité commune

La gestion de cas ne pouvait s'envisager selon nos interlocuteurs sans équipe de gestion de cas

« On ne peut envisager la gestion de cas seul comme gestionnaire de cas ou en équipe réduite, la gestion de cas, c'est un travail en équipe » (GC site L)

L'équipe de gestionnaire de cas a été rapportée à l'inverse comme un élément constituant l'identité de ces nouveaux professionnels par les partenaires.

« Je ne sais pas comment cela se passe au sein des CLICs mais mes collègues me font souvent la réflexion, tiens il y a tes collègues gestionnaires de cas, il y a une entité qui est créée, rien qu'au téléphone elles savent que c'est une collègue, il y a une cohésion... et quand il manque un maillon, on a l'impression que l'équipe, il y a quelqu'un d'absent tout le monde se préoccupe de savoir, quand il manque un maillon, il manque un maillon à la chaîne. » (GC site L)

L'absence de concertation interne a pu au contraire limiter la construction de la compétence

« Donc moi c'est un échange de pratiques qui me manque, peut-être qu'il y a que moi qui l'ai pas, parce que je crois [...] Être gestionnaire de cas toute seule [...] donc cela me manque, cela me manque vraiment. » (GC site K)

« C'est qu'en tant que gestionnaire de cas il y a quand même un champ professionnel qui se construit et on n'a pas d'instance entre nous d'organisée pour construire cela ensemble parce que j'estime que ce n'est pas chacune dans notre secteur prise dans le quotidien du travail, je pense qu'à un moment donné, cela me paraît essentiel sachant qu'on vient toutes d'univers différent et de formation initiale différente, et cela me paraît indispensable qu'à un moment donné on puisse échanger sur nos pratiques pour faire aussi avancer les choses et façonner ensemble cette nouvelle profession, moi c'est cela que je regrette. » (GC site D)

« Le DU nous amène aussi à cela, c'est travailler autour de ce que c'est que le concept de la gestion de cas, il se trouve que cela ça manque, si on veut valoriser notre fonction, moi j'ai l'impression de faire ce que je faisais avant, mais pourtant c'est pas le sentiment que je devrais avoir, je devrais me dire ah c'est quand même différent, mais il y a des jours où je trouve que c'est assez, c'est pareil que ce que je faisais en CLIC et les CLICs peuvent se servir de cela pour dire vous faites comme nous finalement, donc voilà. » (GC site D)

10.5.2. La concertation avec les partenaires

L'interdisciplinarité avec les partenaires dans la concertation n'en était qu'à ses prémises. Les réunions de concertations cliniques étaient encore rares. Il s'agit d'un marqueur fiable de l'inculturation de l'interdisciplinarité par les gestionnaires de cas comme un mode d'exercice professionnel.

10.5.2.1. Construction de la concertation

La première condition de l'interdisciplinarité autour de situation clinique complexe est que les partenaires se connaissent. La gestion de cas a semblé favoriser cette condition.

« Alors qu'aujourd'hui je pense que la gestion de cas amène quand même voilà, amène les partenaires d'abord à se connaître entre eux, à savoir qu'ils travaillent ensemble, dans la même direction, selon les objectifs et les besoins de la personne, et qu'ils peuvent s'appuyer sur ce coordinateur, sur ce gestionnaire de cas à des moments où ils sont eux-mêmes en difficultés. En tous les cas, les partenaires m'ont repérée comme cela, c'est-à-dire qu'à chaque fois qu'il y a un souci, ils m'appellent, enfin à chaque fois qu'il y a un souci. » (GC site O)

En se basant sur cette connaissance, le gestionnaire de cas pouvait participer à la définition d'un projet commun par la mise à disposition de tous d'informations issues de son évaluation.

« Au niveau de la prise en charge des gens, c'est quand même autre chose que ce qu'on faisait avant, c'est vraiment voir une personne dans sa globalité à domicile, et avoir une fonction de coordination aussi avec différents intervenants qui ne se coordonnent pas forcément très bien, on apporte de l'information aux autres et cela ça fait évoluer les situations, cela c'est intéressant. » (GC site J)

Dans ce travail collaboratif il est arrivé de pointer les dysfonctionnements, les gestionnaires de cas ont alors insisté sur la nécessité de découpler le dysfonctionnement de la compétence des professionnels afin de préserver l'interdisciplinarité.

« Quand il y a des choses qui dysfonctionnent mais ce n'est pas forcément parce qu'il y a une personne qui est incompétente ou qu'on est là justement pour juger que l'autre elle ne travaille pas bien, c'est justement de dire, et bien voilà l'une travaille comme cela, l'autre travaille comme cela mais finalement cela ne colle pas parce que quand on met tout cela ensemble cela ne joue pas pour la personne, on essaye de trouver des ponts pour que cela, cela aille mieux, c'est le travail dans tout cela. » (GC site E)

L'objectif à terme est de parvenir à rendre coresponsables de l'intervention l'ensemble des partenaires cliniques. Les gestionnaires de cas ont rapporté que cet effet prenait du temps à se concrétiser.

« Au niveau de la gestion de cas en elle-même c'est faire bouger un petit peu au niveau du domicile, quand on a plusieurs personnes qui interviennent, chacun vient faire sa partie et il faut essayer au maximum qu'elles travaillent ensemble, qu'elles soient coresponsable, c'est une question d'intégration, on n'est pas encore arrivé pour cela, on en est même loin. Ce qui manque c'est du temps, c'est au travers des situations qu'on arrive le plus à démontrer la pertinence de notre travail et au plus on arrivera à solliciter de partenaires sur des situations et... Les faire travailler à ce qu'ils s'intéressent un petit peu à ce que fait l'autre, cela ne peut pas se faire à une seule situation c'est trop court. » (GC site J)

« Moi je voudrais juste dire ce que je trouve très intéressant depuis le début que je pratique la gestion de cas, je trouve super intéressant de mettre en avant auprès des partenaire leur point de vue, leur compétence, de valoriser un peu l'aide à domicile auprès du médecin et je trouve qu'il y a vraiment quelque chose de riche qui peut-être travailler entre tout ces partenaires et quand tout le monde arrive à s'accorder sur des axes de prise en charge commune et sur la stimulation de

l'autonomie de la personne, ce genre de principe dont vous nous avez parlé au DU, on arrive à faire un travail intéressant avec les personnes qu'on suit. » (GC site L)

Tout ce qui précède ne doit pas masquer la difficulté à construire un partenariat clinique réellement interdisciplinaire. Les difficultés rencontrées ont été de plusieurs ordres :

a) Position attentiste habituelle

« Ils ont eu l'habitude qu'on leur dise précisément ce qu'ils avaient à faire, par exemple les services d'aide à domicile avaient l'habitude qu'on leur dise l'équipe APA est passée, il y a 28 heures, vous viendrez une heure par jour, 5 jours sur 7 et de telle heure à telle heure, alors quand on se rencontre avec ces services chez la personne en disant la personne elle ne veut pas les 28h mais elle préfère n'avoir que 10 h et peut-être on va mettre en place progressivement les 28 heures mais peut-être qu'on n'arrivera jamais à 28 heures, comment vous pensez organiser votre temps pour que cela soit plus judicieux ces 10 heures, ils sont un peu démunis parce qu'ils n'ont pas l'habitude de cela, parce qu'il y a le plan APA qui dit que, et ils attendent beaucoup de nous. » (GC site J)

b) Position attentiste vis à vis du gestionnaire de cas, vu comme le « super-professionnel »

« Et puis finalement comme les gens vous sentent, vous sentent sûr de la coordination eh bien ils s'appuient sur vous et donc les inconvénients, c'est qu'il faut gérer tout, tout ce qui ne va pas bien parce que généralement c'est que cela ne va pas bien quand cela appelle, donc voilà, il y a des responsabilités là que, que je n'avais pas précédemment effectivement. Sachant quand même que j'essaie aussi de leur renvoyer leurs propres responsabilités, je ne suis pas, je ne suis pas le Bon Dieu et que cela ne marchera que si chacun fait un pas vers l'autre...mais malgré tout voilà, j'essaie aussi de leur dire qu'ils sont également responsables dans la situation et que je ne peux pas, [...] mais je n'ai pas non plus de solution miracle. » (GC site O)

c) Peur d'être tenu responsable d'une décision

« Personne ne veut être plus ou moins imputable d'une décision réelle, quand il y a par exemple ne serait ce qu'un hébergement temporaire pour dire de laisser souffler un peu l'aidant, la famille ne veut pas que cela vienne d'elle, le médecin il n'a pas trop envie de se mouiller et on attend quelques fois de nous que l'on prenne les décisions à la place de tout le monde, ils nous prennent pour un super héros, en disant vous allez arriver, par rapport à la conduite automobile pas plus tard que la

semaine dernière, le fils dit mais alors vous êtes là vous allez dire à mon père qu'il ne doit plus prendre sa voiture. » (GC site J)

d) Emplois du temps des professionnels impliqués dans l'intervention

« Cela ça été plutôt pertinent, finalement ce décloisonnement a bien eu lieu sachant quand même qu'il est difficile d'être, d'être à la coordination de l'ensemble de ces professionnels, de ces champs parce que chacun, chaque service a des exigences, a des, ils ont, chacun leur emploi du temps, avec aussi, ce qui a été aussi un des points les plus compliqués, des objectifs financiers et quelquefois de rentabilité et il a fallu faire face donc à tout ce genre de choses. » (GC site O)

e) Accès à l'information et problème de secrets et confidentialité.

« A partir du moment où vous avez un médecin traitant qui vous dit je ne vous communiquerai pas les informations médicales en prétextant un secret médical, mais on est quand même dans un secret médical partagé, si l'assistante sociale personne âgée nous dit je ne vous communiquerai pas le plan d'aide que j'ai mis en route, que peut faire la gestionnaire de cas, il restera sur sa compétence infirmière s'il est infirmier, sur sa compétence assistante sociale s'il est assistante sociale... » (GC site D)

10.5.2.2. Concertation et légitimité auprès des partenaires

Les gestionnaires de cas ont identifié comme frein à leur travail de concertation, leur légitimité encore trop faible nécessitant d'être très proactif dans la recherche d'information.

« Il faut toujours, toujours aller à la pêche aux infos, nous on le fait c'est-à-dire que systématiquement j'envoie un mail au gériatre ou au CCAS pour par exemple dire j'ai vu madame machin, cela en est là, là, là, et j'attends une réponse de votre part pour telles et telles choses et je ne l'ai pas, donc il faut que j'y retourne, vous voyez, c'est lourd dans le sens où la situation est difficile, la situation est lourde et je n'ai pas forcément les retours des partenaires qui vont peut-être en effet le faire parce qu'ils vont certainement réagir, agir, mais ils ne me tiennent pas informés de leurs actions, donc pour moi c'est là où il y a un problème de légitimité et de reconnaissance du poste de gestionnaire de cas, parce qu'il y en a certains qui sont bien contents de nous trouver mais pour le retour allez y. » (GC site K)

« C'est vrai que c'est un petit peu difficile par moment, tout le monde ne joue pas le jeu, on n'est peut-être pas assez de connu, tout le monde ne nous connaît pas, le rôle du gestionnaire de cas et de la MAIA, donc c'est un peu difficile. » (GC site H)

Ce défaut de légitimité a été pointé comme particulièrement embarrassant dans les situations où les services n'étaient pas donnés de façon adéquate.

« C'est vrai qu'en tant que gestionnaire de cas, ce qui est plus, on voit entre guillemets des choses qui ne sont pas forcément faites correctement par les partenaires et on sait que nous on ne pas faire, vous voyez, après ce sont des façons de faire, on en a discuté avec la pilote, c'est vrai que les gestionnaires de cas cela peut déranger les pratiques des professionnels cela c'est certain parce qu'on les remet forcément en question à certains moments dans leur accompagnement. » (GC site K)

« C'est des trucs moi je n'arrive pas à leur dire vous n'écoutez pas les désirs de la personne, vous ne comblez pas les bons besoins, je n'arrive pas à dire je suis désolée mais ce que vous faites cela ne convient pas, il y a des moments ils font des trucs cela ne comble pas le besoin ou cela ne correspond pas au besoin de la personne, et j'ai encore du mal à leur dire on ne peut pas travailler comme cela, mais peut-être parce que je ne me sens pas légitimité, si je me sentais légitimité je pourrais peut-être plus facilement dire non, on est là pour combler les besoins de la personne, je n'en suis pas là dans le positionnement, je suis à 10 000 lieues de cela, je me le reproche assez souvent. » (GC site H)

Ce défaut de légitimité est intervenu également dans les difficultés déjà signalées à partager des outils et notamment le PSI.

« Le souci du PSI c'est que voilà on a beaucoup de mal à le montrer parce qu'on n'est pas encore légitimé du tout auprès de la plupart des partenaires en gros, enfin, et on arrive, voilà en début d'expérimentation on arrive presque comme des prescripteurs, il est perçu comme une prescription ce PSI par les partenaires professionnels. » (GC site F)

En tenant compte de la réalité, les gestionnaires de cas ont toutefois témoigné d'espérance sur la capacité à terme de la gestion de cas à modifier les pratiques professionnelles voire à participer à la réorganisation des services.

« On n'arrive pas à les mobiliser sur cet autre regard, sur un autre regard plus positif que si on peut faire des choses, qu'il y a des personnes qui ont encore des capacités, certes il y a des déficits mais il y a encore pleins de chose que l'on peut mobiliser et cela ce n'est pas si simple que cela pour que les professionnels et les familles l'entendent. » (GC site H)

« Il a été aussi des fois un petit peu difficile d'être le porte-parole de ses désirs et de ses besoins, mais voilà parce qu'on se confronte toujours de la même façon à des problèmes de logistique, de service, d'organisation et que voilà, il n'est pas toujours facile de, de donner une réponse positive aux besoins exprimés par la personne handicapée, donc là on a pu faire remonter via le PSI, les besoins qui n'ont pas été couverts, en tout cas sur le plan clinique. » (GC site O)

« On serait une couche supplémentaire, comme on disait... « les millefeuilles » d'un dispositif mais qui ne permettrait pas de faire bouger les pratiques professionnelles, qui ne permettrait pas de faire évoluer quelque chose parce qu'on travaillerait dans notre coin et puis quand on serait face à des difficultés, et bien justement il ne se passerait rien alors que là actuellement bon on n'est pas en train de, de refaire le monde, mais c'est vrai que petit à petit on peut apercevoir des petits changements. » (GC site E)

10.5.2.3. Cas particulier de l'interdisciplinarité avec les médecins traitants

Dans la majorité des sites, les gestionnaires de cas disaient avoir des relations globalement positives avec une grande part de médecins traitants. Rares sont les sites où la collaboration avec les médecins traitants était jugée très complexe. Toutefois, individuellement, les médecins semblaient réagir à la gestion de cas en tout ou rien. Il était impossible de parler de binôme entre le gestionnaire de cas et le médecin traitant mais les premiers contacts apparaissaient encourageants.

« Il y a des médecins qui sont très compréhensifs, qui demandent de connaître le rôle du gestionnaire de cas, qui sont partant pour tout, qui aident volontiers, qui font passer les documents nécessaires, qui vous parlent du traitement de leur malade et de ses antécédents, qui discutent vraiment bien, qui vous font confiance, et il y a des médecins avec qui c'est nettement plus difficile, qui vous disent carrément qu'on ne sert vraiment à rien, que si vous voulez les aider pour faire leur secrétariat, là ils vous considéreront mais autrement non, mais il y en a eu un comme cela, un seul. » (GC site H)

« C'est blanc ou noir, il y a ceux qui sont tout à fait prêt à travailler avec nous et ouvert, qui ont envie de savoir ce qu'on va faire et puis il y a ceux qui sont carrément désagréable puisque les malades

Alzheimer ils sont foutus, qui arrêtent les traitements donnés par le neurologue ou qui modifient les traitements donnés par le neurologue. Je crois qu'ils sont dans l'attente un peu de voir ce qu'on peut apporter. » (GC site N)

« Cela se passe bien parce qu'ils répondent à nos questions, et cela se passe bien dans le sens où ils nous ré interpellent maintenant quand ils ont des nouvelles situations. » (GC site A)

« Moi j'essaye quand il y a un suivi, j'essaye de me trouver un moment où le médecin va passer au domicile, j'essaye d'organiser un petit peu cela comme cela, il y a des situations où il passe régulièrement parce qu'il y a des problèmes de santé, donc c'est assez facile, mais c'est important quand même qu'on se voit, qu'il puisse mettre un visage aussi. » (GC site H)

Notons que 80% des gestionnaires de cas avaient fait la démarche de rencontrer de visu les médecins traitants et ils étaient quasiment tous contactés à chaque nouveau suivi en gestion de cas.

« On peut quelque fois aller en première visite et ne prévenir le médecin qu'après, enfin on va déjà prendre un premier contact, mais tout de suite si ce n'est pas le même jour, le lendemain, on appelle le médecin traitant pour dire nous avons été sollicitées pour accompagner M. ou Mme untel, c'est un de vos patients, est ce que vous avez éventuellement des infos qui pourraient être importantes pour nous et en même temps on leur dit peut-être qu'on sera amené à faire une réunion, une synthèse avec vous. » (GC site J)

Certains ont souligné la plus-value d'un contact direct sur le contact téléphonique dans cette relation.

