

RAPPORT EXPERTISE MAIA 2^{ème} PHASE EXPERIMENTALE 2010-2011

CONVENTION DGS-FNG

Avenant 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

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.

Sommaire

Remerciements	2
1. Protocole d'expertise du 2eme tour.....	4
2. Déroulement des visites sur site	5
3.1. Evaluation du degré d'implantation du dispositif MAIA	6
3.2. MAIA 25 entre juin 2010 et juin 2011	10
3.3. Évaluation qualitative.....	12
3.4. Leçons pour le label	13
3.5. Entretien-Questionnaire avec les pilotes.....	14
3.6. Questionnaire préalable à la visite	19
3.7. Guichet intégré	22
3.8. Questionnaire promoteurs	24
3.9. Questionnaire gestionnaires de cas	29
3.10. La parole aux pilotes !	29
4. Conclusion de l'expertise et recommandations.....	32
5. Etapes clefs du process de pilotage d'une MAIA	33
Annexe 1. Actions réalisées sur la période juin-déc 2011 Volet 2 :.....	35
Annexe 2. Questionnaire pilote.....	37
Annexe 3. Questionnaire Promoteur	41
Annexe 4. Scores MAIA 24 et 25.....	44
Annexe 5. Questionnaire Gestionnaires de cas –GEVA-A	47
Annexe 6. Questionnaire Gestionnaires de cas –OEMD-SMAF.....	54
Annexe 7. Questionnaire Gestionnaires de cas –RAI-Domicile	61

Description de la mission sur la période juin-décembre 2011 Volet 1 : une mission d'expertise sur les 17 sites « expérimentaux » afin de poursuivre le travail d'évaluation « au fil de l'eau » de la mission précédente et de nouvelles recherches profitant de l'avancée de ces sites pour mieux anticiper sur les nouveaux dispositifs dans la phase de généralisation de l'implantation des MAIA.

1. Protocole d'expertise du 2eme tour

Chaque site validé dans la poursuite de l'expérimentation a été visité au printemps 2011 par l'expert avec l'aide du Dr Matthieu de Stampa de l'hôpital Sainte Perrine, APHP.

Sur chaque site, le promoteur et le pilote ont été rencontrés en entretien individuel en tête à tête. L'entretien se déroulait sous forme de questionnaires (voir plus loin) où alternait des questions fermées et des questions ouvertes principalement axées autour de la vérification des hypothèses formulées à l'issue des premières visites d'expertise et dont le rapport remis en février à la Direction Générale de la Santé fait état.

Chaque visite était précédée de l'envoi d'un questionnaire au pilote pour le recueil de quelques données nécessitant de sa part un travail de recherche.

Le protocole a privilégié la passation du questionnaire pilote et promoteur en tête à tête, ainsi que la vérification des données du questionnaire préalable en raison de possibilités d'interprétation et donc de malentendu si cela avait été réalisé par auto-questionnaire. Par ailleurs, il nous est apparu important de privilégier les réponses « spontanées » à celles qui auraient pu être « réfléchies » si le questionnaire avait été auto-administré. La proximité des experts avec l'équipe de pilotage nationale, qui n'a évidemment pas échappé aux pilotes, et la proximité de ces nouvelles visites avec le travail de validation des sites qui venait de s'achever ont rendu les réponses sans doute moins « spontanées » que lors du premier tour d'expertise et l'administration d'auto-questionnaire aurait vraisemblablement été interprétée comme un processus complémentaire d'audit.

Les entretiens de passation du questionnaire n'ont pas été enregistrés étant donné le format du questionnaire, mais les experts prenaient en notes les précisions apportées par les interlocuteurs pour illustrer ou expliciter leurs réponses.

Lors de la visite, les experts ont récupéré les documents suivants en vue d'une éventuelle possibilité de comparaison inter-sites au troisième trimestre 2011 : dernier CR de table tactique et de table stratégique et documents utiles pour le guichet intégré.

Par ailleurs, la visite d'expertise comportait une observation sur le site du promoteur au niveau de l'accueil de première ligne des processus à l'œuvre et de leur lien avec les processus de type guichet intégré. Cette observation s'accompagnait d'un court entretien non directif avec l'agent (ou les agents) d'accueil.

Enfin, afin de ne pas multiplier les visites liées au suivi de l'implantation de l'intégration, les visites étaient conjointes avec le déploiement de la deuxième phase du projet POEM comportant une analyse des dossiers des gestionnaires de cas pour évaluer l'usage réel des outils d'évaluation et de planification par les gestionnaires de cas et des entretiens dirigés avec tous les gestionnaires de cas. Cette partie des visites n'est pas directement reliée à l'exécution de la présente convention, mais relève de l'exécution d'une convention avec la CNSA et avec la Fondation pour la Coopération Scientifique.

La place des experts dans l'équipe de pilotage, à savoir, celle de dégager des expérimentations dans leur ensemble les facteurs influençant l'implantation du dispositif MAIA de façon globale et non une évaluation des performances de chaque site n'est pas toujours claire pour les pilotes (et le gestionnaire de cas) sur site. Les experts ont souvent dû commencer leurs visites par un travail de réassurance sur l'objectif visé des visites. Il a souvent été demandé aux experts un « retour personnalisé » de visite. Cela ne faisait pas partie de l'expertise demandée et dans la mesure où l'équipe de pilotage nationale dispose de plus d'informations que les experts et qu'elle est la seule à pouvoir piloter les processus de validation et à terme de labellisation, les experts n'ont pas donné suite à ces demandes en rappelant le caractère fondamentalement global de leur mission.

Les experts ont échangé avec l'équipe de pilotage nationale leurs principaux résultats de visites afin de lui permettre d'améliorer son niveau de connaissance de l'évolution de l'intégration sur les sites.

2. Déroulement des visites sur site

Le calendrier suivant a été appliqué. Du fait de la participation du Dr De Stampa à ce deuxième tour d'évaluation il a été possible de le réaliser en ne passant qu'une seule journée sur site réduisant ainsi la charge que ces visites représentaient pour les sites expérimentaux.

13 avril 2011	MAIA 68
29 avril	MAIA 75
12 mai	MAIA 54
13 mai	MAIA 13
16 mai	MAIA 59
20 mai	MAIA 33
26 mai	MAIA 94
30 mai	MAIA 72
1er juin	MAIA 32
10 juin	MAIA 18
17 juin	MAIA 43
20 juin	MAIA 63
30 juin	MAIA 38
1er juillet	MAIA 01
8 juillet	MAIA 62

Du fait de l'agenda de la phase de généralisation (recrutement des pilotes des sites « généralisation » non achevé au 15 juillet 2011) l'étude des relations entre sites expérimentaux et sites « généralisation » et des conséquences de la phase généralisation sur le développement des sites expérimentaux par focus groupe des pilotes n'a pas pu être réalisé dans les temps impartis.

3. Résultats

3.1. Evaluation du degré d'implantation du dispositif MAIA

Dans le rapport six qui clôturait la première phase conventionnelle, il avait été documenté une confrontation de la mesure de l'intégration selon une approche simple et quantifiable par un score intitulé MAIA 24 et une approche plus globale qualitative basée sur la visite d'expertise.

Deux types de résultats se dégagent de cette analyse.

Nous rapportons ici la conclusion du chapitre 4

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 (par exemple, il suffisait de définir un circuit pour les demandes pour avoir un point que ce circuit soit ou non respecté).

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.

Nous rapportons également ici la conclusion du chapitre 5

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 ».

3.1.1 Evolution du score MAIA : principes

En tenant compte des inconvénients liés à l'usage du MAIA 24 et rapporté ci-dessus, les experts ont travaillé avec l'équipe de pilotage nationale à la mise au point d'un nouvel outil de mesure. Il s'agit du MAIA 25 (voir annexe)

Les principes qui sont tendent cet outil sont :

- La simplicité de son remplissage
- Le score n'a pas vocation à être utilisé dans des fins de « pédagogie » de l'attendu, en effet il ne saurait être question de résumer le dispositif MAIA à la mise en place de ces 25 indicateurs.
- Les composants du score ont été choisis en fonction de leur pouvoir discriminant durant la phase expérimentale (ils témoignent de moments « charnières » ou « clefs »). Ainsi certains critères pourtant essentiels pour l'existence d'une MAIA n'ont pas été retenus car 100% des sites les avaient mis en œuvre ; ils n'étaient pas donc pas discriminants (par exemple une table tactique se réunit ou encore chaque réunion est suivi de compte-rendu...)
- La sensibilité au changement et la minimisation des effets « cliquets » et « plafonds » que nous avons avec le MAIA 24 (1 point qui était attribué n'était quasiment jamais remis en question et les sites pouvaient vite être tellement élevés que la possible progression restant pouvait être difficile à mettre en évidence).
- La possibilité de réaliser cette cotation à distance (par exemple depuis une ARS) sans avoir à se déplacer sur site et à partir des données rapportées par les sites (compte-rendu de réunion notamment)

En tenant compte de ces principes, le nouveau score est par nature plus « contraignant » que le précédent et ainsi les « cotations » sont dans l'absolu beaucoup plus basses ce qui ne doit pas conduire à interpréter que le dispositif MAIA ne serait pas implanté, mais seulement qu'il reste encore du travail aux pilotes pour en déployer toute l'ampleur.

Les deux ou trois premiers points du score étant en lien avec l'application du cahier des charges, l'effet « plancher » (incapacité du score à montrer une progression en début de processus) du score paraît devoir être limité, cependant le score ne peut en aucun cas se substituer à la mission confiée par la loi aux ARS de veiller au respect de l'ensemble du cahier des charges.

3.1.2 Evolution du score MAIA : comparaison MAIA 24 et MAIA25

Le score MAIA 25 a été calculé à deux reprises pour l'ensemble des 15 sites validés.

Les points de cotation ont été juin 2010 et juin 2011. Il n'était pas possible de coter le score entier MAIA 25 sur les premières périodes de cotation du MAIA 24 (en 2009), car les retours d'information à ces dates n'étaient pas suffisamment précis.

3.1.2.1 Evolution du score MAIA 24 sur 2009-2010

Nous rappelons ci-dessous les figures évolutives que nous avons constatées avec le MAIA 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. A l'inverse, les sites ayant un très faible niveau initial d'intégration ne présentaient pas de caractéristique commune évidente.

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 rejoints 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 serait particulièrement disposé 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 interquartile 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.