« Moi je me suis déplacée au cabinet d'un médecin, j'ai essayé de profiter parce qu'au téléphone c'est toujours très rapide, en plus il était en consultation donc j'estime que cela ne laisse pas la place à la discussion, donc je lui ai proposé vous ne voulez pas que je passe pour qu'on en discute, c'est vrai que c'est pas mal parce que cela permet aussi de se présenter, et de ce qu'est la MAIA et ils ne sont pas forcément sensibilisé à la question. Moi aussi je me suis déplacée, je me suis rendue compte par téléphone que je n'obtenais pas grand chose et j'ai fini par prendre rendez-vous et là j'ai eu plus de réponse. » (GC site D)

Ce type de contact a pu permettre d'asseoir la légitimité des gestionnaires de cas auprès des familles.

« Moi je me suis aperçue quand faisant quand même une démarche auprès du médecin traitant parfois même avant d'aller voir la personne, avant de l'avoir vu, cela peut nous légitimer auprès de la personne et de la famille donc pour certaines situations difficiles c'est-à-dire où les familles sont très réticentes à une gestion de cas, quand on arrive et qu'on dit eh bien écoutez en accord avec votre médecin que j'ai eu, monsieur [X], on pense que, cela peut être important que, et cela ça peut être super bien » (GC site F)

La relation y compris téléphonique avec le médecin traitant était préparée à l'avance afin de favoriser la synthèse.

« Nos relations sont régulières je suis beaucoup à l'initiative je les appelle assez souvent, quand ils sont relativement courtois, ils sont sensibles à ce qu'on peut dire, mais par contre toujours pressé, donc il faut aller à l'essentiel, avant que je les appelle, j'essaye de faire une synthèse de ce que je veux dire parce que je sais qu'il va falloir aller très vite. » (GC site D)

« Le médecin traitant il faut lui apporter des billes et il faut déjà que je commence à lui donner, après que j'ai commencé un peu l'évaluation de la personne, dire où on en est, saisir le truc et là cela fait deux fois que je téléphone avant d'aller voir la personne pour avoir les premiers renseignements et je me dis que c'est, enfin je pense que cela dépend des situations, je pense qu'on ressent par rapport à la situation les choses, si vous voulez, c'est pas mal. »(GC site F)

Par contre, les gestionnaires de cas déplorait encore un manque de bilatéralité dans l'échange d'information.

« On est bien accepté, parce qu'on leur enlève une épine du pied parce que la complexité cela leur pèse on va dire, mais par contre l'information elle est dans un sens et pas dans l'autre, c'est-à-dire qu'on leur donne des informations, on les interpelle pour leur donner des informations, mais à l'inverse eux ne nous interpelle jamais pour nous donner des informations. Ils nous acceptent parce que jusqu'à aujourd'hui il y en a aucun qui a dit non je ne veux pas que vous interveniez mais par contre c'est vrai que les infos elles passent dans un sens. » (GC site J)

Les médecins traitants sont des partenaires « sensibles » du dispositif. Il est apparu important dans nombreux sites de simplifier l'accès à la gestion de cas lorsque la demande émanait d'un médecin.

« Si c'est un médecin généraliste, elle essaye de nous le passer directement et on remplit la fiche, on les bichonne, il y a une procédure spéciale pour les médecins parce qu'on ne voulait pas les freiner au départ avec cette histoire de fiche, certains n'avaient pas de fax, que cela ne leur paraisse pas compliqués, pour eux il y a une dérogation, on peut nous remplir la fiche au téléphone avec eux, donc si c'est un médecin traitant, elle ne le passe, même hospitalier, sinon s'ils n'ont pas la fiche elle propose de leur envoyer ou par mail ou par fax et à ce moment là ils la remplissent. » (GC site C)

10.6. Participation à la démarche d'intégration

10.6.1. Bonne compréhension du dispositif d'intégration et de la gestion de cas

En se basant sur l'ensemble des échanges des focus groupes, la grande majorité des équipes de gestion de cas avait une bonne compréhension des composantes de l'intégration et plus de la moitié témoignaient même de capacité à transmettre ces messages. Le propos est ici limité au concept de « discours d'équipe » et non de chaque individu gestionnaire de cas. En effet, les réponses en focus groupes ne permettaient pas de « creuser » la compréhension des concepts au cas par cas.

« Moi j'ai un peu l'image d'un rouage comme une horloge, en fait en dehors de l'intégration chaque, chacun tourne à vide...Oui, et par l'intégration, c'est peut-être idiot ce que je dis, mais c'est l'idée qui m'est venue, par l'intégration et bien en fait les rouages s'enclenche les uns dans les autres et cela permet à la machine de, de, d'avancer en fait, à chaque partenaire d'avancer d'un cran et ce qui permet donc de travailler autour de la personne. » (GC site E)

« On est le haut de l'iceberg, la gestion de cas c'est le haut de l'iceberg, mais c'est pas, c'est une partie de la MAIA, c'est la partie visible tout de suite alors qu'il y a tout un travail qui est mené sur tout le département, qui se voit aussi... » (GC site L)

« C'est que c'est vraiment l'esprit même de la gestion de cas avec ce fil conducteur qui fait que le gestionnaire de cas tel que moi je me le représente, que le gestionnaire de cas ait le fil sur lequel on va mettre tous les maillons qui sont tout autour de la personne, nous on est le fil et les partenaires c'est les perles dans le collier » (GC site L)

« La MAIA regroupe l'ensemble, on n'est pas nous MAIA, la MAIA il y a les gestionnaires de cas, mais il y a aussi l'ensemble des associations qui sont sur le territoire, la MAIA c'est une toile d'araignée qui regroupe, avec différents intervenants qui peuvent agir sur le secteur. » (GC site A)

«La gestion de cas c'est une fonction spécialisée, alors que la MAIA, je le voyais plus comme un espace partenarial, qui permet de mutualiser les ressources, donc il y a, c'est à l'échelle d'un territoire alors que la gestion de cas, c'est une fonction spécialisée, c'est une partie de la MAIA, c'est un petit bout. » (GC site N)

Au-delà de la connaissance de l'expérimentation MAIA et des concepts d'intégration, l'exercice de la gestion de cas a pu également participer à l'ouverture vers d'autres champs.

« Je suis peut-être plus attentive à ce qu'il se passe sur tout le département alors que je regardais un petit peu moins les autres coins de [nom du département], au niveau ouverture d'établissement, tout ce qui touche autour du médico social, et peut-être aussi même à ce qui se fait à Paris, j'ai vu qu'il y avait le salon autonomie, en même temps qu'on est à Paris, tout ce qui touche à la dépendance, aux personnes dépendantes. »(GC site H)

10.6.2. La réalité de la fragmentation

Nombre de gestionnaires de cas ont signalé un décalage entre la perception du projet d'intégration tel qu'exposé au cours du DU et de la réalité du terrain. Cela participait à une certaine anxiété relativement au « travail à fournir ».

« Moi j'ai l'impression que l'on fait un travail de fourmis, qu'il y a une montagne, qu'il y a une montagne à déplacer et que c'est vraiment un travail de fourmis, on a l'impression que c'est vraiment un truc énorme à changer. Et les gens ne sont pas forcément tous opposants, ni de mauvaise foi, mais c'est comme quelque chose dans leur positionnement, quelque chose qui leur échappe, quoi, c'est presque inconscient, c'est... » (GC site E)

« Être créatif, c'est génial d'être créatif, prendre le temps de le faire, prendre le temps de l'écoute, prendre le temps de l'analyse, carrément de faire un projet avec cette personne et avec les professionnels. Et puis de réunir tout le monde, que tout le monde soit parti prenante de la prise en charge, et qu'on aille tous dans le même sens dans le maintien à domicile, dans l'idée c'est idyllique, et dans la réalité cela l'est moins, mais on y travaille. » (GC site J)

« C'est vrai que du coup, il y avait un décalage important parce que, voilà, on avait tous ces notions théoriques de prise en charge d'une personne dans le cadre de la gestion de cas, et c'est vrai que rapidement quand on s'est retrouvé confronté au terrain, on s'est rendu compte que cela n'allait pas

être si facile d'entrer, quand on a commencé à jouer les VRP pour aller parler de la gestion de cas sur le territoire MAIA aux différentes structures, c'est vrai que l'on s'est fait pas mal envoyer « bouler » et on s'est rendu compte que du coup que le travail ne serait pas si idyllique qu'on nous l'avait promis quoi... » (GC site J)

« Quand on revient des formations, nous sommes des extra-terrestres » (GC site M)

Par rapport à cette fragmentation, certains gestionnaires de cas relataient leur espoir déçu de pouvoir s'appuyer sur un meilleur niveau de légitimité local ou national, notamment au niveau de l'information.

« Moi il y a un truc entre le début et maintenant qui m'a, c'est qu'on n'a pas été super bien présenté en fait, et moi je m'attendais quand on allait appeler quand on allait dire MAIA [X] gestionnaire de cas, les gens allaient savoir un minimum ce que c'était, et pourquoi on était là et en fait je me rends compte que personne n'est au courant et en tout cas très peu sont au courant et du coup on est obligé de répéter toutes les fois les mêmes choses à tout le monde et cela c'est... » (GC site H)

Dans ce travail l'articulation avec le pilote était essentielle et lorsque cette articulation n'a pas été optimale le malaise en fut plus grand.

« J'ai trouvé qu'on a été un peu catapulté dans le système sans nécessairement avoir les informations, des informations qui nous paraissaient essentielles, notamment quand on est allé faire les visites des partenaires pour aller présenter la gestion de cas et qu'on avait affaire à des gens qui avaient participé au table et qu'on n'était pas nécessairement au courant, donc cela nous mettait quand même sérieusement en porte à faux parfois. » (GC site F)

« Il manque, il manque aux partenaires une communication sur ce qu'est la MAIA et sur ce qu'est la gestion de cas. À partir du moment où on leur aura bien expliqué ou on leur aura exposé ce qu'est concrètement, ce qu'est le dispositif, je pense que cela pourra marcher. » (GC site O)

Le manque d'information s'accompagnait parfois de représentations préexistantes (souvent défavorables).

« C'est la suspicion des différents professionnels qui me surprend, qui me déçoit, voilà parce que gestionnaire de cas, quand on dit cela, quand on se présente gestionnaire de cas souvent c'est un blanc, on sait parce qu'en fait comme ils ne connaissent pas, les gens ne posent pas de question, ou ont une idée préconçue sur le métier, donc c'est intéressant parce qu'on a toujours à expliquer, on explique, mais c'est vrai que même avec des gens qui, dès le démarrage ont été là, nous on se repose vraiment sur un partenariat qui était existant et même là il y a toujours à expliquer, toujours à reprendre, c'est juste par rapport aux autres professionnels où on se dit que c'est, c'est un peu décevant. C'est vrai que les gens, on dirait qu'ils sont un peu réfractaires par rapport à la MAIA, les partenaires, partenaires institutionnels plutôt, par rapport à la MAIA et même la gestion de cas, à la limite si on les écoute tout le monde fait de la gestion de cas, alors qu'en fait il faut vraiment... » (GC site I)

« Ce n'était pas de l'attente, je n'ai pas trouvé qu'ils étaient vraiment en attente, au contraire je les ai trouvés plus sur la défensive, beaucoup plus, il a fallu je vous dis faire mes preuves quoi, y aller tout doucement pour me rendre entre guillemets utile et apprécier l'utilité de mon poste, quoi. » (GC site K)

Certains gestionnaires de cas ont pu aller jusqu'à identifier de la « violence » ou de « l'hostilité » dans l'accueil qui leur était réservé.

« On a clairement le sentiment, il n'y a pas de langue de bois, on a clairement le sentiment d'être des cobayes surtout les premiers mois où voilà, mais on le sait mais ce n'est pas surprenant, c'est parfois, cela peut être violent parfois mais voilà, on sait qu'on va au front, en premières lignes, sur un dispositif de gestion de cas où on n'est pas forcément ni attendu, ni désiré par certains partenaires » (GC site F)

« J'ai été étonné de l'hostilité que j'ai pu rencontrer dans ma fonction, surtout étant assistante sociale sur le même établissement depuis un certain nombre d'années, j'avais un peu mon réseau de professionnels et assistante sociale notamment et j'ai été surprise de l'hostilité qu'elles ont pu manifester par rapport à la mise en place de ce dispositif. » (GC site D)

10.6.3. Gestion de cas et intégration systémique

Les gestionnaires de cas ont souvent été identifiés comme une source d'information sur le dispositif. Un bon positionnement relatif du pilote et des gestionnaires de cas a été, dans ce cas, un élément déterminant de la transmission d'un message clair au partenaire.

« Je dis aux partenaires : vous êtes dans la MAIA aussi » (GC site G)

« Ce n'est pas au même niveau, sur un niveau différent, le pilote il va porter la MAIA par rapport à différents services, différentes structures, alors que nous en gestion de cas on va être amené à parler de la MAIA, mais plus par rapport à une situation. » (GC site J)

« On a décidé de formaliser les choses en faisant une réunion avec le service social pour peut-être expliqué aussi puisqu'on s'est rendu compte qu'en ayant rencontré l'équipe soignante et médicale, le service social n'avait pas tenu informé l'équipe soignante et médicale de l'orientation (sur une situation), donc on a décidé de formaliser les choses un peu avec le service social pour expliquer quels étaient les rôles de chacun. » (GC site I)

« Mais moi je trouve cela important car cela nous permet d'avoir un contact direct avec les autres professionnels et le partenariat se crée peut-être plus facilement en rencontrant les gens, c'est vrai que cela nous prend du temps mais c'est important. Je pense qu'on est aussi acteur dans l'intégration, donc on va forcément avoir ce rôle de communication tant que l'intégration n'est pas faite, c'est forcément inconfortable car il faut repartir de zéro dès qu'il y a un interlocuteur nouveau, mais c'est nécessaire. » (GC site L)

Dans ce rôle de « porte-parole » de la démarche intégrative, certains gestionnaires de cas ont souligné l'importance de prendre le temps de bien assimiler les concepts.

« Moi je trouve que ce n'est pas un mal qu'on n'est pas présenté la MAIA tout de suite, qu'on n'est pas allé faire du porte à porte car il me semble que c'est au bout de 4, 5 mois qu'on connaît la définition exacte de la MAIA, et c'est bien. Cela nous a laissé le temps de s'imprégner, de cerner la MAIA. Mais c'est vrai qu'on passe beaucoup de temps à communiquer là-dessus, à chaque fois il faut redire, réexpliquer. » (GC site H)

« On a fait la première session de formation en décembre, c'était super riche, je me suis régalée, et après il a fallu ce premier trimestre attaquer cette campagne de communication et moi je n'avais

rien de recul, en fait on a tenu un discours aux professionnels un peu théorique, très théorique, j'ai appris que et je vous le dis tel que, on va faire comme cela, on ne sait pas comment, en étant convaincu du bien fondé de la chose, sans être sur le terrain, très abstrait pour nous de le formalise, de l'exprimer, mais aussi très abstrait pour les professionnels de l'intégrer et six mois après quand je dois parler de la MAIA ou de la gestion de cas je deviens un peu plus, pas tout gagné, mais je suis plus à l'aise et je pense que je suis un peu plus comprise, mieux comprise, parce qu'on le comprend mieux nous-mêmes. » (GC site L)

10.6.4. Informer les partenaires sur la gestion de cas et ses limites

Au-delà des concepts d'intégration, les gestionnaires de cas ont souvent été les ressources pour expliciter aux partenaires à la fois leur rôle et notamment sur leurs limites.

« Il y a toujours le besoin de reposer le cadre, de pourquoi on intervient, un positionnement à ne pas perdre de vue, parce que soit les professionnels sont en demande, pour ces deux situations là pour le coup, les professionnels avaient exprimé des difficultés donc ils attendaient beaucoup du gestionnaire de cas et il y avait aussi l'aidante familiale qui se reposaient aussi beaucoup sur le gestionnaire de cas et il fallait bien clarifier le fait que j'étais là pour la personne c'est de se dire je ne suis pas avec vous, je ne suis pas contre vous, je ne suis pas le petit soldat de, à un moment où les professionnels ou l'aidant s'approprie le gestionnaire de cas aussi. » (GC site L)

« Quand ils sont dans cette attente là il y a aussi un peu dans l'esprit que la MAIA proposait d'autres moyens et c'est pas le cas, on est un peu la fée clochette, oui, c'est un peu compliqué. Il y a une nécessité dans la présentation de dire qu'on n'est pas une super women » (GC site L)

« Les professionnels, il ne faudrait pas qu'ils voient en nous le super professionnel avec la baguette magique et ce n'est pas cela, c'est un petit peu comme cela que la psy nous avait perçu, elle avait dit vous en faites souvent des miracles comme cela donc là on a dit stop très vite. » (GC site C)

10.6.5. Construire son propre réseau de partenaires

Les gestionnaires de cas ont tous rapporté la nécessité de se constituer un réseau relationnel de partenaires. Dans cette relation, certains gestionnaires de cas ont souligné la plus value d'un contact direct sur le contact téléphonique.

« C'est fondamental, c'est pour cela que je pense que ce travail il est imputable au gestionnaire de cas et pas à faire par le pilote entre deux institutions dirigeantes entre guillemets, c'est vraiment

nous se déplaçant physiquement et c'est ce qu'il manque en général dans le système de santé, on a des gens au téléphone, moi je ne supporte plus en fait d'avoir des gens au téléphone. » (GC site C)

« Je vais facilement voir les gens, c'est beaucoup plus facile que quelqu'un qu'on a au téléphone, s'être vu physiquement je trouve que cela facilite aussi vachement le partenariat et je vous dis c'est dans les deux sens c'est-à-dire qu'il faut que les gens, on peut attendre des autres qu'ils nous apportent et que si nous aussi on leur apporte des choses, il ne faut pas que l'on soit qu'en demande envers eux, il faut qu'on leur apporte des choses, et cela demande un effort de notre part. » (GC site A)

« C'est vrai que nous on a l'impression de le construire le réseau, enfin je ne sais pas vous, mais moi je ne le connaissais pas avant, je découvre et je trouve que c'est le plus intéressant...Pour les rencontres avec les partenaires c'est nous qui avons décidé de beaucoup sortir au début surtout, on a fait soit pendant un mois et demi, on y croyait pas aux plaquettes qu'on envoyait, on avait besoin de mettre de la rencontre, de l'humain, et tous les partenaires nous renvoyaient que c'était une bonne chose que l'on se déplace donc on a stimulé cela. » (GC site C)

10.6.6. Circulation de l'information vers les tables de concertation

Dans plus de la moitié des sites, les gestionnaires ont déclaré qu'ils pouvaient faire remonter leurs difficultés (concertation clinique et besoins de la population non couverts) au niveau du pilote qui transmettait à la table de concertation. Pour les autres sites, cette procédure restait insuffisante et la remontée d'information passait par d'autres canaux ou ne remontaient pas. Les autres canaux intéressaient surtout les sites MAIA où les gestionnaires de cas étaient répartis sur de multiples « antennes ». Dans ces cas, les gestionnaires de cas ou le gestionnaire était en lien au quotidien avec un autre professionnel que le pilote qui pouvait devenir un vecteur important d'information.

Par ailleurs, une très large majorité des gestionnaires ont rapporté que l'information ne redescendait pas en intra-services via les représentants présents aux tables de concertation.

« Je pensais que cela serait plus simple et que les partenaires au vu quand même de la réunion sur les tables tactiques et stratégiques, puisqu'ils ont quand même signé cette convention, je pensais que voilà, l'information serait descendue aux professionnels de terrain, il semble quand même que cela ne soit pas tout à fait le cas c'est-à-dire qu'ils découvrent la gestion de cas au moment où l'on se présente et ils découvrent la MAIA un peu de la même façon, voilà. Donc, c'est vrai que là, là il y a déjà quand même un petit écart, moi je pensais que c'était quelque chose qui allait, qui allait, pas

couler de source, mais en tout cas sur lesquelles je ne pensais pas qu'il allait falloir réexpliquer ce qu'était la MAIA, la gestion de cas, notre rôle dans ce dispositif-là. » (GC site O)

« La difficulté c'est qu'en table tactique et en table stratégique, mais surtout tactique, c'est que les gens se connaissent, sont sur des relations professionnelles ou personnelles proches et du coup cela ne redescend pas forcément dans les services. » (GC site H)

Ce constat d'une implication imparfaite au niveau des tables de concertation a pu provoquer le souhait de certains gestionnaires de cas d'être associés de façon plus officielle aux tables de concertation et aux groupes de travail. Bien sûr, cette « revendication » peut interroger le lien entre pilote et gestionnaires de cas.

« Je pense qu'on aurait pu participer à chaque table, être là en tant que spectateur, être invité, mais bon je ne sais pas si c'était nécessaire mais je pense que cela nous aurait aidé si on avait été une fois à la table stratégique, une fois à la table tactique, une fois au groupe de travail, enfin on a été présenté à un groupe de travail, il y a eu juste une fois où on a été, mais je pense pour mieux comprendre l'enjeu du territoire, mieux comprendre comment la MAIA peut fonctionner, cela nous a quand même manqué, on aurait dit qu'on nous cachait un petit peu, qu'on était pas à voir, on la ressenti un peu comme cela. » (GC site F)

« Je trouve dommage de ne pas être invité aux groupes de travail, c'est peut-être couillon, mais c'est pas pour être partout mais c'est pour comprendre si on avait été associé à la réflexion cela m'aurait aidé à penser le truc, le dispositif et à y entrer aussi parce que j'en fais partie, parce que la gestion de cas fait partie de la MAIA, voilà, je me sens un peu trop à l'écart du dispositif et souvent quand il y a eu des groupes de pilotage, des machins, je trouve dommage d'être autant à l'écart de cela parce que cela ne m'aide pas à entrer dans la MAIA et quand les partenaires nous posent des questions sur la MAIA pure, souvent on est un peu en difficulté pour y répondre parce qu'on ne sait pas trop » (GC site C)

10.7. La définition de la population cible et le guichet unique

La plupart des gestionnaires de cas ont estimé qu'il était difficile de définir *a priori* la population « en situation complexe », celle relevant de la gestion de cas.

10.7.1. Pas de définition reconnue

Le premier obstacle tient au fait que chaque partenaire a sa propre définition de la complexité (cette définition étant elle-même le plus souvent très floue)

« Chaque professionnel a sa propre définition de la complexité et c'est facile de rendre une situation complexe quand on veut nous la refiler. » (GC site M)

« C'est hyper difficile de définir une situation complexe ou pas, on peut trouver les meilleurs critères du monde, on met tous des choses différentes derrière des critères que si quelqu'un coche conflits familiaux par exemple, on met des choses différentes derrière et pour moi c'est une grande question de savoir comment on va se mettre d'accord en plus au niveau national sur des critères qui seraient infaillibles, pour moi c'est pas infaillible en fait, il y a une situation où on ne savait pas, au téléphone d'après les éléments qu'on avait, on ne savait pas si c'était complexe ou pas ». (GC site C)

« La complexité c'est complexe parce que chacun a plus ou moins sa définition de la complexité, donc forcément d'un service à un autre, la situation peut sembler complexe. J'ai envie de dire aussi, si on veut se débarrasser d'une situation on arrive facilement à trouver des critères de complexité. » (GC site J)

10.7.2. La première visite ne suffit pas

Les gestionnaires de cas ont exprimé la difficulté à circonscrire exactement les facteurs explicatifs de la complexité d'une situation y compris après l'utilisation de leur outil d'évaluation.

« C'est pas au bout d'une fois que je vais dire, je n'y vais pas en disant il faut que tu détermine d'emblée si c'est complexe ou pas, parce que j'ai eu plusieurs fois l'expérience où au départ les choses pouvaient sembler assez simples et personnellement au fil du temps et quand on creuse, on voit la personne à des moments différents donc dans des états différents, et on voit que ce n'est pas du tout ce qu'on pouvait imaginer au départ, la complexité d'emblée parce que bien sûr je me fis quand même aux critères qui ont été établis, il y en a quand même eu, mais au final toutes les situations que je suis correspondent aux facteurs de complexité établis et pour autant dès le départ tout n'était pas si clair que cela. » (GC site D)

10.7.3. Critères de complexité

10.7.3.1. Les aidants épuisés ou trop nombreux

La situation de la personne a pu être décrite comme complexe du fait de la situation des aidants.

« L'épuisement de l'aidant c'est une partie effectivement, parce que dans la gestion de cas ma petite expérience c'est peut-être plus une gestion de cas la famille qu'une la gestion de cas de la personne...quand tu arrives à un certain stade dans la maladie où la personne ne prend plus de décision, c'est la famille avec des personnalités un petit peu fortes, à ce moment là c'est plus, enfin je me trompe peut-être mais c'est juste la gestion à ce moment là de cette forte personnalité qui elle intervient sur le malade, qui est à gérer et que le malade lui-même. Voilà il est complètement inséré dans son environnement, et ce n'est plus lui qui est vraiment, je ne sais pas, enfin je n'ai pas l'impression de répondre à ses besoins, je les connais pas, je n'ai pas réussi à les identifier, mais voilà, c'est l'aidant principal qui est la ressource, et c'est l'aidant principal qui rentre complètement dans le cadre de la gestion. » (GC site I)

« Moi je trouve que ce n'est pas parce qu'il y a de la famille que forcément, parce que parfois justement il y a de la famille mais qui, parfois trop d'enfant, beaucoup d'enfant veut dire plus de complexité parce que chacun y va de son interprétation, ils ne s'impliquent pas de la même façon, il y a des conflits familiaux, il y a souvent l'éloignement de la famille. » (GC site D)

10.7.3.2. Troubles cognitifs et/ou du comportement

Les gestionnaires de cas ont tous rapporté que les personnes dont ils s'occupaient souffraient majoritairement de pathologie neuro-dégénérative.

« Le truc commun, c'est quand même toujours troubles cognitifs et surtout troubles du comportement qui sont à la limite pas tant, plus les troubles du comportement que les pathologies cognitives, je trouve parce que c'est souvent les troubles du comportement qui font que la situation devient compliquée pour les aidants et le vécu au quotidien, je trouve. » (GC site E)

« L'absence d'entourage, la présence de troubles cognitifs non diagnostiqués ou diagnostiqués aussi, mais non diagnostiqué, des fois quand il y a déni de la personne ou de la famille sur la maladie. » (GC site A)

10.7.3.3. Coordination des professionnels difficiles

La difficulté de la coordination elle-même a été citée par les gestionnaires de cas comme facteur de complexité. Ces difficultés pouvaient être en lien avec l'accès à la zone géographique

« Moi je vois plus sur l'intérieur des terres, peut-être l'éloignement géographique des gens en milieu rural, vont être loin des structures, peu de mobilité, cela n'arrange pas non plus selon là où on se retrouve, la même problématique près d'une structure et loin, c'est plus difficile à gérer. » (GC site A)

Une façon d'aborder cette problématique était le constat que parfois l'ajout de nouveaux services ne simplifiait pas la situation.

« Il faut qu'on sente la chronicité dans la complexité pour avoir travailler quand même pas mal de temps sur le réseau, on se dit qu'une situation peut-être complexe, mais elle va se résoudre avec un petit quelque chose, un matériel, un professionnel,, alors qu'elle peut-être très, très complexe à la base, donc il faut aller au-delà à chaque fois, donc finalement cette situation elle n'est pas complexe parce qu'elle s'est résolue avec un matériel ou un changement du professionnel, ou une adaptation du plan d'accompagnement du C.G. enfin bon nous à la différence c'est vraiment de la complexité mais sur du chronique, sur du long terme et cela c'est vrai que dans l'analyse, dans la rencontre, dans le temps qu'on y passe, on pourra le ressentir. On sent que cela ne suffira pas de mettre un service en place matériel pour que la situation soit stabilisée. » (GC site J)

L'autre façon était de s'intéresser à caractériser les difficultés rencontrées par les professionnels

« Je pense que ce qui peut-être un indicateur aussi, c'est si la personne a déjà été suivie par des partenaires qui nous l'orientent, c'est aussi de discuter avec ces partenaires pour voir, pour approfondir ce qui a pu eux leur poser des difficultés, discuter pour savoir pourquoi eux nous l'orientent, je pense qu'il y a à affiner peut-être le pourquoi... Moi je pense que la complexité c'est quand tous les partenaires se sont déjà donnés la main, et qu'ils n'ont pas réussi. » (GC site D)

10.7.3.4. Superposition de problématiques

Pour certains gestionnaires de cas c'est l'accumulation de problématiques de nature différentes qui constituaient la complexité de la situation.

« Peut-être là, la difficulté pourrait être une superposition de difficultés qui sont d'ordre, qui pourraient être d'ordre médical, social, psycho-social, environnemental, familial. Je crois qu'il n'y a pas qu'une définition de la complexité, cela peut se décliner différemment. » (GC site O)

« Pour moi il y a plusieurs critères, c'est une personne généralement qui est dans le déni, qui peut mettre en échec la plupart des professionnels. Une situation sociale précaire, isolée parfois, pas d'aidant, avec un projet de vie où elle veut rester à domicile et du coup c'est précaire. Ou alors cela peut-être une multitude d'intervenants et chacun travaille dans son coin et c'est très difficile de les coordonner avec des conflits familiaux, l'épuisement des aidants. » (GC site N)

« Je dirais qu'il y a certains critères qui sont irréfutables comme l'isolement, je dirais qu'une personne qui présente une pathologie Alzheimer et qui est isolée pour moi d'emblée c'est pris en considération, une absence de médecin traitant, des pathologies associées comme par exemple un diabète, un problème rénales, ou un problème cardiovasculaire, d'emblée cela majore une situation et elle me fait dire qu'elle est d'emblée complexe. » (GC site D)

10.7.4. Un Guichet intégré non fonctionnel

Dans les sites MAIA ou le guichet intégré n'était quasiment pas implanté, le début de la gestion de cas a presque toujours provoqué une situation de tension qui a nécessité la mise en place de « réunion d'inclusion » afin de diminuer les tensions mais au risque de diminuer la réactivité de la réponse à la demande. Lorsque le guichet intégré a été mis en place les premiers constats sont l'élargissement de l'origine des demandes d'inclusion en gestion de cas et une préoccupation plus grande de l'ensemble de l'équipe de gestion de cas sur les critères d'orientation (sélection d'une population fragile suffisamment tôt).

Les processus mis en œuvre pouvaient parfois être mis en défaut (notamment dans l'exemple suivant par la représentation qu'avait le gestionnaire de cas de la situation des personnes « extrêmement » âgées).

« Oui, la petite dame, je ne vais pas donner de nom. Donc effectivement j'ai pris un signalement et c'est une dame très, très âgée, et je crois que j'ai un petit peu focalisé sur cet âge et donc voilà je suis rentrée dans une situation avec des stéréotypes et je me suis dit tiens il faut aller voir et bon c'est une petite dame qui est en pleine forme, qui va très bien, qui n'a pas de troubles cognitifs, qui a un peu d'arthroses et qui a besoin d'une aide ménagère, cela s'arrête là. » (GC site I)

Les premières orientations ont le plus souvent été faites dans un contexte de situations aiguës, sans anticipation, ce que les gestionnaires de cas regrettaient.

« Moi c'était surtout au départ les services d'aide à domicile qui nous ont sollicité et souvent dans des situations oui, très, très compliquées, on a, on a eu, oui, il y a d'autres situations maintenant qui sont plus de prévention, cela commence, mais on a vraiment eu des situations où fallait être, qu'on appelle situation renforcée où il fallait être voilà, trouver des solutions où c'était vraiment difficile à domicile donc c'est là où on nous a fait appel, et cela aussi c'est un peu comment dire violent parce que des situations où il y a pas de solutions, personne n'a trouvé de solutions, on s'est dit ah bien tiens les gestionnaires arrivent, ah bien tiens on va leur donner, on sentait cela, quoi, ah » (GC site F)

« Et c'est vrai que là on essaye un peu de réajuster, je dirais au niveau signalements, pour essayer d'arriver un peu plus en amont parce que, parce qu'on s'est rendu compte que le temps, par exemple le temps d'évaluation et bien souvent on commençait à faire avant d'avoir pris le temps de l'évaluation parce qu'il y avait de la demande de la part des aidants parce qu'ils avaient besoin que quelque chose arrive maintenant. » (GC site E)

Parfois, les processus « guichet unique » non fonctionnels conduisaient à des populations différentes entre gestionnaires de cas, dépendant d'avantage de la profession initiale du gestionnaire de cas que de tout autre paramètre.

« Moi globalement ils sont plutôt, mais on n'a pas les mêmes situations avec ma collègue, c'est marrant, c'est très typé. » (GC site F)

Enfin il est arrivé que les gestionnaires de cas eux-mêmes n'ayant pas bien appréhendé le processus de guichet intégré et probablement insuffisamment articulé dans leur action avec celle du pilote ait été à l'origine de dysfonctionnement important de l'orientation en donnant par exemple un accès direct à certains partenaires en dehors de tout contrôle.

« C'est passé par, tiens on m'a dit clairement, il faut bien que tu travailles donc tu n'as qu'à t'occuper de ces gens là, ils sont Alzheimer, sinon je suis passée un petit peu en force de temps en temps où j'ai dit je vais prendre cela, c'est passé comme c'est passé, voilà, les autres, et donc de toute façon maintenant le CG est intervenu, et ouvre petit à petit aux autres partenaires et j'ai donné mon

numéro de téléphone professionnel aux autres partenaires, maintenant ils me contactent directement. » (GC site D)

10.8. Relation avec le pilote et/ou promoteur

Une très large majorité des gestionnaires de cas se disaient satisfaits et très satisfaits de leur collaboration avec le pilote. La moitié d'entre eux mettaient en avant leur disponibilité. Plus de 80% ne se considéraient pas dans un lien hiérarchique avec eux. Il n'apparaissait pas de demande d'un pilote clinicien de la part des gestionnaires de cas dans les sites où le pilote ne l'était pas.

La taille des sites influençait la relation pilote-gestionnaire de cas. Dans les petits sites, la proximité entre pilote et gestionnaire de cas était plus étroite. Le pilote se trouvait impliqué un peu sur « chaque cas ». Dans les grands sites, il a été vécu souvent comme plus éloigné. Cet éloignement était jugé problématique quand les réunions entre gestionnaires de cas de cas sont trop espacées.

Dans la majorité des sites, le porteur apparaissait présent au-delà de son rôle d'employeur pour les gestionnaires de cas. Il était souvent présent sous la forme d'un encadrement clinique et/ou du contexte local. Certaines équipes ont exprimé le besoin d'un regard extérieur autre que les gestionnaires de cas et le pilote.

Le lien entre pilote et gestionnaire de cas bien que globalement jugé positif n'était pas toujours très clair.