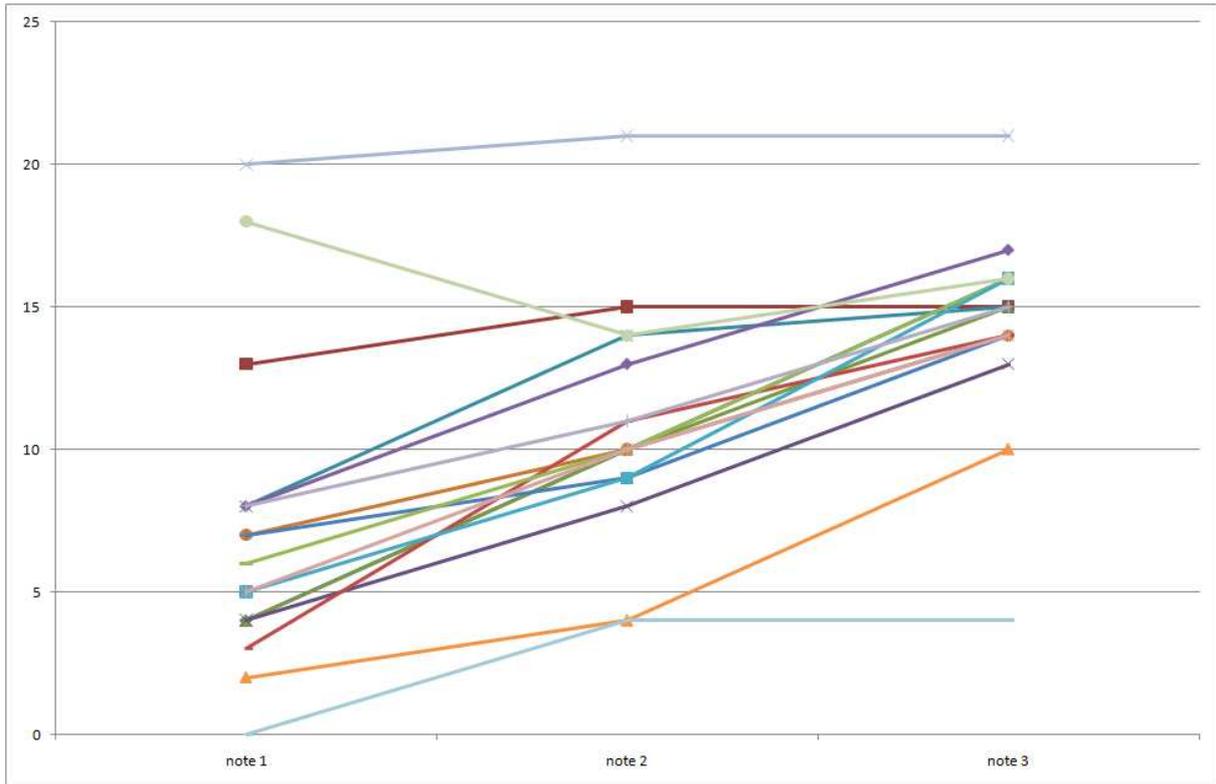


Figure 1 : évolution de la notation des 17 sites

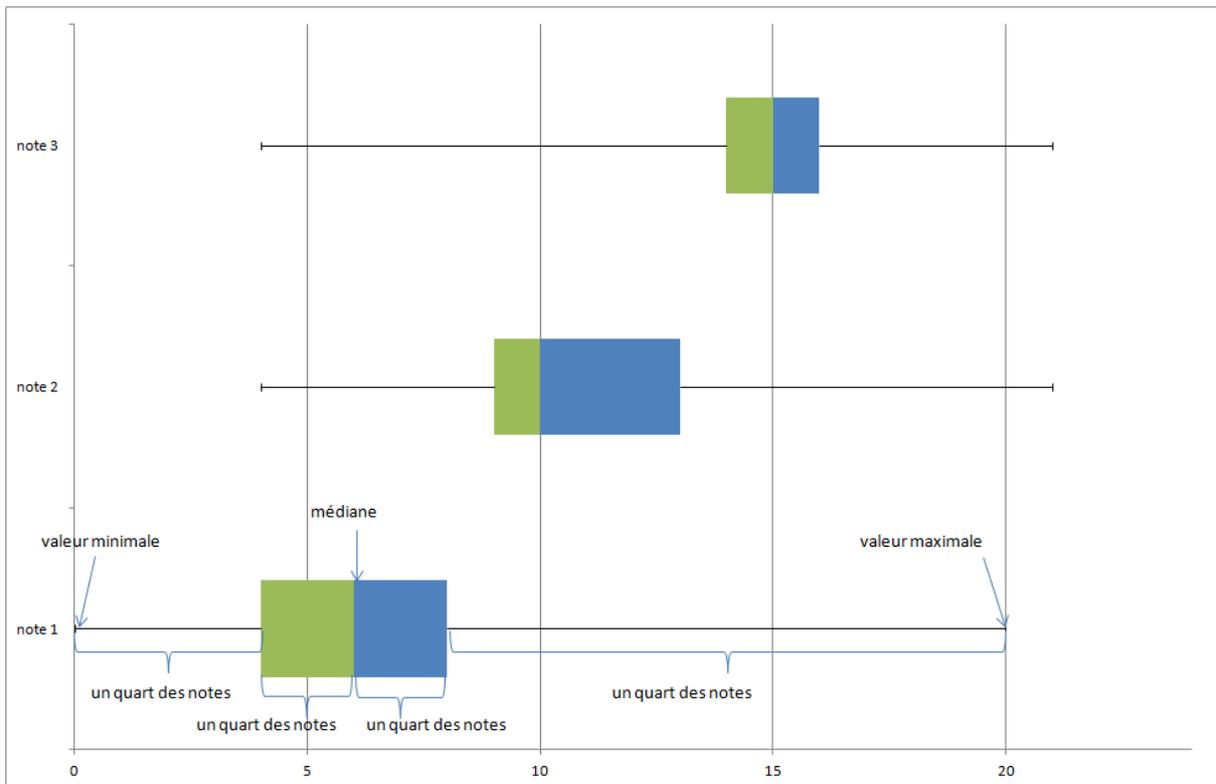


Figure 2 : Répartition des évaluations par MAIA 24 aux trois points de notation

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.

3.1.2.2 Comparaison des scores obtenus avec MAIA 24 et MAIA 25 sur juin 2010

La mesure MAIA 25 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 25.

Quand on compare les notes en juin 2010 entre le MAIA 24 et le MAIA25, les notes sont systématiquement plus basses site par site avec le MAIA 25 ce qui était attendu par la construction du nouveau score

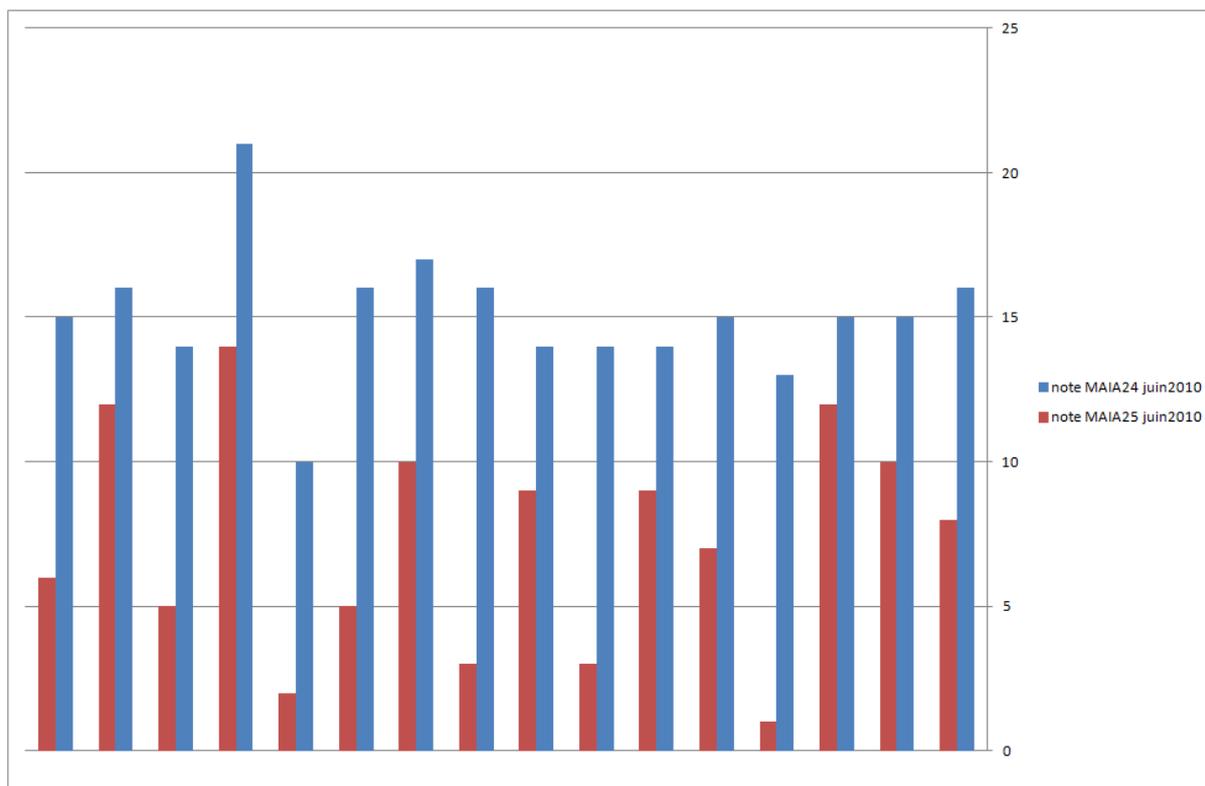


Figure 3 : Notation en juin 2010 par MAIA 24 et par MAIA 25

Le score MAIA 24 avait donné lieu lors du rapport 2010 à une analyse tenant compte à la fois du niveau atteint lors de la dernière notation et se l'évolutivité entre les notes. Par cet algorithme il était tiré 5 groupes de score MAIA 24 dont voici les définitions

Score composite d'évolution :

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

Si le site est au 3e 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 1er 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 3e 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 1er 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

En prenant le MAIA 25 au lieu du MAIA24, il est possible de conserver cette classification sur la dernière notation. Par définition seuls les 1er et 5eme groupes de score MAIA 24 peuvent être modifiés car pour ce qui est des groupes 2, 3 et 4 tenant compte de l'évolution le score ne peut pas être recalculé avec le MAIA 25 par manque de données sur les premiers retours d'information.

En comparant les deux groupages issus des scores, on obtient le tableau suivant

maia 25	maia 24					Total
	1	2	3	4	5	
1	2	1		2		5
2		3				3
3			5			5
4				0		0
5			1		3	4
Total	2	4	6	2	3	17

Tableau 1 : comparaison des groupes issus des scores MAIA 24 et MAIA25 en juin 2010 pour les 17 sites

Il est possible de noter que le score MAIA 25 a tendance à être plus "discriminant" que le score MAIA 24: la catégorie 4 disparaît complètement et les catégories extrêmes (1 et 5) sont renforcées.

Ce score avait été confronté aux avis des experts donnés en 2010 ayant fait des visites sur site également groupé en 5 catégories selon la classification suivante issue de l'ensemble des données récupérées par les experts sur le site

Groupe 1 : Sites ayant implanté une bonne partie du dispositif
Groupe 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 fortes probabilités d'être implanté dans l'année suivante
Groupe 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
Groupe 4 : Les sites qui avaient des difficultés importantes à implanter le dispositif et où les mesures mises en œuvre ou projetées paraissent plutôt tournées vers d'autre(s) objectif(s) que celui de l'implantation du dispositif MAIA
Groupe 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

La comparaison "évaluation qualitative" versus MAIA 24 est rappelée dans le tableau 2

évaluation quali	groupes maia 24					Total
	1	2	3	4	5	
1	2					2
2		2	2	1	1	6
3			2	1		3
4		2	2			4
5					2	2
Total	2	4	6	2	3	17

Tableau 2 : comparaison des Groupes issus de l'évaluation qualitative et des catégories de score MAIA 24

La même comparaison est possible avec le nouveau score.