« Un bon lien, c'est vrai que l'on s'entend bien, eh bien c'est un bon pilote donc le lien, c'est vrai qu'on a un lien quand même assez proche, enfin on est proche, puisque c'est vrai qu'elle me coache bien et comme elle est très investie et très motivée et que moi aussi, du coup cela marche bien et on se comprend bien. » (GC site K)

« Ce qui est difficile c'est qu'elle est censée être au même niveau hiérarchique que nous, mais moi j'ai tendance à dire mon chef quand j'en parle, c'est difficile parce que légalement parlant ce n'est pas ma chef, mais quelque part par moment on est obligé de lui rendre des comptes, si on sen va, si on a besoin de partir plutôt, on est obligé de rendre des comptes. Et je pense que ce flou ne l'aide pas non plus, elle aussi à se positionner par rapport à nous, sur quelle autorité elle a sur nous, je crois que cela n'est pas, cela ne pose pas vraiment problème, il y a pas de problème majeur, mais c'est un peu nébuleux. » (GC site C)

10.8.1. Le pilote répond aux besoins des gestionnaires de cas

Nos interlocuteurs nous ont rapporté un bon niveau d'implication des pilotes dans le déploiement de la gestion de cas.

« Quand on lui dit on a un manque par rapport à telle ou telle pratique dans le cadre de l'inter module notamment, elle a organisé un petit peu la rencontre avec des professionnels comme une diététicienne, une avocate, une ergo, le service de soins palliatifs donc c'est vrai que lorsqu'on dit, elle essaye de répondre à nos besoins, à nos demandes. » (GC site L)

« En en parlant avec elle, ce n'était pas tellement un problème d'autorité mais d'implication qu'elle devait avoir dans notre suivi dans les dossiers qu'on avait, c'est vrai qu'on a [des] caractères complètement différents, il y a des gens qui ont besoin d'un soutien de quelqu'un, très à fond dans les dossiers, il y en a d'autres qui sont très autonomes et qui veulent juste rendre des comptes parce qu'il faut rendre des comptes à un moment donné, donc il y a ce positionnement pour elle aussi il est dur par rapport à nos trois personnalités différentes, en en discutant avec elle, c'était là où elle me demandait, quand j'en ai parlé avec elle, si elle considérait par rapport à son positionnement par rapport à ce que j'attendais moi, si cela me convenait je crois que le construire comme cela ça peut-être bien, mais ce n'est pas en terme d'autorité le problème, pour moi. » (GC site C)

10.8.2. Remontée d'information

La relation des gestionnaires de cas aux pilotes était marquée par la possibilité pour les pilotes d'être le véhicule de « remontée d'information » vers les tables de concertation et la CNSA.

« C'était plutôt dans le sens où elle nous sollicitait beaucoup sur notre avis sur les outils, sur notre vision des choses, elle nous laisse la possibilité de pouvoir exposer ce qu'on pense, ce qu'on vit, elle est beaucoup en demande de notre retour, de pratique, sur les outils, et puis comme nous la phase expérimentation, elle a des impératifs à faire remonter, on travaille cela ensemble. » (GC site L)

« Le promoteur c'est le décideur alors que le pilote c'est le lien entre l'expérimentation et la CNSA, le promoteur c'est le décideur au niveau local. » (GC site N)

10.8.3. Le pilote comme animateur d'équipe

L'image dominante du pilote pour les gestionnaires de cas dans tous les sites résidaient dans sa capacité à animer l'équipe et à « l'encadrer ». Dans le site où cette animation était jugée insuffisante, elle apparaissait comme un manque pour les gestionnaires de cas.

« Moi ce qui me manque c'est un encadrement par rapport à notre fonction, c'est difficile de savoir vers quoi on va, il y a quand même beaucoup de choses à construire, et ce que j'aimerais c'est que la pilote puisse aussi nous accompagner dans la construction de notre identité professionnelle et qu'elle fédère aussi l'équipe et je sais qu'elle a tellement de travail que justement ce n'est pas quelque chose auquel elle peut se consacrer aujourd'hui, ce n'est pas du tout de sa faute, je le sais bien, mais son manque de temps ne permet pas cela. » (GC site D)

« Je pense qu'ici cela a été un peu la Rolls dans le sens où la pilote avait quand même vachement bien préparé le terrain, je ne vais pas faire de compliment mais c'est la réalité et puis en même temps il y a quand même une super coordination, comme je vous le disais tout à l'heure sur [nom de la grande ville], et puis il y a quand même beaucoup de structures qui accueillent les personnes âgées » (GC site K)

10.8.4. Besoins d'un regard extérieur en plus du pilotage

Il est apparu nécessaire pour les gestionnaires de cas d'avoir à un regard extérieur sur le suivi de leur situation en plus de l'approche interdisciplinaire en gestion de cas et du pilotage. Ce besoin est lié à la complexité des situations pour avoir une aide à la prise de décision.

« Là-dessus, je voudrais revenir, j'en ai parlé à la pilote, je me sens isolé quand même puisque c'est une profession nouvelle dans la prise en charge de certaine situation, on en parle entre nous mais cela ne suffit pas, j'aimerais avoir une régulation ou, c'est des situations qui me posent des problèmes éthiques, est ce que c'est la bonne stratégie ?...à partir de quel moment le maintien à domicile n'est plus possible ? » (GC site C)

« Moi j'avais demandé à ce qu'il y ait un temps de supervision par rapport aux situations avec l'idée que ce soit par un professionnel extérieur parce que je trouve que parfois les situations sont tellement complexes, et qu'on aurait presque besoin d'un éclairage de quelqu'un qui ne soit pas dans la gestion de cas et qui puisse nous apporter un regard extérieur. » (GC site D)

Par ailleurs, dans 75% des sites, il existait une compétence médicale facilement mobilisable pour les gestionnaires de cas. Il est difficile de savoir s'il s'agissait d'une demande des gestionnaires de cas ou bien des pilotes ou bien qu'un médecin sur place ait proposé d'apporter son soutien. Il était possible de classer ces médecins mobilisables en 3 groupes avec les gériatres qui faisaient partie du

pilotage (50%), les médecins des EMS APA (35%) et des gériatres partenaires (15%). Ils pouvaient faire le lien avec les médecins traitants et les sites hospitaliers. Dans plus des 2/3 des cas, ce médecin était sur le même lieu de travail que les gestionnaires de cas.

« Il y a des moments c'est des terrains minés, si on appelle en direct on va se faire jeter alors si on fait appeler Dr [X] il va passer par le réseau et hop c'est bon cela passe. C'est vrai que moi j'avais eu un souci avec une assistante sociale de secteur, et en en discutant avec [X et Y], moi je ne savais pas forcément les fonctions de l'assistante sociale, les limites et ce que moi je pouvais faire, cela ouvre bien les portes. » (GC site H)

10.9. Les facteurs liés à l'implantation de la gestion de cas

10.9.1. Approche multidisciplinaire

L'ensemble des résultats des focus groupes semble souligner que cette approche paraissait être un élément déterminant du succès du dispositif.

« Il faut avoir une mixité et je crois que c'est cela la richesse, je m'en rends compte dans certaines situations où tu m'aides beaucoup, et le fait que l'on soit dans le même bureau, hop je peux te déranger, hop bien sur, et on se pose des questions comme cela mutuelles et je me dis qu'heureusement qu'on n'est pas de la même profession quoi, parce qu'on aurait été, enfin je ne sais pas, mais moi je pense que j'aurais eu une collègue infirmière je pense qu'on aurait pu se tirer sur un désaccord de soin, mais pas avancer, pas avancer sur quelque chose, mais là on avance et l'une et l'autre, enfin moi c'est comme cela que je le sens. » (GC site E)

10.9.2. Taille du territoire

Le grand territoire avec une organisation différente d'un site à l'autre apparaît comme un facteur négatif sur l'interdisciplinarité interne.

« J'ai l'impression d'être un peu seule surtout que je travaille avec [n] CLICs [...] donc j'essaye d'organiser de faire une journée par CLIC mais je me sens complètement, je me sens arrivée comme un cheveu sur la soupe partout, je me sens perdue, j'ai l'impression d'être seule dans mon truc, c'est un peu difficile. » (GC site D)

10.9.3. Formations communes et construction outils

Les deux paramètres importants au développement de la gestion de cas dans l'expérimentation ont été la formation organisée en module en commun pour tous les gestionnaires de cas de toutes les MAIA et la construction commune d'outils.

« Nos excursions, il faut être honnête, cela a créé du lien tout de suite, la première fois c'était à Paris quand on s'est rencontré, donc cela crée du lien forcément, il y a une cohésion, il y a une formation commune, une façon de voir commune qui fait qu'on a un lien forcément. » (GC site L)

« Oui. Le mardi aussi on a travaillé sur le PSI, on fait pleins de truc ensemble, sur notre inter module on réfléchit ensemble, sur le PSI, il y a pleins de trucs. (GC site H)

10.9.4. Difficultés de positionnements sur des situations complexes

Paradoxalement la difficulté à se positionner et à définir l'ensemble des concepts a poussé les professionnels à compter les uns sur les autres, ce qui peut être vu comme un facteur ayant finalement participé au développement de l'interdisciplinarité.

« Des fois je pense que l'on peut-être en grande difficulté et des fois il y a des situations tellement complexes qu'on ne peut pas les laisser au boulot des fois, et heureusement qu'on travaille en équipe, qu'il y a une bonne équipe, qu'on peut en discuter tous ensemble et que cela fait bien avancer les choses. » (GC site H)

« Quand on rentre, on dit j'ai fait cela, c'est plus quand nous avons des questionnements, des questions sur ce qu'on a mis en place, est ce que c'était bien ma place en tant que gestionnaire de cas, c'est des choses qui reviennent souvent, est ce que tu penses que cela fait partie de la gestion de cas si je fais cela, est ce que je ne dépasse pas. » (GC site N)

10.9.5. Le réseau de partenaires

La construction du réseau de partenaires était considérée comme une tâche ardue nécessitant un ensemble de grandes qualités mais surtout celle de la négociation (« jonglage »)

« Il faut aller vers les gens, il faut savoir être diplomate, il faut savoir être humble, il faut savoir être souriant, enfin je veux dire que cela demande quand même beaucoup de qualité d'être gestionnaire de cas pour ma part, pour les autres je n'en sais rien, donc c'est vrai que ce n'est pas toujours évident

non plus, donc il faut être un peu habile quoi, et puis il ne faut pas non plus être trop en retrait, il faut jongler, c'est un jonglage je dirais. » (GC site K)

Cette construction a été jugée d'autant plus difficile que les gestionnaires de cas n'exerçaient leurs fonctions que depuis peu de temps à l'inverse de certains professionnels.

« Tout dépend de l'attitude de la personne à qui on a affaire aussi, il y a des gens avec qui cela se passe tout de suite mieux, et il y a des gens c'est un peu plus compliqué, s'il y a des gens qui suivent la personne depuis dix ou 15 ans et qui la connaissent par cœur, et qui font des choses par automatisme c'est un peu plus compliqué de faire passer un message que quand vous mettez une équipe en place, que vous arrivez chez la personne il y a rien de fait et c'est vous qui mettez en place, c'est quand même beaucoup plus facile à ce niveau là. » (GC site H)

Pour le moment, les méthodes de concertation (tenue de réunion notamment) n'étaient pas parfaitement connues des gestionnaires de cas quelle que soit leur profession d'origine.

« Eh bien en fait, elle s'est relativement bien passée, il n'y avait pas de souci, mais il me manquait un apport théorique et je l'ai demandé au docteur [X]. Qui nous l'a fait du coup, sur, comment appréhender, comment l'organiser, mettre un objectif sur la réunion, un ordre du jour, enfin moi cela je n'avais pas fait, même si j'avais un plan de déroulement de cette réunion, voilà je n'avais pas, il me manquait de, d'apport théorique pour savoir comment on organise une réunion de synthèse ou une réunion inter-partenaire. » (GC site O)

« C'est entre nous, qui fait l'ordre du jour lorsque la réunion se passe dans..., c'était l'idée si on doit mener une réunion de concertation, pouvoir s'entraîner aussi. Cela ne nécessite de la discipline » (GC site L)

Les outils cliniques eux-mêmes ont pu être cités comme facteur d'engagement des partenaires.

« Je m'appuie beaucoup sur les outils pour présenter au niveau de la gestion de cas ce que je mets en avant c'est les outils et le fait qu'on recense dans un même outil qui est le SMAF les évaluations de plusieurs professionnels, c'est notre point de vue et c'est aussi aller chercher l'expertise là où elle est,

l'aide à domicile, l'infirmière, donc c'est intéressant pour les partenaires en présentant comme cela, il me semble qu'ils se sentent davantage impliqués dans le procédé. » (GC site L)

Enfin, bien sûr, c'est l'expérience d'une collaboration fructueuse qui constituait le facteur le plus important d'engagement des partenaires.

« Moi je pense que les partenaires avec qui on a pu travailler ils se sont rendu compte de ce qu'on pouvait apporter sur des situations et qui posaient problème avant qu'on arrive en fait, après on n'est pas des supers héros, mais dans la façon dont on gère les situations ils se sont rendu compte que par notre positionnement, le fait de remettre tout à plat et de repartir de rien, de ce que voulait vraiment la personne, ce a permis de débloquent des situations qui étaient enlisées depuis un moment et je pense que du coup ces partenaires là ils nous ré interpellent sur d'autres situations en se disant que notre travail va leur apporter une plus value, je pense que cela c'est un caractère incitatif à la gestion de cas, les obstacles c'est qu'on bouscule un peu les habitudes de travail de chacun, chacun avait sa petite routine. » (GC site J)

« L'échange de pratique, ils ont vu qu'on n'était pas des charlots, quand on a eu des dossiers en commun, cela c'est toujours bien passé. On a fait l'effort aussi d'aller vers eux, d'aller dans leur bureau physiquement, ils ont fait des efforts aussi, c'est de par et d'autre. » (GC site C)

« Il faut qu'on fasse nos preuves, il faut que les partenaires voient la plus value et je dirais même nous, parce qu'il y a des fois j'ai des doutes, il faut vraiment, même pour nous on est du concret derrière cette gestion de cas, parce qu'on est vraiment au début, du début. Il faut que les partenaires voient réellement ce qu'on fait, quand on leur explique cela reste encore théorique. » (GC site N)

10.9.6. La légitimité

Les facteurs de légitimité sont multiples et non exhaustif : au niveau national, stratégique, tactique, et des partenaires.

Certains gestionnaires de cas ont pu pointer que le défaut d'affichage de la nouvelle fonction au niveau national a pu être un frein à leur propre légitimité.

« Eh bien on va dire la reconnaissance officielle du poste de gestionnaire de cas en France, de la place du gestionnaire de cas, de l'utilité de la place de la gestionnaire de cas, un agrément national. » (GC site K)

Tous les gestionnaires de cas ont insisté sur la légitimité conférée par les tables de concertation. Lorsqu'elles sont en cours de construction ou non réellement fonctionnelles, cette légitimité apparaissait diminuée.

« Les GC sont en demande d'une « officialisation » de leur rôle et pratiques. » (GC site M)

Enfin certains gestionnaires de cas appuyaient leur légitimité sur celle de la structure porteuse ou d'une tierce personne

« Mais c'est aussi parce qu'on porte l'étiquette du conseil général à mon avis, qu'on a une légitimité au départ » (GC site E)

« C'est une A.S. de secteur qui est ici au départ, et cela fait trente ans qu'elle est sur la région donc elle, elle est complètement légitimée grâce à elle, j'arrive à me légitimer progressivement parce qu'elle m'a fait connaître aussi quand même, elle a accepté mon arrivée, heureusement, mais cela se fait doucement. » (GC site K)

Parfois la légitimité pouvait reposer sur « l'équipe » plus que sur l'individu. L'équipe était alors identifiée grâce à un savoir spécifique (sa formation), à une compétence particulière (les outils) ou encore par des pratiques cliniques communes et un langage commun. Ces phénomènes étaient perceptibles dans les équipes de grande taille. Ailleurs, la légitimité s'acquerrait souvent seul

« Moi je trouve aussi que la légitimité on l'acquiert aussi à titre personnel à chaque fois qu'on, qu'on travaille sur une situation c'est aussi, ce n'est pas seulement au niveau en haut, stratégique qui a, bon on a doit l'avoir cette légitimité officielle. » (GC site E)

« Pour nous légitimer, en montrant le travail qu'on accomplit avec des écrits...si vous voulez, il faut qu'on arrive à montrer notre plus value, ce qu'on est, pour qu'après les gens ils disent eh bien oui, c'est bien, mais comme cela, les premiers temps, c'est comme on dit un peu il y a une espèce de violence d'imposer un petit peu notre concept chez les gens qui n'ont pas été au courant avant, trop et on se dit est ce que cela va être, ils vont nous prendre pour des gens un peu toqués » (GC site F)

11. Outils dévaluation de planification et échange d'informations

11.1. Outils d'évaluation et PSI

11.1.1. Implantation centrée sur la gestion de cas

Globalement les outils cliniques de gestion de cas étaient perçus dans leur dimension clinique mais assez rarement dans leur dimension intégrative par l'ensemble des personnes interrogées (pilote, promoteur et gestionnaire de cas).

L'enjeu était moins de développer un langage commun, de développer un cadre d'analyse commun des problématiques que de donner aux gestionnaires de cas les outils cliniques les plus aboutis possible

« Chez nous, l'outil c'est le [nom de l'outil], pour le moment cet outil là c'est l'outil des gestionnaires de cas, si c'est cela l'implantation, il est implanté, mais ce n'est pas cela l'implantation, (...) je ne sais pas quoi te dire d'autre là-dessus, là personne d'autre n'utilise cet outil là » (Pilote N)

« Question : Dans quelle mesure estime tu que la composante outil d'évaluation multidimensionnelle est implanté ?