évaluation quali	groupes maia 25					Total
	1	2	3	4	5	
1	2					2
2	2	1	2		1	6
3	1		1		1	3
4		2	2			4
5					2	2
Total	5	3	5	0	4	17

Tableau 3 : comparaison des Groupes issus de l'évaluation qualitative et des catégories de score MAIA 25

Le nouveau score n'améliore pas la concordance entre l'évaluation qualitative et l'évaluation par le score. Il est important de noter que cet objectif de meilleure concordance ne faisait pas partie des objectifs liés à la révision du score puisque selon l'avis des experts une évaluation par visite d'expertise paraît nécessaire pour le processus de validation pour tenir compte du fait que les documents qui servent à la cotation du score MAIA ne sauraient à eux-seuls rendre parfaitement compte de la dynamique intégrative et de son déploiement entre les partenaires MAIA.

3.2. MAIA 25 entre juin 2010 et juin 2011

L'année 2011 a été l'occasion de confronter à nouveau, comme nous l'avions fait lors du premier tour d'expertise, les résultats quantitatifs du score MAIA 25 avec une approche qualitative plus globale qui provenait à la fois de l'ensemble des entretiens et observations réalisées durant les visites sur chaque site.

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

Première notation :

A la première notation, les scores attribués variaient de 2 à 16 ; le score médian était de 4 ; un quart des sites avaient un score de 3 ou moins et pouvaient être considérés comme ayant un faible niveau d'intégration en juin 2010 ; un quart des sites avaient un score supérieur à 6 et pouvaient être considérés comme ayant un niveau d'intégration élevé en juin 2010.

Deuxième notation :

A la deuxième notation, les scores attribués variaient de 2 à 14 ; le score médian était de 8 ; un quart des sites avaient un score inférieur à 5, un quart des sites avaient un score supérieur à 10. Durant l'année 2010-2011, on enregistre donc un mouvement intégratif continu (en moyenne). La seule caractéristique commune des 4 sites qui appartiennent au dernier quartile est la relative petite superficie du territoire couvert par le dispositif MAIA.

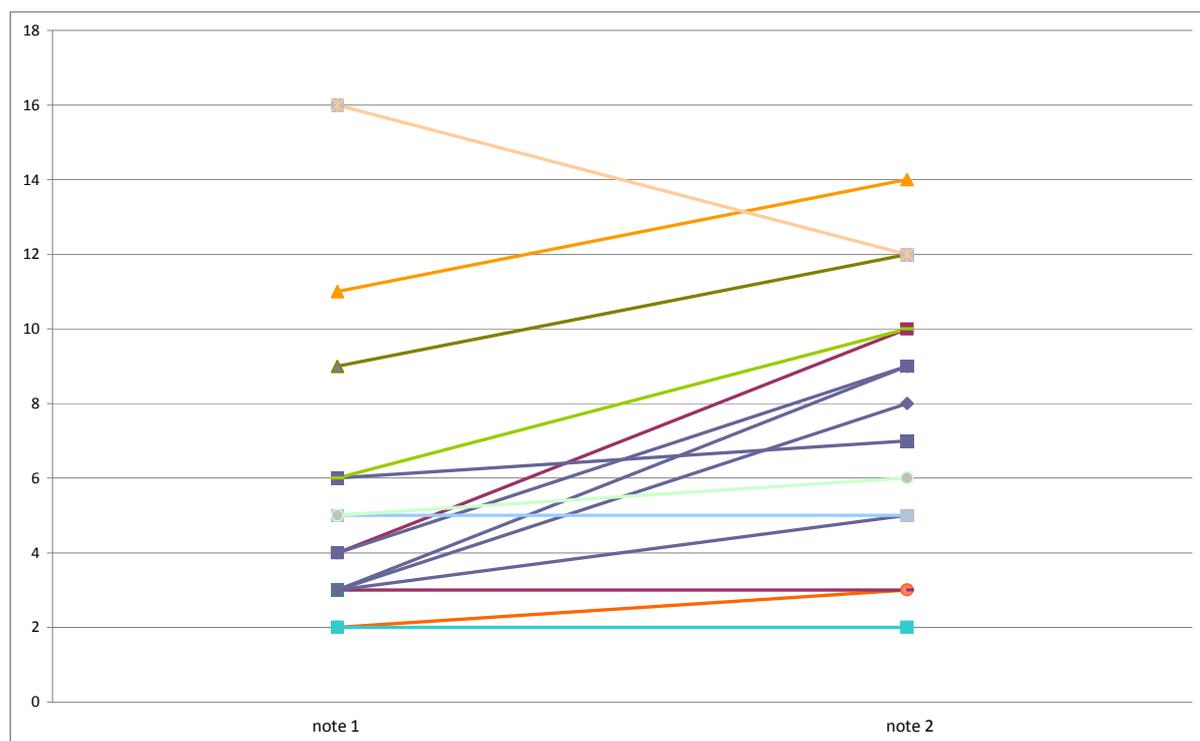


Figure 4 : évolution de la notation des 15 sites entre juin 2010 et juin 2011

5 sites paraissent progresser très peu durant cette période, les trois sites ayant reçu des réserves font partie de ce groupe. Les réserves touchaient en effet souvent des éléments indispensables à l'évolution vers l'intégration, mais plutôt de nature préalable au mouvement intégratif (implication de l'ensemble des décideurs, redécoupage territorial, etc...). L'énergie des sites ayant reçus des réserves semble ainsi s'être focalisées sur celle-ci avec parfois comme effet corollaire une diminution du travail intégratif sur d'autres composantes. Deux autres sites ont eu des difficultés à progresser durant l'année malgré l'absence de réserves. Les deux sites étaient confrontés à un territoire très vaste, ne répondant pas au cahier des charges avec des difficultés à remettre en cause la territorialité.

Un site ayant pourtant une intégration assez importante initialement connaît une baisse importante du niveau d'intégration en raison du désengagement du conseil général.

Contrairement à ce qui avait été constaté durant la première année, le mouvement enregistré n'est pas seulement une réduction de la dispersion des notes (figure 2). En effet si l'écart entre la note maximale et la note minimale diminue effectivement de façon très nette, par contre l'écart entre les quartiles augmente, ce qui semble rendre compte d'une évolution durant l'année 2010-2011 plus hétérogène que durant l'année 2011.

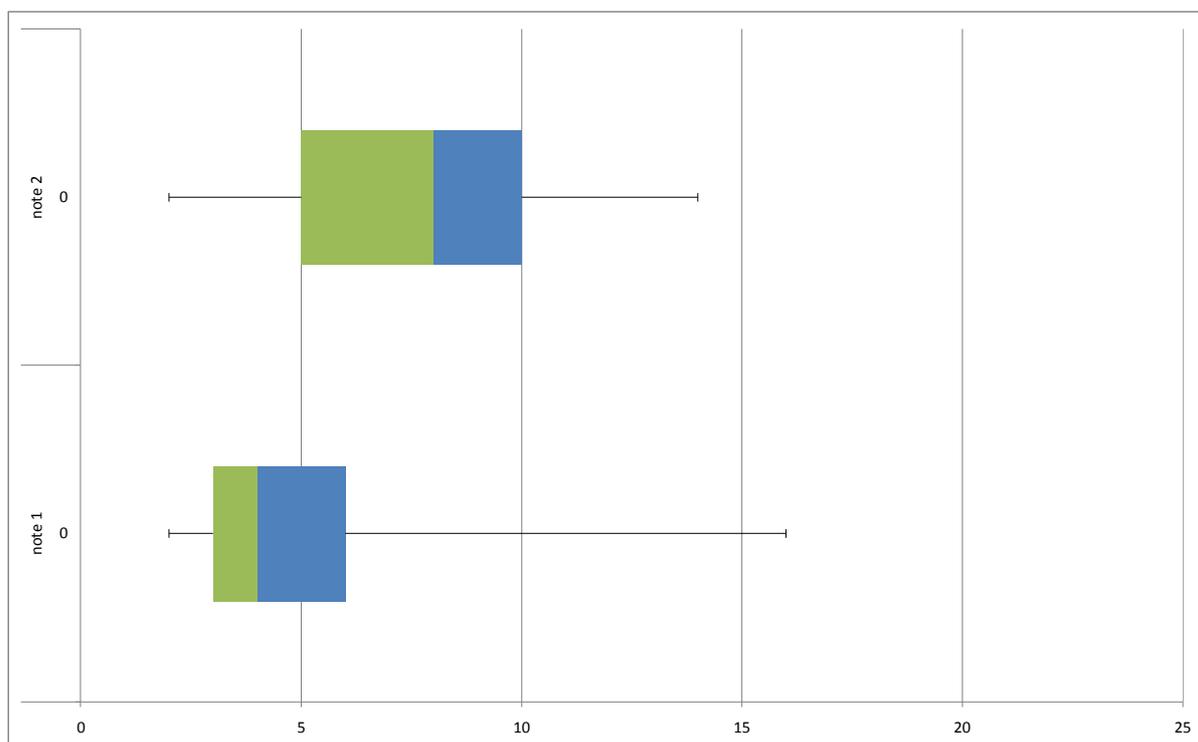


Figure 5 : Répartition des évaluations par MAIA 25 entre juin 2010 et juin 2011

3.3. 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), 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 typologie de 2010 ne s'appliquait pas de façon intuitive à cette nouvelle année. 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.

3.3.1. Les sites qui progressent en se basant sur des tables de concertation en place, mais où le rôle de la table stratégique doit être renforcé. Le guichet intégré au moment des visites sur ces sites était encore en « chantier » et ne pouvait pas être considéré comme parfaitement fonctionnel. Ces 4 sites étaient tous dans une réflexion d'élargissement du territoire du dispositif MAIA. La composante GC paraissait la plus hétérogène entre les différents sites. A noter que même si l'un des sites est opérationnellement construit, le désengagement du conseil général progressif du projet entraîne une vive inquiétude sur la possibilité à termes de poursuivre le projet collaboratif. Ce site perd 4 points au score MAIA 25 sur la période (et reste cependant du fait des acquis dans les sites les plus proches du fonctionnement MAIA sur le plan opérationnel), les trois autres sites sont également ceux qui enregistrent la plus forte progression sur le score MAIA 25 durant la période (de +3 à +6 points)

3.3.2. Les sites qui progressent en se basant davantage sur la gestion de cas. Ces quatre sites ont un niveau très hétérogène d'implantation des autres composantes révélant des difficultés à préciser le niveau d'implantation du dispositif. Les motivations et incitatifs locaux sont souvent présents mais de façon également hétérogène. Les experts considèrent que ces sites poursuivent actuellement le travail intégratif avec succès et devraient être encouragés dans cette voie. Un de ces sites était toujours durant la période en pleine réflexion de territorialité ce qui empêchait de poser les actes nécessaires pour les points du MAIA 25 il ne progresse que d'un point et constitue le site ayant le plus grand écart entre évaluations qualitative et quantitative. Les trois autres sites montrent des progressions en score de même nature que le premier groupe (+4 +5 et +6). Le croisement des évaluations qualitatives et quantitatives trouve beaucoup de sens dans ce groupe.

3.3.3. Les sites qui « patinent ». Ce sont des sites qui ont des opportunités réelles de mise en place de l'intégration du fait de la mise en œuvre partielle du modèle sur la première année. Ces deux sites sont en général confrontés à une difficulté d'implantation de l'une ou l'autre des composantes ou à des difficultés de pilotage. Durant l'année écoulée,

L'avancée paraît très faible dans le processus d'intégration toutefois les conditions favorables à la mise en œuvre persistent. La progression au score MAIA 25 n'est que de +1 et +3 points.

3.3.4 Les sites « en panne » de pilotage. Ce sont deux sites qui se différencient des précédents par un travail de remise en cause du pilotage réalisé jusque-là. Ainsi, non seulement le processus intégratif a peu évolué durant l'année, mais les conditions de son déploiement se sont souvent profondément modifiées durant l'année rendant complexe la possibilité pour les experts de se prononcer sur la suite (les experts n'excluent pas l'hypothèse que ces modifications aient été bénéfiques en termes de condition pour une implantation ultérieure, mais constatent que les sites ont seulement peu progressé en un an). Sur la période les deux sites n'enregistrent aucune variation du score total MAIA 25 (à noter cependant que les points ne sont pas forcément distribués sur les mêmes composantes).

3.3.5. Les sites où le travail poursuit essentiellement d'autres objectifs que le processus collaboratif MAIA. Trois sites sont dans cette situation où pour l'essentiel le projet MAIA reste un projet « de structure ». Les porteurs eux-mêmes (ou le pilote) ayant beaucoup de difficultés à entrer dans le rôle de partenaires des tables tactiques et à quitter leur projet initial qui n'était pas celui de la mise en place d'un label collectif. Les sites de ce groupe ont des scores globaux MAIA 25 faibles à la dernière notation (2, 3 et 5) et n'ont enregistré que de faibles variations sur la période (entre 0 et +2).

3.4. Leçons pour le label

Les deux vagues d'évaluation des experts confirment l'intérêt d'une double évaluation de l'implantation du dispositif MAIA. Le score quantitatif sert principalement « d'alerte » lorsque ce score est bas et le reste, ne progresse pas ou est en baisse, la probabilité que le processus MAIA ne s'implante pas correctement est élevée. Lorsque le score progresse bien et atteint en 18 mois des scores autour de 9-10, la probabilité que le dispositif soit en bonne voie d'implantation est élevée. Toutefois, il peut y avoir de bonnes raisons localement de ne pas faire progresser le score sans que cela soit délétère au processus intégratif (changement de pilote par exemple, ou travail de définition territorial ou encore conventionnement). Inversement, même si cet effet est mieux contrôlé avec cette version du score il peut arriver qu'un score élevé soit en réalité artificiel et ne reflète pas la réalité du processus intégratif. Dans les deux derniers cas, une visite d'experts sur site permet de redresser l'évaluation.

Le processus complet de labellisation pourrait donc se concevoir avec une partie de surveillance quantitative, en demandant expressément aux pilotes de ramener de façon régulière les éléments du MAIA 25 au niveau régional et s'appuyer au final sur des visites d'experts.

Comme l'année dernière le seul élément déterminant sur l'évolution de l'intégration en 2010-2011 est la bonne territorialité du projet initial (territoire de taille variable, mais sur lequel le promoteur est fortement légitime et en capacité de mobiliser les partenaires).

3.5. Entretien-Questionnaire avec les pilotes

Tous les pilotes ont été interrogés. Sur deux sites, il y a eu deux entretiens de pilotage, portant ainsi le nombre d'entretiens par questionnaire à 17. Au total, 3 pilotes étaient nouvellement arrivées, deux en remplacement pour congé maternité et un suite au départ du pilote en poste, ce qui porte à 20% environ le taux de renouvellement de l'effectif et pose un problème de reproductibilité des résultats entre 2010 et 2011.

La répartition des pilotes par profil d'expérience antérieure est rapportée dans le tableau suivant et révèle une certaine hétérogénéité des profils initiaux. Parmi les 17 pilotes, 11 déclaraient avoir une expérience professionnelle dans l'aide ou les soins aux personnes âgées ou en situation de handicap et 10 déclaraient avoir une expérience professionnelle antérieure en gestion de projet.

A la question de mettre en balance l'importance des compétences cliniques et des compétences en gestion de projet, les pilotes répondent quasi unanimement que les deux compétences sont strictement tout aussi importantes, seuls deux pilotes cotent un très léger avantage (1 sur une échelle qui pouvait aller de 1 à 5) pour les compétences de gestion de projet, aucun pilote ne considère les compétences cliniques comme prépondérantes. Ce résultat confirme le résultat trouvé en 2010 sur l'importance dans le pilotage d'avoir une expérience clinique selon les pilotes en poste, même si l'évaluation des sites MAIA par les experts ou par la notation MAIA 25 ne parvient

Formation initiale	expérience clinique	expérience gestion de projet	Total
Assistante Sociale	5	3	5
Attaché territorial	0	1	1
CESF+ DU gérontologie+ Diplôme de cadre	1	1	1
DESS formation adulte et développement local	0	1	1
Ergothérapeute	1	0	1
IDE	1	1	2
Master promotion éducation santé	0	1	1
Master promotion santé et évaluation des politiques sociales	0	1	1
Médecin	1	0	2
Psychologue+DU psycho gérontologie	1	0	1
Psychologue	1	1	1
Total	11 (65%)*	10 (59%)	17

** certaines données sont assorties de pourcentage afin de donner une idée des proportions que nous rapportons, toutefois les rédacteurs attirent l'attention sur le fait qu'étant donné les effectifs, ces pourcentages sont très peu précis, l'intervalle de confiance à 95% de ces pourcentages est souvent extrêmement large. Le total peut dépasser 100% en raison de l'arrondi.*

La répartition du mode de pilotage défini selon les typologies que nous avons dégagée dans le premier rapport est la suivante selon les déclarations des pilotes eux-mêmes (tableau). Nous rappelons que le copilotage signifie que chaque pilote était capable d'assumer seul l'ensemble des tâches de pilotage en l'absence de son *alter ego*, que le pilotage avec adjoint se définit lorsque 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, que le compagnonnage se définissait lorsque le pilote préférait s'appuyer sur une aide extérieure devant certaine décision difficile à prendre, ce compagnonnage s'exerçait parfois avec le promoteur (dans cette typologie la plupart des décisions de pilotage sont prises à plusieurs), enfin par défaut le mode de pilotage « seul » lorsque le pilote est clairement identifié comme seul responsable du pilotage du projet. Contrairement à ce que nous écrivions dans le rapport 2010, lorsque l'on se base sur les déclarations des pilotes sur leur mode de pilotage, il n'est pas possible de déterminer un mode de pilotage plus ou moins efficace que les autres. Le nombre de pilotes déclarant travailler en compagnonnage est plus important que celui qui avait été établi au premier tour, soit que ce mode de pilotage soit en fait réellement plus fréquent qu'il n'y paraissait, soit que les pilotes aient préféré déclarer cela pour des raisons personnelles (par exemple pour signifier que leur promoteur était investi dans le projet). A noter sur les deux sites où deux personnes ont été interrogées, leur réponse était sur ce point concordante.

Pilotage	Total
Adjoint	3 (19%)
compagnonnage	7 (44%)
Copilotage	3 (19%)
Seul	3 (19%)
Total	16

Dans le premier rapport, nous avons identifié des variations dans la façon dont les pilotes s'approprient différentes tâches qui semblaient liés au pilotage. Il semblait que les pilotes qui ne s'appropriaient pas certaines de ces tâches estimaient qu'elles revenaient au promoteur.

Nous avons systématiquement demandé leur avis aux pilotes sur la répartition des tâches entre pilotes et promoteurs sur différentes tâches qui nous semblaient toutes liées au pilotage selon le modèle MAIA. La question permettait de rendre compte d'un éventuel partage de la tâche en indiquant une gradation. Ainsi la réponse « pilote2 » signifiait que la tâche était entièrement une tâche de pilote, la réponse « pilote 1 » signifiait qu'il s'agissait d'une tâche du pilote, mais que le promoteur pouvait y participer jusqu'à environ 25% de l'exécution. La réponse 0 montrait que c'était une tâche à peu près équitablement partagée, etc. Le tableau synthétise les résultats.

Globalement une majorité des répondants estiment que ces tâches sont le plus souvent du domaine d'action du pilote seul. Toutefois il se dégage du tableau l'impression qu'une majorité de pilotes se situe dans une attitude d'assistance vis-à-vis de la table stratégique plus qu'en position centrale vis-à-vis du pilotage. Ainsi les rencontres avec les partenaires et les invitations sont des tâches partagées, ainsi que l'ensemble des tâches qui touchent la table stratégique. Le paroxysme étant sur l'ouverture de la table stratégique qui, selon les pilotes, est une tâche du promoteur dans la majorité des cas.

Lors de la passation du questionnaire, les pilotes ont fréquemment posé à l'interviewer la question de savoir s'il devait répondre selon ce qu'ils pensaient, ce qui leur était demandé ou la réalité. Cette question soulève donc l'existence d'un écart suffisamment grand entre les réponses selon le point de vue adopté. La question n'était pas prévue au protocole, aussi l'interviewer a laissé libre choix au répondant d'adopter le point de vue qu'ils souhaitaient pour répondre. Tous les pilotes qui ont posé la question ont finalement répondu selon ce qu'ils pensaient.

Tâches	Tâche du pilote autant					Aucun des deux
	Tâche du pilote 2	Tâche du pilote 1	que du promoteur 0	Tâche du promoteur 1	Tâche du promoteur 2	
Invitation d'un nouvel acteur stratégique à participer	3	6	4	2	2	
Invitation d'un nouvel acteur tactique à participer	9	4	3	1		
Rencontre d'un acteur stratégique entre 2 tables stratégiques	2	6	6	2		1
Rencontre d'un acteur tactique entre 2 tables tactiques	8	4	4			1
Préparation ordre du jour table tactique	16	1				
Envoi ordre du jour table tactique	1	14		1	1	
Ouverture de la réunion table tactique	12		2		3	
Animation de la réunion table tactique	14	2	1			
Conclusion de la réunion table tactique	14	2			1	
Rédaction du CR de la réunion de table tactique	15	1	1			
Envoi du CR de la réunion de table tactique	13	3			1	
Préparation ordre du jour table stratégique	5	5	5	2		
Envoi ordre du jour table stratégique	2	5	7	2	1	
Ouverture de la réunion table stratégique	4	2	1	1	9	
Animation de la réunion table stratégique	6	4	4	2	1	
Conclusion de la réunion table stratégique	4	3	4	2	4	
Rédaction du CR de la réunion de table stratégique	9	2	4	1	1	
Envoi du CR de la réunion de table stratégique	10	5	1		1	
Gestion de l'équipe de gestionnaire de cas	11	3	1			2
Gestion financière de la convention CNSA	2		6	1	7	1
Gestion des rapports avec EPN CNSA	3	9	2	1	2	

En termes d'autonomie décisionnelle on retrouvait, ce pilotage partagé. Il était demandé au pilote de coter leur autonomie décisionnelle sur une échelle de 0 à 10 où 0 était l'absence totale d'autonomie décisionnelle (toute décision doit être approuvée par quelqu'un d'autre avant d'être mise en œuvre) et 10 où l'autonomie décisionnelle est totale pour ce qui concerne le pilotage (ce qui n'enlève pas l'exigence de devoir rendre compte des décisions prises et de leur efficacité).