Pour les gestionnaire de cas j'ai l'impression que c'est un bon outil de travail, effectivement cela aide bien dans la lecture de la situation, il faut apprendre à sen servir aussi, à faire émerger la problématique mais de plus en plus elles sont à l'aise avec cet outil là, pour les acteurs qui sont habitués à ce type d'outil, de la même manière qu'elles présentent la synthèse. » (Pilote F)

« Au niveau de la gestion de cas, elle commence à s'implanter, parce que je pense que là [nom d'un gestionnaire de cas] elle commence à s'approprier l'outil, donc je pense que cela commence un petit peu à se mettre en route, après dans le cadre, notamment par rapport au guichet unique sur cela, c'est sûr que l'utilisation pure de l'outil d'évaluation multidimensionnelle je pense qu'on n'est pas du tout là. » (Pilote K)

Un des freins à l'extension du périmètre d'implantation était la coexistence actuelle de beaucoup d'initiatives au niveau des outils qui ne sont pas toutes cohérentes les unes avec les autres, soulignant ainsi la nécessité de la concertation tactique et stratégique dans l'implantation « réelle » des outils.

« Au départ je me suis posée la question au moment [de l'outil] de se dire l'idée c'est que tout le monde utilise la même chose, on verra dans quelques années, quand on aura un vrai outil à proposer,

même sur [l'outil] d'ici on est repassé, on a essayé de faire un outils parce qu'il y a une base Access qui reprend un certain nombre de données, donc on avait modifié l'outil, et on le remodifie encore dans l'autre sens, pour des indicateurs, donc les outils non, aujourd'hui chacun a gardé son outil, sachant qu'on est dans le même état d'esprit globalement, l'hôpital n'utilise pas le [l'outil], il utilise une autre grille. » (Pilote J)

11.1.2. Des dimensions peu claires et non prioritaires pour les pilotes

Les pilotes se sentaient fréquemment « peu concerné » par le choix de l'outil et par ses propriétés intégratives.

« Mais là je serais mauvais, je dirais joker, là je suis mauvais, ma conviction c'est qu'ils ne font pas que le SMAF, mais je ne sais pas exactement comment ils bossent et voilà, c'est à eux qu'il faut poser la question. » (Pilote H)

« Ce que vous attendez par une généralisation d'une implantation de l'outil d'évaluation, moi j'ai besoin qu'on retravaille là-dessus, j'ai besoin qu'on me donne des jalons [...] Techniquement, comment est ce qu'on y arrive, qui va l'utiliser, comment on va articuler cela avec les outils aujourd'hui déjà utilisés, notamment pour ceux qui utilisent des outils à ouverture de droit. » (Pilote N)

La question du périmètre d'implantation était parfois soulevée

« Pour moi [l'outil] était un outil des gestionnaires de cas, j'ai découvert ou cru comprendre plutôt récemment, la dernière fois ou la fois d'avant, en tout cas cette année, que cet outil devrait être étendu à tout ce eux qui font de l'évaluation [...] en tout cas je n'ai en tête aucune stratégie, ou aucune compréhension suffisante de ce que cela doit être, de comment cela doit s'articuler, de ce que cela veut dire que chacun devra utiliser [l'outil], qui chacun, comment, pourquoi et quid de ce qui se fait déjà, tout cela j'ai besoin qu'on en parle, ou je n'ai pas compris. » (Pilote N)

« Outil d'évaluation, il est pour elle un outil maîtrisé, vraiment quand je dis cela je le dis en étant absolument convaincu » (Pilote O)

Les gestionnaires de cas, quand à eux recherchait d'avantage un appui clinique (auprès du pilote ou parfois du promoteur voire de partenaires) au bon renseignement de l'outil, plus qu'ils ne considéraient que le pilote était lui-même concerné dans son action par les données collectées à

travers ces outils. Une des plus fréquentes motivations à utiliser un outil d'évaluation était que cette pratique était « demandée » par le modèle de gestion de cas, ce qui témoignait d'une relative faible motivation personnelle à cet usage.

« Je pense qu'ils [les gestionnaires de cas] ont commencé à comprendre vraiment l'intérêt [de l'outil choisi pour la gestion de cas] mais jusqu'à présent c'était plus une contrainte qu'un outil, maintenant ils font vraiment la démarche de se dire, d'abord j'évalue la situation dans son ensemble avec les outils que j'ai, avant, mais au départ, c'est normal, c'était la mise en place, mais ils ne se les étaient pas appropriés du tout et là je crois que c'est en train d'évoluer, ils commencent à voir vraiment l'intérêt de l'utilisation des outils. » (Pilote C)

« Alors cela c'est compliqué parce qu'on est les seuls à utiliser [l'outil choisi pour la gestion de cas], donc pour l'instant avec le PSI, on comprend plus la logique, on arrive mieux, enfin on voit mieux l'utilité parce qu'avant quand on n'avait pas, quand on ne pratiquait pas trop le PSI, on se disait c'est galère » (Pilote H)

Certains pilotes ont signalé que leur investissement était également limité par l'absence de gouvernance nationale claire sur les outils.

« D'abord on ne sait pas tellement quel est l'outil qui va être utilisé, généralisé entre guillemets quand je vois qu'on a, je vais dire ce que je pense, je dirais que je ne suis pas rassuré, parce que je ne sais pas du tout ce qui va nous retomber dessus, » (Pilote H)

Les promoteurs dans l'ensemble rapportaient des discours pauvres sur une dimension pour laquelle ils se sentaient globalement peu investis.

Néanmoins, les pilotes ont souvent été mis à contribution par les gestionnaires de cas dans un accompagnement à l'usage clinique, mais aussi parfois à l'adaptation de l'évaluation multidimensionnelle, parfois c'était le pilote lui-même qui pouvait être amené à « faire pression » pour l'usage clinique de l'outil.

« On a eu besoin de travailler sur [l'outil d'évaluation] vu que moi j'avais des indicateurs [de l'outil d'évaluation], j'ai voulu travailler avec [l'équipe de gestionnaire de cas], donc par exemple on s'est fixé un temps, j'ai dit maintenant on travaille cela et cela, parce que du coup on a voulu se faire des cas concrets » (Pilote K)

« Le suivi des gestionnaires de cas, le travail sur les outils, leurs outils donc cela c'est une bonne partie de mon temps on va dire. » (Pilote Q)

Les pilotes comme les gestionnaires de cas estimaient en général que les composantes outils cliniques (évaluation et PSI) étaient faiblement implantées dans leur territoire. Beaucoup de gestionnaire de cas et de pilote estimaient être encore au début du processus d'implantation et que c'était un processus long et lent.

11.1.3. Un intérêt pour certains partenaires.

Certains pilotes et gestionnaires de cas nous ont témoigné d'un intérêt de certains services pour les outils.

« Il y a le gros SSIAD qui est sur [un territoire], il y a les évaluateurs CRAM, au service APA c'est un outil qu'ils ont apprécié aussi, il leur a été présenté plutôt dans le détail, comment le resynthétiser derrière, quand on prend le temps il suscite un intérêt l'outil d'évaluation » (Pilote F)

« J'ai représenté [l'outil choisi pour la gestion de cas] et vraiment j'ai vu que cela captivait l'auditoire parce qu'en fait nombre de partenaires n'avait pas connaissance de ces outils et donc j'avais l'impression que pour certains partenaires, la légitimité des gestionnaires de cas prenaient sens au regard des outils qui sont quand même, qui explorent l'ensemble de la vie, et qui sont sanitaires, sociaux et que du coup, moi je n'avais pas pensé que j'aurais probablement dû le faire plus tôt. » (Pilote E)

« Ils se rendent compte que l'outil est intéressant, ils sont dans une phase où ils font de la promotion de l'outil parce qu'on c'est retrouvé l'autre jour avec [un SSIAD renforcé] on leur a vendu [l'outil choisi pour la gestion de cas] ils souhaitent en discuter, venir le voir, à part nous personne ne l'utilise. » (Pilote H)

« L'outil [choisi], il y a beaucoup de partenaires qui étaient allés voir sur Internet comment, à quoi cela servait, tous les items qui y étaient [...]ils sont demandeurs même par rapport [à l'outil choisi], et cela a été dommage parce que franchement on pouvait fédérer, ils étaient demandeurs de formation, et ils voulaient vraiment suivre [l'outil] avec nous, en nous disant nous on aimerait bien se former à l'outil, par exemple la clinique [nom de la clinique] qui fait du soin de suite, avait besoin d'un outil, ne savait pas vers quoi aller, on leur a montré sur papier, eh bien nous on serait intéressé, peut-être que

cela pourrait nous aider et cela a l'air bien, mais on n'a pas pu aller jusque là alors qu'on était tous dans les starting blocks parce qu'en fait la personne de Cherbourg m'avait recontactée et m'avait dit ok on peut venir sur [telle ville] faire de la formation, donc on avait [un partenaire tactique] qui avait inscrit son infirmière, on avait certains établissements avec leurs infirmières, on avait aussi certains SSIAD, et là aussi on aurait pu les fédérer, bon. » (Pilote A)

L'intérêt pour l'outil a pu toutefois être contrebalancé par l'asymétrie de l'information entre gestionnaire de cas et partenaires cliniques, qui paraissait un enjeu majeur de communication autour des outils.

« Ce qui est dommage c'est que comme il y a que nous qui l'utilisons quand on parle, quand on fait la présentation, on a l'impression que les gens nous regardent avec des grands yeux en disant attend ils nous disent qu'ils savent tout et que nous on ne sait rien, c'est un peu cela. » (Pilote H)

11.1.4. Usage des outils

Il existait des variations assez importantes de l'usage de l'outil entre les différentes équipes de gestion de cas : Il était possible de remarquer un site où l'usage des outils était exceptionnel en gestion de cas, un site où l'usage des outils était faible (mais en progression), la grande majorité des sites où la démarche de l'usage des outils n'était pas systématique mais majoritaire (10), deux sites où l'usage était très fréquent sans être totalement systématique et 3 sites où c'est le non-usage des outils qui était exceptionnel.

«Tous les signalements qui rentrent dans une inclusion en gestion de cas de toute façon bénéficient d'une évaluation multi dimensionnelle par cet outil-là, après les résultats sont utilisés et partagés avec les autres partenaires, » (Pilote I)

« Uniquement au niveau de la gestion de cas, [l'outil choisi] est implanté uniquement au niveau de la gestion de cas et je ne sois même pas persuadé qu'il soit dans toutes ces dimensions je pense qu'il y a des dimensions qui n'ont jamais été utilisées » (Pilote Q)

Il existait aussi des variations importantes à l'intérieur d'une même équipe

« Question : Dans quelle mesure estimez-vous que la composante outil d'évaluation multi dimensionnelle est implantée ?

Réponse : Je dirais qu'elle n'est pas implantée encore, on n'y est pas encore, il y a encore un gros chemin à parcourir. (...) Oui, gestionnaires de cas, d'une personne à l'autre, il y a une grande variante. (...) Pour moi je dirais, déjà pour les gestionnaires de cas elle n'est pas forcément implantée pour tout le monde, et aucune implantation en dehors de la gestion de cas. » (Pilote D)

« Je pense qu'il y a des parties qui leur sont pas faciles à aborder par rapport à cet outil, c'est là où on voit aussi l'origine professionnelle de chacune, celles qui sont issues du sanitaire aborderont les problèmes de santé de façon beaucoup plus facile, et pas forcément tout ce qui est du domaine social alors que celles qui sont d'origine sociale, ont beaucoup plus de mal à aborder les problèmes de santé et notamment tout ce qui concerne aussi les prescriptions.

Q. Le fait qu'il y ait un outil ne change rien ?

Mais je pense que si, mais je pense qu'il faut du temps ce n'est pas parce qu'il y a un outil et parce qu'on a, fondamentalement je pense que si cela va changer, mais pas du jour au lendemain, ce n'est pas parce qu'on met cet outil dans les mains d'une as que forcément elle va être à l'aise pour poser des questions sur la santé, sur le corps, sur la sexualité, sur la psychologie, et ce n'est pas parce qu'on le met dans les mains d'une ergothérapeute ou d'une psychologue qu'elle va se sentir à l'aise à poser des questions sur les revenus financiers etc.,(...) si pour moi cet outil il est positif à ce niveau là parce qu'il ouvre dans un champ qui jusque là était obscur, donc cela commence à éclairer mais j'allais dire que le recul que j'ai de chacune des gestionnaire de cas aujourd'hui n'est pas suffisant pour dire oui, l'outil il est compris et utilisé dans sa globalité, je crois qu'il va falloir encore plus de temps et encore plus de situation qui vont amener les gestionnaire de cas à utiliser l'outil dans des domaines qu'elles n'ont pas encore utilisé aujourd'hui, clairement si tu veux un exemple qui me revient par rapport à ces outils et qui font partie des demandes dans les critères de l'EPN, c'est une connaissance sur les traitements et notamment sur les neuroleptiques et sur les... un nom déjà que les as ne connaissent pas, je vais dire que ces deux questions n'ont jamais été posées par les gestionnaire de cas ici, elles ne vont jamais aussi loin dans le questionnement sur le traitement » (Pilote Q)

Plus encore, le même gestionnaire de cas pouvait parfois reconnaître ne pas avoir tout le temps la même attitude avec l'outil d'évaluation ce qui soulignait une faible représentation de l'intérêt de la standardisation et de la systématisation.

11.1.5. Facteurs liés à l'implantation de l'outil

Les facteurs explicatifs de l'implantation de l'outil d'évaluation multidimensionnel ne faisaient pas partie explicitement du mandat des experts puisque par ailleurs et en parallèle, une étude financée par la CNSA et la FCS avait pour objet d'étudier cette question.

Les difficultés spontanément rapportées lors des entretiens avec les pilotes, les promoteurs ou les gestionnaires de cas et notées par les observations réalisées sur site tenaient à :

- la formation jugée insuffisante
- une confiance limitée dans les résultats de l'outil
- la lenteur du processus d'évaluation
- l'absence de légitimation de l'outil dans les circuits d'accès aux droits, aux soins ou aux aides conduisant de facto à une tendance à la multiplication des évaluations
- l'usage sur une autre partie de son temps d'autres outils cliniques
- aux règles de partage d'information autour de l'évaluation
- au manque de légitimité des gestionnaires de cas « *Les outils à partager, ça paraît prétentieux aujourd'hui car je ne suis pas encore légitime* »

11.2. Plan de services

Globalement la pratique du plan de services individualisé s'implantait plutôt plus facilement que la composante outils

« J'ai fait la formation PSI, j'ai dit putain, cela donne du sens à du sens, du sens sensé, du sens direction, je suis fan, c'est le tableau de bord, c'est vraiment, c'est le poste de conduite, et tu as les indicateurs, les trucs, les évolutions, tu as la route, tu as les rétros, mais le [nom de l'outil] j'ai vu le truc si tu veux, et puis c'est intéressant, c'est comme le mec qui est mal organisé tu lui proposes une super sacoche avec des petites poches, des rangements, là je peux mettre ci, je peux mettre cela, voilà comme je vois aujourd'hui le [nom de l'outil], qu'il puisse ouvrir son sac, et qu'il puisse savoir exactement tout ce qu'il a dans tous les domaines » (Pilote N)

« Je pense qu'ils s'y mettent maintenant qu'on l'a retravaillé, qu'on la mise à notre sauce et d'ailleurs demain on refait un groupe de travail là-dessus parce que moi je trouvais qu'ils ne l'utilisaient pas assez, alors bien sur c'est un des objectifs de l'expérimentation mais au-delà de cela je pense que cela peut vraiment être un outil et de planification pour eux et de partage » (Pilote G)

Les gestionnaires de cas semblaient trouver dans cet outil clinique une certaine spécificité liée à leur tâche de coordination des intervenants.

Il n'y avait pas d'outil PSI pré-formaté pour l'expérimentation. Les pilotes ont rapidement échangés entre eux autour d'un outil utilisé à titre d'exemple pendant la formation en gestion de cas (cet outil

remplissait les exigences de l'EPN). Il s'en est suivi sur plusieurs sites un travail de reformulation du PSI pour différents motifs (difficulté de compréhension des verbes, clarification pour une meilleure compréhension, simplification...). Ce travail, toujours réalisé en équipe a été rapporté comme fédérateur de l'équipe et parfois d'une cohésion entre pilote et équipe de gestion de cas.

« Je pense que cela leur sert à clarifier les choses, je pense que c'est un bon outil de façon à bien prioriser et clarifier les besoins c'est sur, après à se dire en fonction des besoins quels sont les services à mettre en place oui cela aide, maintenant je pense que c'est un bon outil qui les aide à travailler. (...) j'ai systématiquement repris tout ce qui était besoin non couvert et pourquoi, et il y a rien de très évident, souvent c'est pas couvert parce que la personne demande d'attendre un petit peu, parce qu'elle réfléchit, parce qu'ils savent mettre en place, mais dans le à mettre en place je ne sais pas si c'est parce qu'il faut qu'elles cherchent le service, ce n'est pas toujours très clair, et cela ne nous permet pas, enfin il faut que je re travaille dessus » (Pilote Q)

La citation ci-dessus montrait un début d'appropriation de la fonction intégrative du PSI qui relevait du pilote. Si le discours était que les pratiques ne permettaient pas encore d'utiliser cette information, la pratique du pilote d'analyser l'information de façon systématique était potentiellement un élément déterminant de la valeur intégrative de l'outil à terme.