Le score moyen est de 5,03 +/- 2,72, la médiane est à 5 et le score minimal est de 1 maximal de 10. Il existe donc d'importantes variations dans la façon dont les pilotes ont pu exercer leurs tâches de pilotage même si la majorité l'exerce de façon partagée. Cela souligne la nécessité de formation des promoteurs qui avait déjà été rapportée dans le premier rapport et qui a été mise en œuvre lors du déploiement des 40 nouvelles MAIA en 2011. Le nombre de fois

où les pilotes échangent avec le promoteur sur la conduite de projet est en moyenne de 3,8 fois, mais varie encore de façon importante de 1 tous les 2 mois à 15 par mois. Il n'y a pas de lien statistique entre le nombre de contacts et l'autonomie décisionnelle. Quel que soit le nombre de contacts, l'intensité de l'implication des promoteurs a été jugée en moyenne comme étant forte par les pilotes (note en moyenne de 7,2 sur une échelle de 0 à 10).

Lors de la première évaluation, nous avons eu le sentiment au travers des discours des personnes rencontrées que le projet MAIA était encore souvent le projet d'une structure ou d'une institution plus qu'un projet collectif porté en commun par un partenariat. Un an après, nous souhaitions réévaluer cette impression. Nous avons donc demandé le sentiment subjectif des pilotes sur le fait que leurs partenaires voyaient en ce moment le projet plutôt sous la forme d'un projet de structure ou d'institution ou plutôt comme un projet collectif. La nuance était possible avec une cotation variant de 0 à 5 dans les deux sens ou zéro était une position d'équilibre témoignant que les partenaires voyaient dans le projet autant d'aspects partenariaux que propre à la structure ou qu'à peu près la moitié des partenaires estimaient le projet comme collectif et l'autre moitié comme propre à la structure. Les résultats sont synthétisés dans le tableau. Ils montrent que les projets sont dans leur majorité encore dans une position intermédiaire entre le projet collectif et le projet de la structure/institution qui porte le projet. Selon les pilotes on enregistre une évolution de cette identification sur la dernière année vers le projet collaboratif dans 10 cas, pas d'évolution (y compris ceux qui étaient déjà l'année dernière identifiée comme un projet collaboratif) dans 6 cas. L'évolution ne se fait que dans un seul cas dans le sens contraire. Il s'agit d'un site ayant un double pilotage et le deuxième pilote ne partage pas cette opinion.

Identité du projet	Total
MAIA5	1
MAIA4	1
MAIA3	2
MAIA2	1
MAIA1	2
Equilibre 0	9
Porteur2	1
Porteur3	2
Porteur5	3
Total	22

Il peu paraître critiquable d'avoir posé la question aux pilotes et pas aux partenaires eux-mêmes. Les moyens dédiés à l'évaluation et le temps disponible sur chaque site ne permettaient cependant pas de rencontrer un nombre suffisant de partenaires. La dispersion des réponses, et la cohérence de ces réponses avec l'impression des experts permettent a posteriori de valider les résultats présentés.

De la même façon, il était demandé aux pilotes de statuer sur l'évolution dans la dernière année de la composante concertation tactique. Il était rappelé avant la question que selon le modèle MAIA le pilote n'est pas imputable de ce résultat, il est imputable de mettre en œuvre les conditions de l'émergence de la concertation, mais celle-ci relève au final des acteurs eux-mêmes. Ainsi, 7 pilotes estimaient que cette composante avait progressé durant l'année, 7 qu'elle était restée stable (ce qui est probablement un excellent résultat en deuxième année) et 3 estimaient qu'il y avait eu une dégradation de cette composante. Les raisons de la dégradation pouvaient cependant être de différentes natures. Dans un cas, l'essentiel de l'effort du pilotage sur la dernière année avait été dirigé par la nécessité de réunir une table stratégique réellement décisionnaire. L'intensité du travail à ce niveau s'était accompagnée selon le pilote d'une diminution de l'intensité des échanges en table tactique. Dans le deuxième et le troisième cas, la période de « mise sous réserve » des sites avaient conduit à une remise en cause conduisant soit à une situation de tension entre partenaires, soit comme dans le premier cas à un « détournement » des actions pour renforcer la table stratégique.

Ainsi ils sont 12 à estimer que la composante concertation stratégique progresse durant la dernière année, 4 à la considérer comme stable et un seul à considérer qu'elle s'est dégradée (ce n'est pas le même pilote que celui qui considérerait cela pour la table tactique, mais il s'agit d'une pilote nouvellement nommée).

Globalement ces résultats sont encourageants, car la dimension concertation stratégique était celle qui paraissait l'année dernière la moins bien implantée. Le rôle qui a été donné aux ARS par la loi d'être garant du respect du cahier des charges a profondément influencé de façon positive l'évolution de la concertation stratégique.

Les pilotes étaient toujours capables de citer des décisions récentes prises collectivement par la table tactique. La plupart du temps il s'agissait de décision en lien avec la mise en œuvre opérationnelle du projet lui-même (validation de procédure ou d'outils, définition de processus touchant la gestion de cas). Plus rarement il s'agissait de décision pouvant modifier les rapports des organisations entre elles (définition des engagements pour être membre du guichet intégré, répartition des sièges en table tactique, réflexion sur la territorialité). Les pilotes étaient parfois pris au dépourvu pour citer une décision prise en table stratégique. Trois d'entre eux ne parviennent pas à le faire ou déclarent qu'aucune décision n'avait été prise.

La projection dans l'avenir des pilotes concernant l'utilité des tables est assez faible. Leur réponse concernant la table tactique témoigne principalement de la volonté de « maintenir le cap ». Dans six cas il est question de la responsabilité vis-à-vis des données produites (observatoire) afin de pouvoir solliciter la table stratégique de façon collective. Par contre des actions de réorganisation interne à chaque acteur tactique pour rendre plus efficient l'ensemble des services ne sont pas évoquées. Les fonctions de la table stratégique sont par contre plutôt bien projetées avec les dimensions de planification conjointe et de garantir les conditions de persistance de la MAIA. De façon intéressante un des pilotes projette que dans l'avenir l'existence de plusieurs MAIA sur un département modifiera à la fois les décisions de table tactique (tenir compte de ce qui se passe ailleurs) et de la table stratégique (évidemment).

Les théories de diffusion de l'innovation distinguent en général deux catégories d'acteurs clefs : les « early adopter » qui sont prêt à modifier le fonctionnement habituel (pré-innovation) dans leur propre pratique (par exemple pour les MAIA, il s'agirait d'acteurs qui planteraient un outil commun rapidement à l'intérieur de leur structure) ; et les « champions » qui sans qu'ils modifient forcément profondément leur propre pratique tentent de convaincre du bien-fondé de l'innovation et sont efficace à le faire (par exemple pour les MAIA, il s'agirait d'acteurs ayant permis à tel partenaire « réfractaire » de rejoindre la table tactique ou stratégique).

Les réponses des pilotes concernant l'existence ou l'absence de tels acteurs clefs sont en général peu discriminantes de leur propre histoire d'implantation. Le seul critère qui semble déterminant est l'absence de champion au niveau stratégique. En effet, aucun pilote du groupe des sites ayant bien implanté le dispositif (groupe 1) ne signale aucun champion à la table stratégique.

L'interprétation de ces résultats semble être que la présence ou l'absence d' « early adopters » et de « champions » ne semblent pas avoir une influence déterminante sur le processus de construction des MAIA même si la présence de « champion » au niveau stratégique pouvait être une légère condition favorable (ou en tout cas améliorer le rythme d'implantation).

Nous avons demandé aux pilotes leur sentiment sur le fait que les relations entre les gestionnaires de cas et les autres professionnels étaient principalement marquées par la coopération ou la réticence. Les résultats confirment ceux de la première vague qui montrait plutôt un sentiment de bonne réceptivité de la gestion de cas parmi les professionnels (plutôt plus forte que celle du dispositif MAIA dans sa globalité) avec 14 réponses sur 17 en faveur d'une coopération. L'évolution étant toujours vers l'amélioration (ou la stabilité pour ceux qui avaient une bonne réceptivité dès l'année dernière).

Les partenaires les plus coopérants ou les plus résistants sont divers et variés. Il n'est pas possible de définir un type de partenaire qui serait « par nature » sur l'ensemble des sites toujours le plus coopérant ou le plus résistant. Contrairement à ce qui aurait pu être attendu, la nature de la structure promotrice, ou le champ professionnel d'origine majoritaire dans la MAIA ne sont pas de bons prédicteurs des partenaires les plus coopérants et les plus résistants (ainsi dans des MAIA portées par des structures médico-sociales, et avec des gestionnaires de cas assistants sociaux, les hôpitaux peuvent compter parmi les partenaires les plus coopérants et les équipes médico-sociales parmi les plus résistants mais l'inverse existe également). Tout se passe comme si la structure porteuse était relativement peu présente en termes de résistance ou de coopération au niveau professionnel avec les gestionnaires de cas.

relation GC-autre professionnels	Total
Coopération très forte	3 (18%)
Coopération pour environ 75% des partenaires	11 (65%)
Equilibre entre coopération et réticence	2 (12%)
Réticence touchant environ 75% des partenaires	1 (6%)

Total	17
-------	----

Concernant l'implication des pilotes dans l'usage par les gestionnaires de cas des outils cliniques. Une question leur était posée de choisir entre plusieurs attitudes qui nous avaient semblé se dégager du discours des pilotes lors de la première phase d'évaluation, celle qui décrivait le mieux leur propre pratique. Il est frappant de constater que deux des attitudes qui nous semblaient soutenues par le discours des pilotes concernant les outils l'année dernière

Attitude concernant l'usage des outils par les GC	Total
prescription des méthodes de travail/suivi de l'application/contrôle de l'application	0
incitation active à l'utilisation/suivi de l'application	9
soutien à l'utilisation/pas de suivi	6
respect de l'autonomie professionnelle/confiance	0
retrait ce n'est pas de mon rôle	1

L'opinion des pilotes sur la qualité des dossiers des gestionnaires de cas est moyenne les notes sur une échelle qui allait de zéro (absence de dossier ou dossier de très mauvaise qualité) à 10 (dossier d'excellente qualité) s'échelonnent de 5 à 9 la moyenne est à 6,6 +/-1,3, la médiane à 7. Cela reflète la qualité moyenne des dossiers tels qu'a pu l'évaluer le second volet de l'étude POEM. Deux points sont à signaler ici :

- Les pilotes dans l'ensemble ne portent pas un jugement négatif sur cet état de fait, mais le considèrent plutôt comme une appropriation progressive des gestionnaires de cas à leur mission (commentaires libres donnés par les pilotes au moment du recueil des données.
- Les pilotes sont dans l'ensemble moins investis qu'ils ne le déclarent dans le suivi des pratiques professionnelles et ont eu en général beaucoup de difficultés à répondre.