« Le plan de service pareil elles le réalisent par contre je ne crois pas qu'elles le partagent au famille et je ne pense pas qu'elles le partagent énormément avec les professionnels parce qu'elles ne le se sont pas complètement appropriées, il y a des choses qui les dérangent dans le PSI, pas en terme de philosophie du PSI, mais plus dans la présentation je crois plutôt donc il y a un travail à faire, mais cela c'était on en avait déjà, cela a été soulevé déjà, je ne sais pas si il y aura une réunion de travail sur le PSI à venir, mais bon, je pense que nous on va faire ce travail là sur le PSI pour voir comment on peut le présenter, peut-être un petit peu différemment, notamment je pense à une des gestionnaire de cas, qui me disaient voilà avec mon équipe comment je communique, c'est sur un papier, c'est une fiche [issu d'un logiciel] avec les interventions, elle met les dates, les contacts, les visites, les actions et pour moi quand elle m'a dit cela, je me suis dit c'est comme le PSI, dans le PSI aussi ils renseignent ce genre d'information, la date où ils ont eu le contact, les modifications qui sont faites, les objectifs et donc je pense qu'il faut aussi qu'elles puissent le partager et qu'elles puissent former leur équipe à l'utilisation de ce document ne serait qu'avec leur équipe pour que l'équipe puisse avoir une vision globale de la situation aussi lorsque c'est nécessaire, elles ne remettent pas en question l'utilité, on en a parlé il y a pas longtemps, elle ne remettent pas en question l'utilité du psi, c'est plus au niveau de la forme et de comment l'utiliser. » (Pilote L)

Le travail sur le PSI a pu également être fédérateur au delà de l'équipe de gestionnaire de cas pour les participants d'un groupe de travail.

« Le PSI c'est pareil, je pense que c'est encore très théorique pour les partenaires sauf pour le groupe de travail qui a réfléchi là-dessus, dans le groupe de travail on avait un psy, une ergothérapeute, une infirmière libérale, un médecin, on avait vraiment des profils très différents, le groupe était très riche et au début j'ai présenté l'objectif, c'est d'avoir un outil qui répertoriait les besoins, au départ, c'était très théorique et à partir de là on construit un outil qui permet de partager tout cela, donc cela a été un peu compliqué, je ne voulais pas présenter le PSI de Paris pour voir ce que cela allait donner, on ramait un peu donc j'ai présenté celui de Paris qu'ils n'ont trouvé pas du tout adapté et j'ai dit ok, on repart là-dessus et on le retravaille, on a vraiment galéré, mais c'était intéressant, et au bout du compte on s'est rendu compte que notre PSI il ressemblait « vachement » à celui de Paris donc il a fallu tout cela pour que le groupe il se l'approprie, finalement il s'est vraiment approprié l'outil comme cela, parce qu'on a réfléchi avec des cas concrets et du coup on arrivait à quelque chose qui ressemblait, et c'était tellement dans une optique de partenaires, les gestionnaires de cas n'existaient pas encore, les partenaires cela les questionne » (Pilote C)

A ce stade, tout comme pour l'outil, le PSI était jugé par les utilisateurs comme étant peu implanté, souvent jugé également difficile à appréhender ou à comprendre dans son ensemble.

« C'est une composante du plan de service qui est importante à mon avis, que l'ensemble des services travaille sur le même plan de services, c'est comme cela que je le vois, en tout cas je ne sais pas si c'est comme cela que cela doit fonctionner, voilà. » (Pilote I)

« C'est difficile, je crois qu'ils en ont au stade où ils essayent d'assimiler ce système et je ne crois pas que cela puisse vraiment, quel est l'incidence pratique, je crois qu'ils n'en sont pas là, » (Pilote H)

« Je pense que le PSI a un vrai intérêt, mais par contre il faut réussir à bien le maîtriser, à bien l'utiliser, mais cela je pense que c'est à force de s'entraîner, parce qu'au premier abord il n'est pas simple, cela c'est sûr. » (Pilote K)

« Je pense que dans les concepts MAIA l'un des plus compliqué ou complexe pour moi c'est le PSI, et c'est celui probablement qui rend, quand je disais c'est complexe, c'est ce côté comme articulé, le PSI c'est certainement l'aspect le plus, pour moi difficile à acquérir. » (Pilote O)

« C'est une composante non implantée c'est pareil c'est un outil que les gestionnaire de cas, à force de sen saisir apprécient, elles le présentent bien aux partenaires, je ne peux pas affirmer qu'il n'est pas implanté je n'ai pas le sentiment qu'il soit utilisé par les partenaires. » (Pilote F)

Certains pilotes exprimaient des doutes sur la possibilité même de travailler sous cette forme :

« Le plan partagé, est-ce que cela va parler aux gens, honnêtement j'espère, mais je ne suis pas certaine, d'abord parce que je ne sais pas si le PSI il est pertinent, j'espère que oui, mais on ne sait pas, je ne sais pas s'il va y avoir vraiment la finalité attendue, on va voir. » (Pilote C)

Le PSI était principalement utilisé en interne pour savoir ce qui était en cours et ce qui restait à faire pour une personne donnée.

« Eh bien là pour l'instant, (l'équipe de gestionnaire de cas) commence tout juste à bien se l'approprier, donc là pour l'instant il n'est pas encore échangé, mais du coup on a retravaillé dessus pour qu'elle commence à le remplir et pour qu'elle commence à pouvoir l'échanger. » (Pilote K)

Il était mis en opposition aux plans figés dans le temps (contrat pour une allocation de ressources notamment).

« Donc je vais répondre oui, quand je dis plan APA, plan CLIC, mais là on est dans des plans à deux dimensions et pas du tout dans un plan 4 dimensions, à la limite je pense qu'avec le PCC, on est dans un plan à 3 dimensions, mais je pense que la manière dont j'ai cru comprendre ce que vous disiez vous du PSI dans son développement total, j'y vois autre chose, c'est pour cela que je parle du plan en 2, 3 ou en 4 dimensions. » (Pilote O)

Quelques sites commençaient à utiliser le PSI pour communiquer avec les partenaires mais les attitudes étaient encore assez contrastées sur cette pratique.

« Eh bien venant de la gestion de cas il est bien implanté parce qu'a priori tous les gestionnaire de cas ont fait des PSI pour toutes les personnes qu'ils ont suivi, maintenant pour moi la concertation au niveau de ce PSI reste très limité » (Pilote Q)

« Le plan de service par contre tel qu'il est aujourd'hui demande à être perfectionner quand même pour pouvoir être partagé avec les autres, (...) on accompagne quelqu'un en accueil de jour, on le fait

admettre, on donne le plan de service qu'on a proposé, quelque part les éléments de l'évaluation multidimensionnelle mais encore faut-il que l'autre il l'utilise parce que sil le range juste dans le papier, dans le dossier, sans avoir un, voilà, mais cela c'est, les utilisateurs de tout cela reste quand même à être étayé. » (Pilote I)

11.3. Le SIP

Cette composante était globalement peu ou pas implantée, ce qui correspondait à une stratégie de déploiement de l'intégration par l'EPN qui ne favorisait pas cette dimension. Il était principalement demandé aux pilotes relativement à cette dimension de travailler à définir leurs besoins. Il n'est donc pas surprenant qu'un certain nombre de pilotes exprimaient leur « malaise » face à cette dimension qui paraissait encore en quelque sorte « mystérieuse »

« C'est le sixième item sur l'information partagée, c'est un domaine où pour mon compte je ne me suis pas approprié, le sixième c'est l'item je me mettrais toujours zéro moi parce que je ne me suis pas approprié ce concept, j'ai l'impression que c'est important, » (Pilote H).

« C'est vrai que tout ce travail-là autour du partage d'information c'est encore un peu, ce n'est pas encore évident quoi, parce que du coup j'ai encore des choses qui m'échappent par rapport aux pratiques des partenaires, il y en a qui sont structurés, d'autres moins et il y a aussi le contact téléphonique, on ne peut pas non plus tout structurer parce que du coup cela devient aussi invivable pour les services, et il faut aussi qu'il y ait de la réactivité derrière, c'est aussi cela qui est important et là je pense qu'il y a encore des choses qui m'échappent » (Pilote K)

« C'est qu'il en existe déjà plusieurs sur mon territoire et quand j'ai soulevé [en table tactique] l'idée d'en faire un commun, cela a été générateur de pas mal d'opposition, donc pour moi aujourd'hui il faut que j'arrive à avoir une connaissance plus pertinente de l'existant, alors il existe [tel logiciel] au niveau social, il existe [tel autre logiciel] au niveau social, il existe [tel troisième logiciel] au niveau..., donc je pense qu'il faut déjà que moi j'ai une connaissance de l'existant des données qui se partagent soit en réseau, soit socialement, il y a aussi [tel service social] qui est en train de mettre en place un truc, donc moi il faut que j'ai une connaissance de l'existant pour connaître les données qu'il y a chez chacun que l'on pourrait partager parce que quand j'ai voulu parler de systèmes de partage d'information à mettre en place, il a été réduit à quelque chose de minimum qui était « nous avons déjà travaillé sur le sujet, nous avons déjà mis en place il y a quelques années un carnet de liaison avec de informations entre la ville et l'hôpital », le fameux carnet jaune qui est sous utilisé et dans

lequel il y a les données minimum, en fait cela c'est traduit à...le plus petit dénominateur commun, alors que moi je pensais à quelque chose de beaucoup plus large » (Pilote Q)

Une minorité de pilotes s'étaient approprié la notion de définition du périmètre de l'information partageable.

« Sur le partage d'informations et ensuite en proposant d'ouvrir le chantier du partage d'informations parce que j'aimerais demander [à la table stratégique] de poser des lignes directrices pour ce chantier, et c'est [à la table stratégique] de définir la nature des informations partageables et donc j'aimerais bien qu'il me confie cette mission au niveau [de la table tactique] donc on démarre alors ce qu'on a fait jusqu'à présent sur le terrain, je dirais qu'on a fait du bricolage parce que par exemple, avec les services prestataires, on partage de l'information parce qu'on leur permet d'ajuster l'aide, donc on leur donne des informations dont ils ont besoin pour ajuster l'aide et eux-mêmes nous font parvenir les consignes qui sont données par le responsable de groupe pour le professionnel de terrain. » (Pilote E)

« Donc là vu qu'on est en train d'écrire une charte et un règlement intérieur, à travers le règlement intérieur je voulais que ces procédures apparaissent, un règlement intérieur pour le guichet unique et pour les portes d'entrée pour leur dire, vous êtes guichet unique et c'est utiliser cela, faire le réseau d'information à la porte d'entrée si cela vous a été fait pour en fait un peu les obliger à faire des traces écrites parce que si on ne me formalise pas, cela se perd, donc je voudrais l'intégrer dans le règlement intérieur porte d'entrée pour qu'ils se responsabilisent et qu'ils disent, je fais partie du guichet unique mais j'ai aussi des choses à faire derrière, on a quand même fait des outils qui sont quand même assez légers, je les ai faits avec les partenaires, je leur dis, dites-moi quelque chose de simple pour qu'on fasse quelque chose de simple à remplir donc cela peut se faire, on veut déjà commencer comme cela au niveau de ces procédures-là, et que sur cette partie-là qu'on transmette cette information-là, après pour le reste, transmission d'autres informations, par exemple pour la fiche d'orientation, cela pour l'instant c'est resté à l'oral, il faut que je le formalise » (Pilote K)

Les discours sur le SIP ainsi que les exemples montrés aux experts étaient de plusieurs ordres.

11.3.1. Le SIP comme un « annuaire »

Le premier usage tel que conceptualisé par les pilotes du SIP était de mettre à disposition de l'ensemble de partenaires une information identique sur l'offre de soins et de services du territoire. Il

s'agissait dans ce cas d'un annuaire des ressources partagés et actualisés en permanence. Ce type de système d'information ne véhiculait aucune information clinique.

« C'est dans le cadre de la plateforme d'information c'est-à-dire du système d'information partagée, vous les aviez vu, on a une plateforme d'information partagée et on a des versions territoriales pour chaque territoire qui reprend les établissements, les services etc., de façon très généraliste, et on est en train de constituer l'équivalent de cela au niveau départemental. » (Pilote O)

« Moi cela m'a permis de m'en resservir pour faire la base de l'annuaire parce que cela reprend pas mal d'éléments, j'ai modifié des colonnes pour dedans rajouter l'adresse etc., pour que cela puisse me constituer l'annuaire » (Pilote K)

« Le partage d'information il y a plusieurs niveaux, au niveau des ressources locales parce que là on fait les acteurs locaux, on y travaille, on a fait la réunion Alzheimer on a fait des fiches thématiques en lien avec la problématique, on a créé avec des partenaires et on va les partager avec l'ensemble du secteur, il y a aussi un annuaire, un listing qu'on a partagé aussi, donc toutes les informations de cet ordre là sont des ressources, via le site Internet aussi parce qu'on a fait un site Internet qui est plus un espace d'échange avec les autres professionnels, et le but c'est que tous les professionnels du secteur, qui le souhaitent, puissent savoir à un moment donné de l'expérimentation au fur et à mesure son avancée, donc on met les protocoles, les outils de travail, des comptes rendus des différents comités avec des habilitations différentes. » (Pilote C)

« Mais on pourrait se dire que ce travail là peut mener à un outil à destination des partenaires, un annuaire unique, un annuaire partagé, hors tu as besoin d'un service, tu vas là dessus, mais ce n'est pas comme cela que tu peux joindre le service, tu sais qu'il existe et puis tu vas aller chercher ailleurs ses coordonnées » (Pilote N).

11.3.2. SIP « uni-partenaire »

Le deuxième usage était un peu surprenant considérant qu'il occulte l'adjectif « partagé ». Les pilotes ou certains partenaires parlaient du système d'informations partagé relativement à un outil qui n'était disponible que pour un seul partenaire (4 sites). Cet état de fait n'était jamais évident dans le discours des pilotes ou des promoteurs et était principalement le fruit de l'observation sur site par les experts. Dans ce cas, en général, les informations dont il était question étaient de nature clinique (sanitaire, sociale, médico-sociale, ou administrative). Il s'agissait dans 3 cas du système d'information disponible pour différents acteurs tactiques réunis dans une seule association. Dans le

quatrième cas il s'agissait d'un système d'information entre les différents services du CG. Il arrivait que le système soit développé sur plusieurs sites parfois distants de plusieurs dizaines de kilomètre (ce qui participait à la représentation qu'il serait alors « partagé » même si les sites en question font tous partie de la même institution).

11.3.3. SIP plus avancé

Le troisième usage se rapportait à la gestion centralisée des dossiers de gestion de cas. Cette représentation du SIP était minoritaire et faible. Le quatrième usage était apparu durant les visites des experts. Il n'était pas présent lors des premières visites et était lié à la demande de l'EPN de travailler sur le script d'analyse et la base de données « guichet unique ». Les pilotes ont alors cherché à obtenir des informations de leur partenaire et associé ce travail à celui du système d'information partagée.

« Puisque cela voudrait dire que je leur installe à elle, à chacun des guichets [...] un point filtrage orientation, de toute façon moi je serai serveur central donc je recevrais toutes les infos à chaque fois qu'elles auront reçu quelqu'un, et donc du coup moi je pourrais avoir, [...] (les) besoins [...], une évaluation vraiment à minima et facile, et cela correspondait au, cela semblait correspondre à un besoin à tous les guichets pour elles et pour la transmission aux autres, et moi cela voudrais dire que je pourrais [...] voir en tout cas qu'elles étaient les personnes qui étaient en guichet et comment les orienter et est-ce que c'était judicieux ou pas et le re travailler au fur et à mesure sur l'algorithme décisionnel » (Pilote I)

Globalement la composante était très faiblement implantée et de façon très hétérogène, il est difficile de déterminer les facteurs ayant joué dans l'implantation de cette composante en dehors de la réticence à la constitution de toute base de données.

« Il y a des réticences évidentes de fichier, en disant mais cela revient à fichier complètement les gens à savoir, donc il y a aussi les réactions humaines et individuelles des gens qui appréhendent le fichage » (Pilote Q)

12. Synthèse et propositions

12.1. Les choix des territoires

Dans le chapitre 5, il est montré qu'il existe peu de lien entre les caractéristiques environnementales (taille, type de population, offre de services) et le degré d'implantation du dispositif.

Quatre grandes tendances peuvent néanmoins se dessiner :

a) la définition d'un territoire de taille suffisante pour permettre une concertation efficace. Les pilotes estiment en général qu'au delà de 25-30 partenaires autour de la table (certains d'entre eux pouvant représenter plusieurs organismes), il paraît extrêmement difficile d'impliquer la table tactique dans une autre dynamique que celle de la validation de proposition du porteur ou de groupe de travail. Parfois, il est signalé qu'un trop faible nombre de partenaire (<10-15) pourrait aussi limiter la réorganisation des services. Cette implication est insuffisante car il est nécessaire que chaque structure soit impliquée dans les modifications internes rendues nécessaires par les décisions prises de réorganisation. C'est pourquoi, le territoire MAIA devrait être de taille sous départementale.

b) la définition d'un territoire ayant une certaine cohérence interne. Les enjeux de congruence des territorialités ont été importants dans le discours. Un partenaire ayant moins de 10% de son activité sur le territoire MAIA ne sera pas très investi dans une coresponsabilité. Lorsque le territoire MAIA ne correspondait pas à un territoire où le porteur développait son action tactique, cela a posé des difficultés de partenariats qu'il a été difficile par la suite de résoudre.

c) le troisième facteur n'agit pas seulement dans un sens. Il s'agit des habitudes de travail et de partenariat préexistant au projet MAIA. Ces facteurs sont indubitablement des conditions favorables à la mise en place des mécanismes et outils d'un dispositif MAIA mais il est cependant nécessaire de souligner qu'il faut dépasser la logique de coordination qui est souvent prégnante dans ces partenariats préexistants et qui peut durablement freiner la réorganisation des services voulus dans un dispositif MAIA. La « problématisation » par le partenariat qu'il y a une étape à franchir pour améliorer le devenir des personnes sur un territoire donné est un signe favorable que le partenariat est prêt à entrer dans un processus MAIA.

d) le quatrième facteur est celui des concurrences notamment entre acteurs tactiques qui ne sont pas toujours des obstacles aux habitudes de travail et partenariat mais qui peuvent également durablement freiner la mise en place de l'un ou l'autre des mécanismes et outils du dispositif MAIA.