De même les pilotes situent plutôt bien le caractère complet ou non des dossiers avec selon une majorité d'entre eux une majorité de dossiers incomplets (ce qui a été constaté dans l'étude POEM). A noter, un pilote ne s'est pas prononcé sur la question.

pourcentage complet	Total
0-15	2 (13%)
15-50	9 (56%)
50-75	3 (19%)
75-90	2 (13%)
>90	0
Total général	16

De façon un peu paradoxale avec ces résultats qui semblent témoigner d'une assez bonne connaissance du contenu des dossiers par les pilotes. Les mêmes pilotes sont 7 sur 17 à affirmer ne jamais regarder les dossiers et ils ne sont que 4 à le faire de façon régulière ou fréquente. Cet état de fait semble indiquer que c'est plus par l'échange avec les gestionnaires de cas que par le contrôle que les pilotes connaissent le contenu des dossiers. Cependant cela dénote une possible insuffisance d'appréhension par certains pilotes d'une certaine responsabilité vis-à-vis des partenaires de la qualité des données issues de la gestion de cas.

Fréquence du regard du pilote sur la qualité ou la complétude des dossiers	Total
Souvent	1 (6%)
Régulièrement	3 (18%)
De temps en temps	4 (24%)
Rarement	1 (6%)
Jamais	7 (41%)
Ne se prononce pas	1 (6%)
Total général	17

A la question d'estimer le sentiment des gestionnaires de cas vis-à-vis de l'usage d'un outil, sur une note de 0 à 10 où zéro est l'absence totale de confort d'utilisation (pas du tout à l'aise) et 10 le confort total (parfaitement à l'aise), les notes du RAI et du SMAF sont équivalentes moyenne 8 médiane 8, la note concernant l'OEMD complet comprenant le SMAF est plus basse confirmant les données du projet POEM sur le sentiment que l'outil est en fait double (moyenne 6 médiane 5) et de même niveau que celle donnée au GEVA-A (moyenne 5,8 médiane 5)

Par contre les pilotes sont bien persuadés que l'usage d'un outil d'évaluation multidimensionnel est une condition pour l'exercice de la gestion de cas (notes très homogènes à 9,4 +/- 1,0 affirmant le caractère quasi impossible de la gestion de cas sans outil et de 8,9 +/- 1,7 sur l'importance de sa standardisation).

L'analyse de l'association des mots et des idées n'a pas permis d'éclairer la recherche sur la compréhension « intime » des pilotes du modèle de gestion de cas. Malgré les consignes les réponses ont souvent été un moyen détourné de retourner vers le lexique sémantique des MAIA (« ensemble » pour MAIA par exemple...).

3.6. Questionnaire préalable à la visite

L'appellation des mécanismes de concertation n'est pas totalement sans rapport avec les représentations de ce que les personnes qui y participent viennent y faire. Ainsi, certaines appellations sont porteuses d'une attitude plutôt « passive » des participants (comité de suivi), et certaines laissent l'organisation pratique des décisions à d'autres (comité de pilotage) et dans ce cas force est de constater que les personnes réunies présupposent que ce qui sera « piloté » par le groupe doit être « implanté » par d'autres (mais sans forcément préciser qui). Enfin, certaines appellations sont liées à du conseil (comité « technique ») ce qui laisse encore une fois les participants à distance du projet. L'idée de construire une table de concertation est de créer un espace de prise de décision commun. Cet objectif étant rarement atteint à court terme, il s'agit au moins de donner un espace de résolution des conflits, de négociation et d'adaptation de l'innovation.

La plupart des sites ont choisi pour leur mécanisme de concertation tactique des noms « neutres » (comité ou table tactique). Certains ont hérité le nom de l'expérimentation PRISMA France (comité local opérationnel). Les appellations qui peuvent prêter à confusion (comité de pilotage, de suivi ou technique) sont rares. Certaines appellations sont plus spécifiques (soit en lien avec un territoire ou mentionnant l'objectif de la concertation). Le fait de signifier dans l'appellation que les réunions s'inscrivent dans une expérimentation peut à la fois avoir un aspect positif de motivation (participation à une innovation), mais également négatif (ce qui est « expérimental » ne se conçoit pas forcément dans la durée).

Nom des réunions de concertation tactique	Total
Comité tactique	4 (27%)
Table tactique	3 (20%)
Comité local opérationnel	2 (13%)
Comité de pilotage	1 (7%)
Comité de suivi, <i>mais en train d'être redéfini</i> (Table de concertation tactique)	1 (7%)
Comité de territoire	1 (7%)
Comité tactique expérimentation MAIA	1 (7%)
Comité technique local MAIA	1 (7%)
Table de concertation tactique	1 (7%)
Total général	15

De même les appellations des mécanismes de concertation stratégique sont, le plus souvent, neutres. Trois d'entre elles mentionnent le niveau départemental de cette concertation, une seule la fonction de la réunion (la concertation). A noter l'appellation de « conseil » une seule fois, mais qui évoque une représentation d'une autre nature. Il est intéressant de noter que cette appellation a été donnée sur un site qui avait une grande implication politique au niveau du conseil général.

Nom des réunions de concertation stratégique	Total
Table stratégique	5 (33%)
Comité stratégique	4 (27%)
Comité de pilotage <i>mais redéfini récemment en</i> Table de concertation stratégique	1 (7%)
Comité de pilotage départemental de l'intégration des services	1 (7%)
Comité de pilotage expérimentation MAIA	1 (7%)
Comité départemental stratégique	1 (7%)
Conseil départemental stratégique	1 (7%)
Table de concertation stratégique	1 (7%)
Total général	15

Le nombre de réunion de la table tactique depuis le début de l'expérimentation MAIA variait de 1 à 13 selon les sites (médiane à 7, moyenne 7.1 +/- 3.3) dont entre 1 et 9 dans les 12 derniers mois (médiane 4, moyenne 3.8 +/- 2.1). Ces réunions avaient entre 4 et 12 structures/institutions représentées (médiane 5, moyenne 6.7 +/- 2.5), entre 7 et 19 y étaient invitées (médiane 9, moyenne 11.9 +/- 4.4). Tous les sites avaient au moins un représentant ARS et un représentant du Conseil Général invités à la table de concertation stratégique.

Concernant la table tactique, deux sites avaient constitué des tables pour des « sous-territoires » du territoire MAIA au moment de l'évaluation des experts (2 autres sites étaient en réflexion sur la même problématique). Si pour les sites qui ont des sous-territoires on considère le territoire où le plus grand nombre de réunion à eu lieu le nombre de réunions depuis le début de l'expérimentation variait de 2 à 28 (médiane 7, moyenne 9.5 +/- 7.0) dont 1 à 7 dans les 12 derniers mois (médiane 3.5, moyenne 3.7 +/- 2.1). Le nombre de structures invitées variait quant à lui de 11 à 62 (médiane 25, moyenne 29.2 +/- 16.1), ce qui se traduit par une présence effective de 8 à 20 structures (médiane 9, moyenne 11.4 +/- 3.6).

62 personnes exerçaient la gestion de cas en tout dans les 15 MAIA au moment de l'évaluation par les experts (nombre allant de 2 à 7 par sites, médiane 4, moyenne 3.8 +/- 2.0). La grande majorité travaillait à temps plein (nombre d'équivalents temps plein 53.7).

Le métier de gestionnaire de cas, surtout en phase expérimentale (statut précaire), entraîne un haut turn-over de personnels : 29 gestionnaires de cas avaient donné leur démission depuis le début de l'expérimentation (entre 0 et 5 selon les sites, médiane à 1, moyenne à 1.9 +/- 1.9), dans 1 tiers des cas (n=10) le pilote estimait qu'un syndrome d'épuisement professionnel avait pu participer à la démission. Si on prend l'ensemble des personnes ayant exercé la gestion de cas au moment du passage des experts (62+29=91), le taux d'épuisement professionnel est de 11%. Les raisons de cet épuisement ont été de façon non systématique par les pilotes (non prévus au protocole), mais pouvait aussi bien toucher des difficultés à gérer le métier lui-même, qu'à devoir faire face à un système qu'ils jugeaient encore très fragmenté.

Nous avons ensuite demandé aux gestionnaires de cas de répartir leur temps de travail (100%) sur les différentes tâches qui le constituent. Dans 3 cas les pilotes nous ont signalés des postes que nous n'avions pas prévus dans les trois cas, un temps de négociation/explication avec le porteur était signalé et dans deux cas la nécessité d'assister en temps que pilote MAIA à des réunions de concertation ou groupe de travail non directement en lien avec les MAIA (et donc non pilotés par le pilote).

Le tableau... résume les résultats de la répartition en temps. La tâche la plus importante selon les pilotes était la rédaction de courrier et/ou de mails (comptant en moyenne pour 5 à 30% du temps de travail des gestionnaires de cas, soit 12.1 +/- 7.3% sur l'ensemble des pilotes ayant répondu avec médiane à 10). Les tâches qui étaient les moins prenantes était celle des contacts téléphoniques avec les partenaires stratégiques (entre 0.4 et 5% du temps de travail, soit 2.3 +/- 1.7% sur l'ensemble avec une médiane à 2.3) et la formation (entre 0 et 10% du temps de travail, moyenne 3.0 +/- 3.3, médiane 2%).

La tâche la plus variable d'un pilote à l'autre est celle de la gestion d'équipe de gestionnaire de cas (entre 0 et 30% du temps de travail, soit 11.1 +/- 10.2% ou 5.1% en médiane). De même les réunions avec les gestionnaires de cas occupaient entre 1.5 et 15% du temps de travail (moyenne 9.2 +/- 3.7%, médiane 10%). Une autre tâche présentait une grande hétérogénéité, celle de la préparation et /ou tenue de groupe de travail locaux occupant de 2.5 à 30% du temps de travail selon les pilotes (moyenne 9.5 +/- 7.0%, médiane 9%).

	Moyenne	Ecart-Type	Médiane	Minimum	Maximum
Contacts téléphoniques tactiques	4,2	2,8	4,5	0,6	10,0
Contacts téléphoniques stratégiques	2,3	1,7	2,3	0,4	5,0
Contacts partenaires tactiques (en personne)	5,7	6,2	3,5	0,0	22,0
Contacts partenaires stratégiques (en personne)	3,1	2,5	2,3	0,0	10,0
Rédaction courrier/emails	12,1	7,3	10,0	5,0	30,0
Gestion d'équipe des gestionnaires de cas	11,1	10,2	5,1	0,0	30,0
Réunion avec équipe de gestionnaire de cas	9,2	3,7	10,0	1,5	15,0
Préparation et/ou tenue de la réunion de la table tactique	7,9	4,2	8,8	2,0	18,0
Préparation et/ou tenue réunion de la table stratégique	5,5	3,3	5,0	1,0	10,0
Préparation et/ou tenue de groupe de travail local	9,5	7,0	9,0	2,5	30,0
Rédaction et ou travail sur outils sur informatique à usage local	8,8	7,0	6,2	1,5	21,9
Base de données EPN	4,4	2,0	4,7	2,0	10,0
Réunion à l'initiative EPN	4,6	4,0	3,3	0,0	15,0
Temps de formation	3,0	3,3	2,0	0,0	10,0
Communication/publicité faite autour du dispositif (en dehors des actions déjà signalées)	7,1	4,5	6,8	0,0	17,5

3.7. Guichet intégré

Au moment de l'évaluation par les experts, aucun site n'était réellement doté d'un processus de « guichet intégré » tel qu'explicité dans le plan national Alzheimer ou le cahier des charges des MAIA. Tous les sites cependant avaient commencé un travail visant à harmoniser les pratiques d'accès aux services sur le territoire. Cette composante de l'intégration était celle qui semblait le plus souvent au centre du travail des pilotes au moment de la visite.