12.2. Le pilote

Dans le chapitre 6, le pilotage est analysé en termes à la fois de tâches à accomplir et de contexte de déploiement.

Les messages clefs qui ressortent de l'ensemble sont ceux ci :

a) Compétence du pilote :

Le pilote doit être sélectionné selon des compétences clefs et un niveau de formation suffisante lui assurant une certaine légitimité au moins au niveau tactique.

En termes de compétence, l'aptitude à la négociation paraît centrale, en effet de nombreux pilotes nous ont rapporté avoir été exposé à des situations de grande tension voire de « violence » qu'il paraît important de savoir gérer. La deuxième compétence mobilisée par les pilotes est la gestion de projet qui repose sur l'adaptation locale du dispositif MAIA (ce qui nécessite d'avoir bien saisi ce qui est central et ce qui est périphérique dans le dispositif et notamment de ne pas perdre de vue l'objectif) puis les capacités à segmenter les actions globales à conduire en action se prêtant d'avantage à la séquence planification-action-évaluation. Cette aptitude doit faire l'objet d'un examen attentif tant il est vrai que la possession de diplôme n'assure jamais que cette capacité est réelle. Il faut également souligner que la gestion de projet collaboratif est par nature assez différente de la gestion de projet interne aux structures.

L'aptitude à l'encadrement des gestionnaires de cas qui paraît occuper une place importante dans les tâches des pilotes n'a cependant jamais été réellement un problème dans les sites visités.

Aucune formation initiale ne paraît « idéale ». Les pilotes n'ayant jamais exercé de tâches cliniques se sont souvent plaint de ce « manque » mais rien dans le pilotage de ces sites ne permet de recommander que le pilote ait forcément une formation initiale clinique.

b) Formations à dispenser aux pilotes :

Tous les pilotes ont eu un discours sur la complexité des concepts développés autour du dispositif MAIA. Ce discours se retrouve d'ailleurs chez les gestionnaires de cas et les promoteurs. De nombreux pilotes ont exprimé leur « étonnement » lors de la première session de formation en juin 2009 sur la complexité de la tâche à accomplir.

Ainsi, il est absolument indispensable d'assurer à tous les pilotes recrutés une formation de qualité sur les concepts, les mécanismes et les outils du dispositif MAIA. Les formations initiales ou passées ne peuvent pas assurer le niveau nécessaire d'homogénéité de rapport à ces concepts.

Les pilotes ont tous grandement apprécié de bénéficier ensemble des sessions qui leur ont été proposés par l'équipe de pilotage nationale (qui n'étaient pas uniquement à visée formatrice). La formation ne doit pas selon les pilotes se limiter à une formation courte initiale sur les concepts mais se décliner en module permettant un retour sur expérience.

c) Outils de pilotage :

Les pilotes ont globalement un discours ambivalent eu égard aux outils d'aide au pilotage qui leur ont été fournis. Globalement, aucun ne remet en cause la nécessité de l'existence de ces outils mais il existe également un discours abondant critique sur leur « lourdeur » ou leur « phrasé » qui les rendraient inefficace car trop jargonneux. Qu'il s'agisse du Diag MAIA, de la feuille de route, des rapports d'étapes ou de Quickscan, les critiques sont aussi nombreuses que les discours soulignant leur importance.

Ce résultat doit amener à retravailler encore ces outils pour les rendre plus adéquats à la tâche de pilotage mais ne remet pas en cause leur pertinence.

A noter que l'outil intitulé « grille d'auto-évaluation » est à part car il ne recueille que deux types de discours : soit les pilotes reconnaissent ne pas avoir eu le temps de s'en servir, soit ils sont enthousiastes.

d) Le « copilottage »

De multiples formes de copilottage ont été analysées dans le chapitre 6. La qualité du pilotage effectif paraît avoir été peu influencée par ces « arrangements ». Sur les données de l'expertise réalisée, il ne paraît pas possible de faire une recommandation dans un sens ou dans l'autre concernant ces copilottages. Certains pilotes « isolés » ont eu un discours qui appelait à ce copilottage notamment en raison de la multiplicité des tâches à accomplir ; mais là aussi, rien dans le résultat effectif des expérimentations ne permet de recommander que le pilotage repose systématiquement sur plusieurs individus.

e) collaboration avec le promoteur

Les facteurs liés à la relation promoteur-pilote semblent avoir été parmi les plus importants déterminants de l'implantation des dispositifs MAIA. Ils sont largement exposés dans le chapitre 6 et 8.3.

Nous retiendrons ici les messages clés :

- le pilote doit être suffisamment autonome dans son action par rapport au promoteur car sa mission relève avant tout d'un projet collectif. Cette autonomie relève à la fois de la qualité inhérente au pilote lui-même mais aussi du bon positionnement de son poste dans la structure qui l'emploie et du bon positionnement du promoteur.

Cette autonomie est capitale pour les prémices de l'intégration sous peine de voir apparaître des résistances à un acteur vécu comme ayant une volonté hégémonique.

Elle devrait l'être encore davantage en phase de fonctionnement de la MAIA où le pilote doit pouvoir au nom de la table tactique interpellé son employeur dans le cadre du fonctionnement du dispositif (difficultés d'accès des autres partenaires à son service, difficultés organisationnelles, difficultés à tenir les engagements communs de GU, etc...).

Le promoteur doit avoir une place suffisamment claire pour « légitimer » le projet aux yeux des partenaires et éventuellement impliquer le niveau stratégique mais il doit aussi à l'occasion savoir s'effacer pour que le projet ne devienne jamais le projet d'une seule structure mais reste dans le champ collectif.

g) L'aide de l'équipe de pilotage nationale

En fin de cette première phase expérimentale, il est difficile d'imaginer la diffusion de l'expérimentation MAIA avec une implication plus faible de l'équipe de pilotage nationale tant le support apporté par cette équipe aux pilotes a semblé un élément déterminant de l'évolution de l'implantation. Les mécanismes de transfert de compétence par la formation et l'aide au pilotage devront être travaillés dans ce sens.

12.3. Le promoteur

Le chapitre 7 présente un certain nombre de caractéristiques relevant du promoteur. Les messages qui en ressortent de façon dominante sont les suivants :

- Le statut du promoteur tactique ou stratégique (dans ce cas dans le cadre de l'expérimentation il s'agissait toujours d'un CG) semble avoir eu une influence sur les moyens de construire l'intégration et les méthodes mais pas de façon nette sur le résultat final. Si un porteur tactique très bien inséré localement et légitime est capable de fédérer les instances tactiques autour du projet commun et secondairement d'y intéresser les instances stratégiques, un porteur CG aura moins de difficulté à réunir la table stratégique mais comparativement plus de difficultés à fédérer les acteurs tactiques notamment ceux du champ de la santé chez lesquels semblent souvent régner un soupçon d'hégémonisme de cet acteur. A l'issue de cette expertise, il est impossible pour les experts de recommander que le porteur MAIA soit exclusivement un acteur tactique ou stratégique.

- Comme il a déjà été souligné plus haut il semble capital que le projet MAIA soit développé sur un territoire sur lequel le porteur est lui-même légitime (au moins durant la première phase d'implantation correspondant à la durée de la phase expérimentale).

Le porteur doit être également légitime dans sa posture de « fédérateur », si localement il est surtout soupçonné de volonté d'hégémonisme, cela crée un frein durable au processus d'implantation.

Nombreux sont les porteurs qui auraient souhaité bénéficier d'une formation au dispositif MAIA. Si leur besoin paraît différent (formation plus courte) que les pilotes, les promoteurs expriment globalement le sentiment de ne pas avoir été suffisamment associés aux promoteurs des autres sites.

Un facteur paraît assez central sur les possibilités d'implantation à court terme : la coexistence d'un projet concurrentiel à l'intérieur de la structure porteuse. Le dispositif MAIA est un ensemble complexe et cohérent mais qui demande que le promoteur au moins ait un discours clair et univoque par rapport à ses partenaires.

12.4. Les gestionnaires de cas

Le chapitre 10 détaille le retour d'expérience des gestionnaires de cas. Les experts souhaitent mettre en exergue quelques faits saillants :

a) la formation initiale des gestionnaires de cas influence fortement leur pratiques professionnelles en ce début d'implantation. Ce fait n'a en soi rien de surprenant, mais souligne l'intérêt d'avoir :

- des équipes multidisciplinaires qui ont des temps d'échange sur les pratiques cliniques
- des professionnels suffisamment expérimentés pour savoir prendre de la distance par rapport à leur champ professionnel initial

- une formation commune et homogène quel que soit le profil initial (notons qu'un des gestionnaires de cas recruté avait déjà exercé des fonctions similaires dans un autre pays, la formation au modèle de gestion de cas en France ne lui a cependant pas été inutile).

b) la taille des équipes était variable. Il semble qu'en dessous de 3 gestionnaires de cas il y ait une difficulté à développer des pratiques interdisciplinaires. Les « grosses » équipes, n'était pas forcément synonyme de pratiques interdisciplinaires abouties. Contrairement à ce qui aurait pu être anticipé, les équipes de gestionnaires de cas « éclatées » sur plusieurs lieux pouvaient néanmoins dans le temps construire des pratiques interdisciplinaires. Cela requerrait néanmoins un plus grand investissement du pilote et des gestionnaires de cas dans leur ensemble sur le territoire concerné.

c) les temps partiels en gestion de cas ont quasi-unanimement été jugés comme trop complexes à gérer que ce soit par les pilotes ou par les gestionnaires de cas eux mêmes.

d) la profession relève en premier lieu d'enjeu de bon positionnement par rapport à la personne, à l'entourage et aux professionnels (dont le médecin traitant), dans un second lieu des aptitudes du professionnel à gérer l'aspect relationnel fort lié à la gestion de cas sans perdre la distance professionnelle nécessaire et en troisième lieu à une expertise dans l'évaluation standardisée et la planification individualisée.

e) même si l'arrivée des gestionnaires de cas nécessite d'un travail d'intégration préalable, leur implantation est apparue comme catalyseur de l'intégration auprès des partenaires et du pilotage dans chacun des sites expérimentaux. Par conséquent, l'arrivée des gestionnaires de cas ne devrait pas excéder 12 à 15 mois le début de l'intégration.

12.5. Des difficultés à prendre en compte

Certains facteurs sont transversaux à toutes les dimensions, mécanismes et outils du dispositif MAIA.

a) des difficultés liées aux « mots » :

Le terme MAIA est porteur au moins de deux contresens encore fréquents : celui d'un nouvel établissement (relatif au mot « maison ») et celui d'établissement ou de processus réservé aux malades d'Alzheimer (relatif au deuxième A)

Le terme guichet unique est également jugé le plus souvent « trompeur ». Cette sémantique vient d'être modifiée par l'équipe de pilotage nationale en « guichet intégré » néanmoins il est trop tôt pour savoir si ce nouveau terme sera plus jugé plus approprié.

Le terme gestionnaire de cas est sans doute celui qui recueille le moins d'opinions favorables. Les professionnels eux-mêmes ont énormément de difficulté avec cette appellation. Néanmoins, un certain nombre de professionnels ont fini par « s'emparer » de l'appellation pour distinguer leur intervention de celle des autres professionnels.

b) des difficultés liées au modèle « à finaliser » :

- l'absence de définition a priori de la population cible de la gestion de cas sur des critères objectifs a eu un impact freinant dans la mise en œuvre du guichet unique et dans une certaine mesure de la gestion de cas elle-même.

- l'outil de planification individualisée qui a été proposée et de facto adopté dans les sites MAIA est jugé prometteur par les gestionnaires de cas dans leur grande majorité. Cependant des difficultés importantes persistent quand à sa formulation et à son architecture d'une part et quand à son utilisation notamment en mode « partage d'information » d'autre part. Pour le moment, à titre d'outil de travail du gestionnaire de cas il est correctement implanté sur les 17 sites. Un travail d'adaptation s'avère nécessaire, ce d'autant que pour l'ensemble des pilotes son application dans l'intégration verticale et leur rôle par rapport aux informations générées par cet outil sont encore très flous.

c) des difficultés liées à des choix impliquant les partenaires au delà de l'expérimentation MAIA

- l'absence d'un outil unique d'évaluation multidimensionnel des besoins, et même si la guidance sur 3 outils « seulement » a pu amoindrir ce facteur a eu un impact à la fois sur le pilotage, le guichet unique et la gestion de cas et la gestion entière des projets. Il s'agit à l'heure actuelle du principal facteur d'hétérogénéité entre les différentes expérimentations MAIA et d'un facteur d'hétérogénéité des pratiques professionnelles de gestion de cas. Par ailleurs cet état de fait empêche une formation collective de l'ensemble des gestionnaires de cas aux outils d'évaluation, ce qui semble être encore à l'heure actuelle une demande.

- l'absence de système d'information partagée constitue actuellement un frein majeur à la pleine implantation du dispositif MAIA. Cela retentit bien sûr, sur la continuité informationnelle dans le suivi des personnes en gestion de cas mais au delà cela retentit également sur la possibilité du pilote à utiliser les données issues de la gestion de cas dans le pilotage du dispositif MAIA et encore plus largement sur les possibilités d'implantation du guichet unique/intégré et sur l'utilisation de ces données dans le pilotage.

13. Conclusion

L'expérimentation MAIA a été l'occasion d'initier l'implantation de l'intégration des services en France dont l'un des objectifs est d'améliorer les interventions auprès de la population âgée. Ce nouveau dispositif a créé dans chacun des sites une dynamique collective visant à repenser l'organisation entre les services et à tendre vers une simplification sans ajouter de « couche supplémentaire ». Au delà de la faisabilité d'implanter l'intégration, l'évaluation à 18 mois a permis d'apporter un éclairage sur les incitatifs et les obstacles à prendre en compte dans la phase de développement de ces nouveaux dispositifs. La diversité des sites retenus pour participer à cette phase expérimentale a été riche d'enseignements tant pour approcher la pertinence du futur territoire MAIA que pour identifier le chemin à parcourir pour réduire les différentes fragmentations. Le retour des 17 sites tout au long de ces 18 mois a permis aussi de clarifier les concepts, d'aider à la mise en place des composantes de l'intégration et d'approcher la définition de la population cible en gestion de cas. La poursuite de ce travail considérable sera réévaluée dans chacun des sites courant de l'année 2011, soit 1 an après la première évaluation, afin de confirmer ou pas nos conclusions et d'identifier les modifications tangibles dans les réorganisations et dans le renforcement du partenariat. L'année 2011 sera aussi l'occasion de profondément modifier le rôle des ARS dans le dispositif. En effet, les principales difficultés de pilotage ont été signalées au niveau stratégique même lorsque l'ensemble des autres caractéristiques étaient optimales. L'association des autorités sanitaires (ARS) et médico-sociales (CG) dans un projet collaboratif paraît donc un élément déterminant de la généralisation des MAIAs.

14. Résumé

Une expérimentation déstabilisante ...mais qui entraîne l'adhésion.

L'expérimentation MAIA est en règle générale jugée surprenante voire déstabilisante

→ pour le pilote qui se retrouve confronté à un projet sur lequel il n'a pas complètement prise car il dépend d'abord et avant tout de l'émergence d'une dynamique collaborative partenariale.

→ pour le pilote également qui se retrouve souvent dans une posture professionnelle « inédite » car employé par une structure mais relevant en fait d'un collectif qui dépasse cette structure

→ pour le pilote enfin qui se trouve confronté à des concepts souvent jugé complexe à saisir.

→ pour le promoteur qui doit à la fois apporter tout son concours à la réalisation de la tâche du pilote mais ne doit pas viser à obtenir « seul » le « label MAIA » qui ne peut être délivré que collectivement

→ pour le promoteur qui doit tout à la fois assuré ses obligations d'employeur et de soutien au pilote tout en lui assurant une autonomie et une légitimité suffisante

→ pour les professionnels et les partenaires plus habitués à la logique de coordination et qui n'appréhendent le projet MAIA que comme un projet de coordination « de plus » et qui confronté à la logique de réorganisation peuvent se retrouver dans des postures de concurrence ou d'opposition.

→ pour tout le monde du fait de son caractère expérimental qui entraîne un certain flou dans la mise en œuvre initiale et un manque de visibilité à moyen et long terme notamment dans l'articulation avec les autres réformes en cours (loi HPST et projet sur le 5eme risque).

Cependant malgré toutes ces forces de déstabilisation, l'expertise menée permet d'identifier l'adhésion à la démarche :

→ Aucun pilote n'a remis en cause la pertinence de la démarche intégrative. Au contraire dans l'immense majorité des cas, les exemples de situations « bloquées » témoignant de la grande « fragmentation » du système venaient renforcer leur conviction d'être engagés dans un processus répondant aux difficultés majeures du système. Notons que le discours est du même ordre chez les gestionnaires de cas. Plusieurs pilotes se sont déclarés prêt à faire de nouveau l'expérience du pilotage de projet MAIA et pas forcément parmi les plus « épargnés ».

→ Les promoteurs se sont trouvés souvent « engagés » dans une expérimentation sur des projets qu'ils décrivent eux-mêmes comme différents d'un projet MAIA mais qu'ils finissent par adapter ou abandonner pour suivre le projet MAIA. Le désir de formation que les promoteurs ont exprimé témoignent également de leur intérêt à la démarche et à y trouver leur rôle.

→ Les partenaires professionnels sont en général séduits par la gestion de cas (notamment les médecins généralistes), leur implication dans le processus MAIA est cependant moins évident

→ Enfin les personnes accompagnées elle-même et leurs aidants ont d'ores et déjà fait des retours positifs de l'action des gestionnaires de cas. Il est probablement trop tôt pour juger de l'effet à leur niveau du travail d'intégration.

Annexes

ANNEXE I : RECUEIL DE DONNEES

I) Pilote : Recueil des données

A) Grille focus groupe

Thématiques

Thème 1: le concept MAIA (20 min)

Rappelez-vous de la première fois où vous vous êtes intéressé par vous-mêmes au concept des MAIA ? Qu'en avez-vous pensé alors ? Qu'en diriez-vous aujourd'hui ?

Thème 2: Relation entre le pilote et les participants des tables (20 min)

Aujourd'hui à quoi servent les tables tactiques et stratégiques de votre projet MAIA

+ Décrivez votre rôle dans la construction des tables de concertation

Décrivez les atouts dont vous pensez avoir bénéficié dans la construction de ces tables

Décrivez les obstacles que vous avez rencontrés dans la construction de ces tables

Thème 3: Relation entre le pilote et le promoteur (20 min)

5' Que pensez-vous des liens qui existent entre vous et le promoteur du projet MAIA ?

5' Quel est le rôle du promoteur dans un projet MAIA ?

5' Décrivez les atouts de votre promoteur MAIA par rapport à la construction de l'intégration

5' Décrivez les contraintes de votre promoteur MAIA par rapport à la construction de l'intégration ?

Thème 4: Relation entre le pilote et le gestionnaire de cas (20 min)

+ Quel est le rôle de la gestion de cas dans la motivation autour du projet MAIA ?

+ Quelles relations avez-vous avec les gestionnaires de cas ?

+ Quels espoirs auriez-vous par rapport à la gestion de cas ?

+ Quelles craintes auriez-vous par rapport à la gestion de cas ?

(Et en phase de généralisation ?)

Thème 5 : Relation entre le pilote et l'EPN (20 min)

Dans quelles circonstances sollicitez-vous l'équipe de pilotage national ?

En phase de généralisation, quel serait le rôle d'une équipe de pilotage national ?

Thème 6 : Synthèse 11h10-11h30 (20 min)

Pouvez-vous donner à présent une liste des incitatifs pour construire une MAIA ?

Pouvez-vous donner à présent une liste des obstacles pour construire une MAIA ?

Avez-vous quelque chose à rajouter que l'on n'aurait pas abordé dans le cadre de ce focus group sur le rôle du pilote local

B) Entretien face à face

Est ce que vous pourriez me décrire vos activités professionnelles actuelles?

Employeur

Lieu de travail professionnel

Horaire travail (activité temps plein ou temps partiel)

Type activité

Notion de pilotage unique ou multiple

Quelles sont les compétences que vous aviez avant de devenir pilote MAIA et qui vous servent dans l'exercice de cette fonction ? Quelles sont les compétences qui vous font défaut?

Quelles ont été vos premières réactions face au projet MAIA au début de l'expérimentation? (Attentes ? craintes ?) Par rapport à vos craintes et attentes au début du projet, est-ce que les choses ont bougé aujourd'hui ?

Pensez-vous avoir une bonne compréhension de ce qui est attendu par l'implantation des MAIA ?

Estimez-vous que vous auriez encore besoin de formation sur le modèle MAIA ou certains de ces composants et si oui pourquoi ?

Pouvez-vous nous dire, ce qui selon vous caractérise votre site dans l'expérimentation MAIA ? Ce qui le rend particulier ?

Taille et densité, Type de territoire, Richesse de l'offre de soins et services

Historique antérieur du territoire vis-à-vis de l'intégration

EPN ?

Quels sont les mécanismes de concertation qui sont actuellement en place ?

De quelles façons fonctionnent-ils, quel est votre rôle dans cela ?

Comment vous les faites fonctionner, quels sont vos « trucs »?

En quoi la concertation telle qu'explicitée dans le projet MAIA a modifié ce qui se passait avant ?

Exhaustivité ou étendue

Formalisation

En quoi la gestion de cas modifie quelque chose pour les professionnels ?

En quoi la gestion de cas modifie quelque chose pour les usagers ?

+ A ce stade de l'expérimentation, quels échos proviennent des usagers et de leurs familles ?

Quelle est la nature de vos liens avec les gestionnaires de cas ?

Dans quelle mesure estimez-vous que la composante « outil d'évaluation multidimensionnel standardisé » est implantée ?

Dans quelle mesure estimez-vous que la composante « plan de services individualisé » est implantée ?

Pouvez-vous décrire les procédures de système de partage d'information que vous avez définies ?

Pouvez-vous m'expliquer ce que vous appelez guichet unique sur votre territoire ?

A qui s'adresse-t-il

Qui en sont les membres (ou points d'accès mais il faudrait éviter dans nos questions cette terminologie pour pouvoir juger de son utilisation spontanée dans le discours des pilotes)

Quelles en sont les traces formelles

Quelles en sont les procédures

Inclusif de tous types d'orientation

Définition de la population cible à la gestion de cas (process et efficacité)

Quels freins avez-vous pu identifier dans l'implantation de votre projet MAIA ?

Quels facteurs aidants avez-vous pu identifier ?

Quelles sont vos relations avec le promoteur ? Y-a-t-il eu une répartition des tâches entre lui et vous ? Est-il aidant dans la construction de la MAIA ?

A ce stade de l'expérimentation, quels échos proviennent des usagers et de leurs familles ?

Quelle est la nature de vos relations avec l'EPN ?

L'EPN vous a fourni des outils d'aide au pilotage, que pensez-vous de ces outils: du DIAG MAIA?

De Quickscan?

Des rapports d'étape pré-formatés?

Quels rôles ont-ils tenus dans votre pilotage jusque là

Avez-vous communiqué avec ces outils vers le promoteur?

Avez-vous utilisé ces outils en concertation?

Dans une optique de généralisation pensez-vous qu'il y ait une place pour ces outils?

Si vous deviez donner un conseil par rapport à ces outils à un pilote nouvellement nommé quel serait-il?

Quelles conséquences personnelles avez-vous perçues de votre rôle de pilote (par ex en termes de connaissance du système, pratiques professionnelles)?

Réactions sur : (présentation papier)

Échelles des facteurs favorisant et entravant*

Note MAIA 24

Feuille de route : où en êtes-vous ?

Sur une échelle de 0 à 10 ou 0 est le désaccord et 10 l'accord parfait pouvez-vous coter ces deux propositions :

Le pilote est avant tout un « manager » :

Le pilote est avant tout un « leader » :

Aviez-vous une activité sur le territoire MAIA avant de le projet MAIA

Une question piège, si c'était à refaire ailleurs, seriez-vous prêt à le faire ?

Avez-vous quelque chose à rajouter que l'on n'aurait pas abordé dans le cadre de cet entretien?

II) Promoteur : Recueil des données

Entretiens face à face

Pouvez-vous décrire l'historique de votre projet MAIA ?

Qu'est ce qui a motivé la réponse à l'appel d'offre

Notion de partenariat préexistant

Implication de la DDASS et CG à ce moment ?

Quelles ont été vos premières réactions face au projet MAIA au début de l'expérimentation? Quelles étaient vos attentes ? Quelles étaient vos craintes ?

Par rapport à vos crainte et attentes du début, est ce que les choses ont bougé aujourd'hui ?

Pouvez-vous nous dire, ce qui selon vous caractérise votre site dans l'expérimentation MAIA ? Ce qui le rend particulier ?

Taille et densité, Type de territoire, Richesse de l'offre de soins et services

Historique antérieur du territoire vis-à-vis de l'intégration

Quels sont les atouts de votre organisation pour porter un projet MAIA ?

Quels sont les inconvénients de votre organisation pour porter un projet MAIA ?

Quelles sont vos qualités et les compétences qui vous vous font défaut pour conduire le projet MAIA?

Lorsqu'il vous a été demandé d'avoir un pilote pour ce projet, qu'en avez-vous pensé ?

Quelles compétences vous paraissaient nécessaires

A qui avez-vous pensé et pourquoi

Quelle est la nature de votre relation avec le pilote ?

Employeur/confiance/amitié...

Fréquence des contacts

Compréhension du rôle

Aide

A présent que vous êtes plus avancé dans le projet, quelles sont les compétences qui vous semblent nécessaire pour être pilote MAIA ?

Pensez-vous avoir une bonne compréhension de ce qui est attendu par l'implantation des MAIA ?

Pouvez-vous donner les points qui vous paraissent les points-clefs du dispositif ?

Estimez-vous que vous auriez encore besoin de formation sur le modèle MAIA ou certains de ces composants et si oui pourquoi ?

Quels est aujourd'hui votre rôle et votre fonction dans le projet MAIA ?

En quoi diriez-vous que la concertation telle qu'explicitée dans le projet MAIA a modifié ce qui se passait avant ?

Exhaustivité ou étendue

Formalisation

En quoi diriez-vous que la gestion de cas modifie quelque chose pour les professionnels ?

En quoi diriez-vous que la gestion de cas modifie quelque chose pour les usagers ?

Quelle est la nature de vos liens avec les gestionnaires de cas ?

Quelles conséquences percevez-vous à ce jour pour vous de la participation au projet MAIA ?

Quelles conséquences percevez-vous à ce jour pour votre organisation de la participation au projet MAIA ?

Êtes-vous satisfait de votre participation dans MAIA?

Avez-vous connaissance des outils suivants qui ont été conçus pour aider le pilote dans sa tâche:

Diag MAIA?

Quickscan?

Qu'avez-vous pensé des rapports d'étapes pré formatés par l'EPN?

Réactions sur : (présentation papier)

Note MAIA 24

Intégration maximale et niveau atteint

Sur une échelle de 0 à 10 ou 0 est le désaccord et 10 l'accord parfait pouvez-vous côté ces deux propositions :

Le pilote est avant tout un « manager » :

Le pilote est avant tout un « leader » :

Avez- vous quelque chose à rajouter que l'on n'aurait pas abordé dans le cadre de cet entretien?
Voulez vous conclure?

III) Gestionnaire de cas : Recueil des données

Focus group

- Identifier l'écart entre l'activité antérieure et la nouvelle fonction de gestionnaire de cas
- Identifier les facteurs favorisant et entravant à la mise en place des gestionnaires de cas
- Liens entre la gestion de cas et le début de l'intégration
- Expression de la manière dont est vécu la gestion de cas et leur rôle du point de vue des usagers et de leurs familles (compréhension, mieux être, maintien de l'autonomie...)
- Début interdisciplinarité

6.5 Thématiques

Thème 1: MAIA (20 min) et gestion de cas avant et après

Rappelez-vous de la première fois où on vous a parlé des MAIA et de la gestion de cas ?

Qu'en avez-vous pensé alors ? Qu'en diriez-vous aujourd'hui ?

Quels liens faites-vous entre le projet MAIA et la gestion de cas ?

Thème 2 : Processus de gestion de cas (20 min)

-Pouvez-vous nous décrire les étapes du processus qui partant de la personne en situation complexe déclenche au final l'intervention du gestionnaire de cas sur votre territoire ?

-Qu'est ce qui définit selon vous que la personne relève de l'intervention d'un gestionnaire de cas ?

-Arrive-t-il que vous interveniez auprès d'une personne qui, selon vous, aurait pu être confié à un service plus habituel : pour cette question j'aimerais que vous leviez la main si cela arrive.

Si cela arrive, qu'est-ce qui explique cela selon vous ?

-Quel est votre sentiment vis-à-vis des outils cliniques (évaluation et PSI) qui vous ont été demandés ?

Thème 3: Activité de gestionnaire de cas (20 min) et les liens

-Comment vous vous présentez auprès de la personne en situation complexe ?

-A quelle fréquence voyez-vous les usagers en moyenne ?

-Quels sont vos liens avec le proche aidant ?

-Quels sont vos liens avec les professionnels du secteur social ou médico-social ?

-Quels sont vos liens avec les professionnels du secteur hospitalier ?

-Comment se passe votre intervention quand une personne que vous suivez est hospitalisée ?

-Quels sont vos liens avec les médecins traitants ?

-Quels moyens de communication utilisez-vous le plus ?

-Dans quelles conditions pensez-vous que le gestionnaire de cas devrait avoir recours à une réunion interdisciplinaire ?

Thème 4: Relation d'équipe (20 min)

Que pensez-vous des liens qui existent entre vous et le pilote ?

Que pensez-vous des liens entre vous et le promoteur du projet MAIA ?

Quel est le rôle du pilote et du promoteur dans votre activité de gestionnaire de cas ?

Comment échangez-vous entre vous sur les situations que vous suivez ?

Thème 5 : Degré d'implantation de la gestion de cas (20 min)

-Dans quelle mesure diriez-vous que la gestion de cas est implantée dans votre territoire MAIA ? Qu'est ce qui manquerait pour que l'implantation soit totale ?

-Avez-vous l'expérience d'avoir eu des difficultés d'intervention auprès d'un partenaire car vous vous sentiez insuffisamment légitimé dans votre rôle ?

-Selon vous quelle attention les partenaires portent-ils à ce que votre intervention parvienne à diminuer les doublons d'évaluation ? Quels exemples concrets avez-vous de cela ?

-Qu'est ce qui permet de s'assurer que toutes les personnes qui relèvent de la gestion de cas est bien adressés vers vos services sur votre territoire

- Avez-vous l'impression que votre service est mal connu ? A l'inverse, êtes-vous victime de son succès et donc d'un afflux massif de demande ?
- Qu'est ce qui a changé dans vos pratiques professionnelles depuis que vous êtes devenu gestionnaire de cas ?
- Quels sont pour vous les principaux obstacles à votre nouvelle fonction ? Quels en sont les avantages/bénéfices pour vous d'un point de vue personnel et professionnel ?

Thème 6 : Synthèse (20 min)

Pouvez-vous donner à présent une liste des incitatifs à l'implantation de la gestion de cas ?

Pouvez-vous donner à présent une liste des obstacles à l'implantation de la gestion de cas ?

Avez-vous quelque chose à rajouter que l'on n'aurait pas abordé dans le cadre de ce focus group.

ANNEXE MAIA 24

CONCERTATION (4pts)

Une table de concertation stratégique se réunit

SI OUI

Un rythme de réunion est identifié

SI OUI

Lors des réunions des décisions sont prises

L'hôpital est représenté à la table tactique par un acteur décisionnaire

GUICHET UNIQUE (6pts)

Aucun nouveau guichet (par exemple) uniquement dédié à la maladie d'Alzheimer n'est créé durant la période

Un état des lieux est fait permettant de dénombrer les lieux de réponses

SI OUI

Un circuit de convergence des demandes a été défini entre les différents points d'accès

Un script d'analyse est défini et partagé entre les points d'accès

SI AU MOINS UN OUI

La définition du guichet unique fait l'objet d'une mise en commun de moyens

Le guichet unique est doté d'une fonction d'observatoire des besoins de la population

GESTION DE CAS (6 pts)

Un état des lieux est fait analysant la présence ou non de gestionnaires de cas

Une population cible de la gestion de cas est définie

SI OUI au DEUX

La table de concertation stratégique inclut la gestion de cas dans une politique à long terme

SI OUI

Charge en cas prévus pour les gestionnaires de cas <60

Les procédures de gestion de cas organisent un lien systématique avec le médecin généraliste

Les procédures de gestion de cas organisent un lien systématique avec le médecin hospitalier pour assurer les interfaces entrée et sortie de l'hôpital

OUTIL D'EVALUATION MULTIDIMENSIONNEL STANDARDISE (3pts)

Un outil d'évaluation est défini et validé en table de concertation stratégique

SI OUI

Aucune des dimensions suivantes ne manquent dans l'outil: soins, autonomie fonctionnelle, environnement social, environnement, dimension psycho-cognitive, situation financière

SI OUI

Une formation spécifique à l'utilisation de l'outil a été délivrée

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISE (3pts)

Le plan de services ne peut exister qu'en fonction de la validation de l'outil d'évaluation

SI OUI

Aucune des dimensions suivantes ne manquent dans l'outil: soins, autonomie fonctionnelle, environnement social, environnement, dimension psycho-cognitive, situation financière (envoi de l'outil utilisé)

SI OUI

Les besoins non couverts sont mentionnés dans le plan

SYSTEME D'INFORMATION (2pts)

Aucun outil informatique dédié à la MAIA n'est développé sans l'avis de l'équipe nationale

Un cahier des charges indiquant les informations échangeables et autorisation d'accès et réseau est défini

Annexe 3 : PROFIL DE POSTE : PILOTE LOCAL MAIA

A noter que cette fiche de poste est celle annexée au cahier des charges MAIA 2011. Elle permet de détailler les tâches attendues d'un pilote. En début d'expérimentation les promoteurs ont recruté le pilote en disposant d'informations moins précises.

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, dont il recueille les données partagées.

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, Power Point) ; web

Qualités requises

- Forte compétence relationnelle
- Sens de l'innovation
- Dynamisme
- Créativité
- Autonomie
- Leadership