Souvent, une partie des partenaires étaient en « test » des outils définis en communs (mais fréquemment non validés au niveau tactique comme au niveau stratégique). Ce « noyau » de testeur comportait toujours des personnels employés par le porteur. Les pilotes déclaraient dans trois cas que seuls les employés du promoteur étaient impactés dans leur travail quotidien d'accueil et d'orientation par les procédures guichet intégré. Dans 6 cas le nombre de structures était de 2 ou 3 et dans 6 cas supérieurs à 3. Dans deux cas le nombre de structures concernées était très important (24 dans un cas, 44 cas dans l'autre). Dans les deux cas cependant les experts après leur rencontre avec les pilotes, les gestionnaires de cas, l'observation du guichet et de l'origine des demandes d'entrée en gestion de cas estiment que la pénétration réelle des processus devait être inférieure. De même le nombre de personnels impactés par la mise au point de ces processus était très variable d'un site à l'autre (de 2 à 4 dans 5 sites, à 23 puis 32 voir > 50 dans 3 autres sites). Dans 11 cas sur 15 le CLIC était un des membres du « noyau testeur ». Les autres membres étaient variables.

A partir de nos observations, sur les 12 guichets intégrés, 11 étaient des guichets situés dans la structure porteuse et dans tous les lieux où nous avons pu observer le guichet, il y avait des gestionnaires de cas.

En termes de procédures, nous avons pu identifier :

- Dans 3 guichets, il y avait une ouverture au public sans discontinuité de 9-17 heures du lundi au vendredi
- Dans 1 guichet, il y a eu une formation sur le guichet intégré pour les professionnels recevant les demandes
- Dans 7 guichets, les appels venaient de toute la population du territoire et n'étaient pas filtrés par un autre partenaire du guichet
- Dans aucun des guichets, les accueillants ne décrochaient le téléphone avec une salutation de type « allo MAIA »
- Dans 4 guichets, il y avait qu'un accueil téléphonique et non physique
- Dans 1 guichet, il n'y avait pas de répondeur
- Dans 1 guichet, il y avait un basculement de la ligne téléphonique vers un autre partenaire du guichet
- Dans 3 guichets, la pièce d'accueil était fermée
- Dans 10 guichets, l'ordinateur était allumé
- Dans tous les guichets, il y avait un carnet de prise de note sur le bureau du professionnel qui répondait
- Dans 8 guichets, il existait un logiciel de traitement des données (dans 7 cas c'était Logiclic)
- Dans 7 guichets, le professionnel rencontré pouvait faire l'analyse de la situation d'emblée
- Dans 11 guichets, il y avait une fiche d'évaluation
- Dans 3 guichets, l'analyse était multidimensionnelle
- Dans 2 guichets, l'analyse était dite systématique
- Dans 5 guichets, il y avait fréquemment des visites à domicile pour compléter l'évaluation avant l'orientation de la personne
- Dans 7 guichets, il y avait un script de demande en gestion de cas
- Dans 7 guichets le script orientait vers la gestion de cas seul, dans 2 guichets le script a 2 orientations, dans 3 guichets, le script oriente vers ≥ 3 orientations

Nos observations ont montré que même auprès des personnels du promoteur, l'utilisation systématique du script pour toute activité d'orientation n'était pas encore la pratique la plus répandue (uniquement observée sur un deux sites quel que soit la personne qui oriente et l'orientation effectuée). Même l'orientation en gestion de cas ne se faisait pas systématiquement à l'aide d'un outil commun. L'outil manquait totalement ou était très peu utilisé dans 5 cas. La pratique la plus usuelle en réponse à une demande concernant un service disponible dans la structure était de donner accès directement à ce service en se passant de procédures visant à améliorer la pertinence de la réponse aux besoins. La grande majorité des services selon les pilotes étaient encore loin de remplir et même de comprendre l'utilisation d'une base de données commune. Dans 7 sites sur 15 pour combler un usage encore très anecdotique des critères d'orientation une réunion d'orientation existait qui le plus souvent concernait l'examen des potentiels candidats à la gestion de ca, réunissant les partenaires susceptibles d'offrir une intervention alternative (CLIC, Réseau de santé, APA...).

Nous avons demandé aux pilotes de préciser leur niveau d'accord avec certaines propositions entendues lors du premier tour d'évaluation afin de préciser l'importance de ces représentations sur une échelle de 0 à 10 où 0 est le désaccord total et 10 le parfait accord avec la proposition.

Les propositions suivantes ont d'abord été examinées.

« L'orientation est un parcours du combattant pour la personne »
« L'orientation est un parcours du combattant pour les professionnels »

Dans les deux cas, l'accord n'est que modéré (moyenne 6.2 +/- 3.2 et 5.4 +/- 3.2 respectivement soit médiane à 6 et 5 respectivement). Il est frappant de voir que les notes se distribuent de 0 à 10.

Pour la proposition « Le guichet intégré c'est une usine à gaz », la même distribution des réponses pouvait s'enregistrer (de 0 à 10), finalement les pilotes sont plutôt en désaccord (moyenne 4.0 +/- 3.0, médiane 5).

Les pilotes ont globalement l'impression de « bien maîtrisé » la composante guichet intégré (accord moyen 6.7 +/- 2.11, notes allant de 2 à 10, médiane 7), et sont quasi unanimes à préférer l'appellation « guichet intégré » à l'appellation « guichet unique » précédemment utilisée (accord moyen 8.8 +/- 2.4, notes entre 3 et 10 mais médiane à 10, deux notes seulement sont inférieures à 9 ; une à 6 l'autre à 3).

Les pilotes notent une influence modérée du travail réalisée en groupe de travail national sur le déploiement local du guichet intégré sur leur territoire ce qui n'est pas forcément surprenant dans la mesure où le travail n'était pas achevé au moment de la visite des experts d'une part et qu'il s'était pour l'essentiel passé en parallèle du déploiement des expérimentations.

Lorsque l'on demande aux pilotes ce qui empêche que le guichet intégré soit réellement fonctionnel sur leur territoire, la réponse la plus fréquente reste une difficulté d'appropriation du concept par les partenaires (dans 6 cas sur 15), suivi de la difficulté à mettre en commun ce qui d'habitude se règle entre chaque partenaire et sa tutelle (dans 5 cas sur 5). Le manque d'informatisation est cité 3 fois comme un frein au déploiement. Les résistances au changement des professionnels concernés par les processus sont également citées dans 3 cas. Enfin, sur certains sites, le pilote note une tendance à rester au niveau théorique de réflexion.

Lorsqu'on leur demande au contraire d'évaluer quels sont les fruits du travail déjà réalisé, la réponse la plus fréquente est l'élargissement du cercle « habituel » de partenaires à des partenaires nouveaux du fait de l'approche territoriale systématique (5 réponses), vient ensuite l'accès à la gestion de cas dans 3 cas puis la meilleure connaissance par tous les partenaires de ce qui existe (2 cas) et l'usage d'outils partagés (2 cas).

3.8. Questionnaire promoteurs

Au cours de l'évaluation 2011, 17 promoteurs ont été rencontrés en face à face dans 14 sites sur 15. La majorité des porteurs étaient tactiques (n=9 ; 52.9%). Seul un porteur dans 1 site n'a pas été rencontré et n'avait déjà pas participé à la première évaluation en 2010. Sur 3 sites sur 14, 2 porteurs ont été rencontrés et parmi eux, 2 sur 3 étaient des porteurs différents (stratégique et tactique).

La durée des entretiens s'est échelonnée entre 30 et 60 min. Le recueil quantitatif s'est fait à partir d'un questionnaire à choix multiples.

3.8.1. Les porteurs et l'historique du projet

Parmi les porteurs rencontrés, douze (70%) se disent à l'initiative de la réponse de l'appel d'offre en 2008.

Les motifs qui les ont conduits à répondre à l'appel d'offre étaient multiples. Ils rapportent principalement la volonté de renforcer le partenariat (n=15, 88.2%), puis celle de participer à une expérimentation nationale (n=13, 76.5%), suivie de la création d'un nouveau type de service avec la gestion de cas (n=8, 47.7%) et enfin l'objectif de réorganiser leur propre structure (n=4, 23.5%).

Historique du projet	
Etre à l'initiative (n, %)	12 (70.6)
Offrir un nouveau service à la population (n, %)	8 (47.1)
Renforcer la coordination entre les partenaires (n, %)	15 (88.2)
Réorganiser ma structure en interne (n, %)	4 (23.5)
Participer à une expérimentation nationale (n, %)	13 (76.5)
Total général	17

3.8.2. L'implication des porteurs dans la construction de la MAIA

A ce jour en 2011, 100% des porteurs se disent garant de l'implantation de l'intégration. Ils considèrent que « leur structure est légitime pour être porteuse du dispositif MAIA » avec un score de 8.1/10 (0 étant le désaccord total et 10 étant le niveau d'accord total avec ce verbatim). De la même façon, « en tant que porteur, je fédère » avec un score de 7.1/10. Ils considèrent pour 76.6% (n=13) que le projet est toujours le même par rapport à celui qu'ils ont défendu initialement.

Le temps qu'ils consacrent actuellement à la construction de la MAIA est variable d'un site à l'autre mais reste pour tous, inférieur à 50% de leur temps de travail. Ils sont 29.4% à dire qu'ils consacrent moins de 10% de leur temps de travail à la construction de la MAIA, 35.3% donnent 10-25% de leur temps de travail et 35.3% entre 25-50% de leur temps. Sur les deux dernières années, la majorité des porteurs (n=9, 52.9%) disent passer autant de temps dans le projet MAIA, 35.3% disent avoir diminué leur temps et 11.8% avoir augmenté leur temps de travail.

Implication dans la construction	
En tant que porteur, je suis garant des objectifs du dispositif (n, %)	17 (100)
Ma structure porteuse est légitime pour porter le projet sur 10 (moyenne+/-écart-type)	8.1+/-2.4
En tant que porteur, je fédère sur 10 (moyenne+/-écart-type)	7.1+/-1.7
Le projet est le même depuis 2 ans (n, %)	13 (76.6)
Temps de travail pour la construction est stable depuis 2 ans (n, %)	9 (52.9)
Total général	17

3.8.3. Les porteurs, la concertation et le partenariat

Concernant la concertation, les porteurs disent participer à l'organisation pratique des tables pour 94.1% d'entre eux. Parmi eux, douze (70.6%) le font depuis le début et de façon inchangé, 17.6% (n=3) le font encore mais de façon moins importante et un seul (5.9%) le fait de plus en plus. Tous les porteurs participent aux tables de concertation stratégique et six (35.3%) animent ces tables de concertation. Ils sont moins nombreux mais toujours majoritaires à participer aux tables de concertation tactiques (76.5%, n=13) et aucun des porteurs participant à cette table, dit l'animer.

Tout les porteurs communiquent sur le programme MAIA et considèrent qu'il s'agit d'une activité essentielle avec un score de 7.7/10. Parmi ces actions de communication, les porteurs disent se tourner vers les partenaires pour les

faire participer aux tables avec la participation des pilotes. Pour douze (70.6%) porteurs, il y a des difficultés pour faire venir les partenaires tactiques. Le niveau de difficultés est de 4.8/10. Pour treize (76.5%) porteurs, il y a des difficultés pour faire adhérer les partenaires stratégiques. Le niveau de difficultés est plus élevé à 5.3/10.

<u>Concertation et partenariat</u>	
Organisation pratique des tables de façon inchangée (n, %)	12 (70.6)
Participation aux tables de concertation stratégique (n, %)	17 (100)
Participation aux tables de concertation tactique (n, %)	13 (76.5)
Animation des tables de concertation stratégique (n, %)	6 (35.3)
Animation aux tables de concertation tactique (n, %)	0
Difficultés pour faire participer les partenaires stratégiques aux tables (n, %)	13 (76.5)
Difficultés pour faire participer les partenaires tactiques aux tables (n, %)	12 (70.6)
Niveau de difficultés sur la participation des partenaires stratégiques sur 10 (moyenne+/-écart-type)	4.8+/-2.1
Niveau de difficultés sur la participation des partenaires tactiques sur 10 (moyenne+/-écart-type)	5.3+/-1.8
Total général	17

3.8.4. Les liens entre les porteurs, les pilotes et les gestionnaires de cas

Les liens entre les porteurs et les pilotes sont décrits comme fréquents et forts. Plus de 3/4 des porteurs (76.5%, n=13) rencontrent les pilotes régulièrement plus d'une fois par semaine et le niveau de collaboration est évaluée à 7.4/10. Les porteurs disent soutenir les pilotes pour 88.2% (n=15) d'entre eux et 70.6% (n=12) des porteurs rapportent les légitimer.

Par ailleurs les relations avec les gestionnaires de cas sont plus variées et plus distantes. six (35.3%) porteurs disent les rencontrer de façon exceptionnel, un seul (5.9%) régulièrement 1 à 2 fois par mois, 4 (23.5%) d'entre eux les rencontrent entre 2 et 4 fois par mois et six (35.3%) plus d'une fois par semaine. Lorsque les porteurs rencontrent les gestionnaires de cas, cela se déroule dans 10 cas (58.8%) de façon informelle, dans 2 cas (11.8%) sur une base de rendu d'activité, dans 3 cas (17.6%) sur une base de soutien clinique et dans 2 cas (11.8%) de façon formalisée avec un ordre du jour.

<u>Liens avec pilotes et gestionnaires de cas</u>	
Rencontre le pilote plus d'1 fois par semaine (n, %)	13 (76.5)
Niveau de collaboration avec les pilotes sur 10 (moyenne+/-écart-type)	7.4+/-1.7
En tant que porteur, je soutiens le pilote (n, %)	15 (88.2)
En tant que porteur, je légitime le pilote (n, %)	12 (70.6)
Rencontre des gestionnaires de cas exceptionnellement (n, %)	6 (35.3)
Rencontre des gestionnaires de cas plus d'une fois par semaine (n, %)	6 (35.3)
Rencontre avec les gestionnaires de cas de façon informelle (n, %)	10 (58.8)
Total général	17

3.8.5. Les impacts de la MAIA perçus par les porteurs

A 2 ans du début de la construction de l'intégration, la grande majorité des porteurs identifient un certain nombre d'impact. Pour 14 (82.4%) porteurs, il y a eu une formalisation du partenariat, pour 64.7% (n=11) des porteurs, la construction de la MAIA a permis un élargissement du partenariat et pour 41.2% (n=7), le travail sur l'intégration a eu un impact sur la réorganisation interne de leur structure.

3.8.6. Les porteurs et les concepts de l'intégration

L'appropriation des concepts de l'intégration n'est pas aisée pour les porteurs. Pour 14 (82.4%) porteurs, ils ont ou ont eu des difficultés pour comprendre les dimensions de l'intégration. Pour 7 d'entre eux (41.2%), il y a eu des difficultés au début qui se sont estompées et pour 7 autres (41.2%), il y a encore des difficultés de compréhension à ce jour. Parmi les personnes qui présentent encore des difficultés de compréhension, le score de difficultés est évalué à 5/10.

A la présentation de visu des 6 axes de l'intégration (concertation stratégique/tactique, guichet intégré, gestion de cas, outil d'évaluation multidimensionnelle, plans de services et système d'information), 29.4% (n=5) des porteurs considèrent que les 7 dimensions sont toutes essentielles, sept (41.2%) en identifient 4 sur les 7 ; 3 (17.6%) en identifient 3 sur les 7 enfin deux (11.8%) en identifient 1 seul. Pour 58.8% (n=10) des porteurs, la gestion de cas reste centrale parmi les 7 axes de l'intégration.

Dans une perspective de développement, 15 (88.2%) porteurs voudraient avoir la possibilité d'avoir des temps de partage d'expérience avec d'autres porteurs et 11 (64.7%) d'entre eux désirent être formés aux concepts de l'intégration. Enfin 94.1% (n=16) des porteurs repartiraient sur un projet identique.

Concepts de l'intégration	
Avoir eu et avoir encore des difficultés de compréhension (n, %)	14 (82.4)
Avoir toujours des difficultés de compréhension (n, %)	7 (41.2)
Niveau de difficultés de compréhension sur 10 (moyenne+/-écart-type)	5.0+/-1.8
La gestion de cas est essentielle parmi les 7 axes de l'intégration (n, %)	10 (58.8)
Volonté de partager leur expérience avec d'autres porteurs (n, %)	15 (88.2)
Etre formés à l'intégration (n, %)	11 (64.7)
Je repartirai sur la même expérience si c'était à refaire (n, %)	16 (94.1)
Total général	17

3.8.7. Comparatif entre les porteurs tactiques (P.T.) et les porteurs stratégiques (P.S)

3.8.7.1 Comparatif entre porteurs sur l'historique du projet

Parmi tous les porteurs, 6 des 8 (75%) porteurs stratégiques (PS) se disent à l'initiative de la réponse de l'appel d'offre sans différence nette avec les 6 sur 9 (66.5%) porteurs tactiques qui affirment la même chose.

On note par ailleurs des différences en terme de motifs qui les ont conduit à répondre à l'appel d'offre. Il y a une proportion légèrement plus importante de porteurs stratégiques qui ont été motivés par la participation à une expérience nationale (7/8 87.5% versus 6/9 66.7%). Cette différence est plus nette pour la motivation de créer un nouveau type de service (6/8 75% versus 2/9 22.2%) et de réorganiser leur propre structure (4/8 50% versus 0%).

Historique du projet	P. T.	P.S.
Etre à l'initiative (n, %)	6 (66.7)	6 (75.0)
Offrir un nouveau service à la population (n, %)	2 (22.2)	6 (75.0)
Renforcer la coordination entre les partenaires (n, %)	8 (88.9)	7 (87.5)
Réorganiser ma structure en interne (n, %)	0	4 (50.0)
Participer à une expérimentation nationale (n, %)	6 (66.7)	7 (87.5)
Total général	9	8

3.8.7.2. Comparatif entre porteurs sur leurs implications dans la construction de la MAIA

Les porteurs stratégiques considèrent que leur structure est plus légitime pour être porteuse du dispositif MAIA que les porteurs tactiques avec un score de 8.7/10 versus 7.4/10. Les deux types de porteurs considèrent pouvoir être fédérateur avec un score de 7.3/10 versus 7.0/10.

Quelque soit le porteur, ils considèrent que projet est le même au bout de 2 ans. Le temps que les porteurs consacrent actuellement à la mise en place des MAIA est plus important chez les porteurs tactiques avec 55.6 % d'entre eux qui déclarent consacrer entre 25 et 50% de leur temps professionnel comparés à 12.5% des porteurs stratégiques. Les évolutions sur les deux dernières années en termes de temps est identique d'un type de porteur à l'autre.

Implication dans la construction	P.T.	P.S.
Ma structure porteuse est légitime pour porter le projet sur 10 (moyenne+/-écart-type)	7.4+/-3.1	8.8+/-1.0
En tant que porteur, je fédère sur 10 (moyenne+/-écart-type)	7.0+/-2.1	7.2+/-1.3
Le projet est le même depuis 2 ans (n, %)	7 (77.8)	6 (75.0)
Temps de travail entre 25 et 50%	5 (55.6)	1 (12.5)
Temps de travail pour la construction est stable depuis 2 ans (n, %)	5 (55.6)	4 (50.0)
Total général	9	8

3.8.7.3. Comparatif entre porteurs sur la concertation et le partenariat

Les deux types de porteurs participent à l'organisation des tables de façon identique depuis 2 ans avec 75% pour les porteurs stratégiques (6/8) d'entre eux versus 66.7% pour les porteurs tactiques (6/9). Par ailleurs, un des porteurs stratégiques dit qu'il ne participe jamais à l'organisation des tables de concertation.

Alors que tous les porteurs participent aux tables de concertation stratégique, 50.0% (4/8) des porteurs stratégiques disent animer ces tables de concertation contre 22.2% (2/9) des porteurs tactiques. Pour les tables tactiques, 100% des porteurs tactiques y participent comparés au 50.0% (4/8) des porteurs stratégiques.

L'activité de communication est vécue comme essentielles pour les porteurs stratégiques 7.9/10 et tactiques 7.6/10. Les difficultés pour faire participer les partenaires tactiques sont vécues comme plus fréquentes chez les porteurs tactiques avec 77.8% (7/9) versus 62.5% (5/8) alors qu'il n'y a pas de différence par rapport aux difficultés concernant les partenaires stratégiques. Le niveau de difficultés est défini comme identique pour les porteurs stratégiques avec un score de 5.0/10 versus 4.7/10 pour les partenaires tactiques et de 5.6/10 versus 5.0 pour les partenaires stratégiques.

Concertation et partenariat	P.T.	P.S.
Organisation pratique des tables de façon inchangée (n, %)	6 (66.7)	6 (75.0)
Participation aux tables de concertation tactique (n, %)	9 (100)	4 (50.0)
Animation des tables de concertation stratégique (n, %)	2 (22.2)	4 (50.0)
Difficultés pour faire participer les partenaires stratégiques aux tables (n, %)	7 (77.8)	6 (75.0)
Difficultés pour faire participer les partenaires tactiques aux tables (n, %)	7 (77.8)	5 (62.5)
Niveau de difficultés sur la participation des partenaires stratégiques sur 10 (moyenne+/-écart-type)	5.0+/-2.3	5.7+/-1.2
Niveau de difficultés sur la participation des partenaires tactiques sur 10 (moyenne+/-écart-type)	4.7+/-2.8	5.0+/-0.7
Total général	9	8

3.8.7.4 Comparatif entre porteurs sur les liens avec les pilotes et les gestionnaires de cas

Les liens entre les porteurs et les pilotes sont décrits comme plus fréquents et plus forts chez les porteurs tactiques. Huit des neufs (88.9%) porteurs tactiques rencontrent les pilotes régulièrement plus d'une fois par semaine versus 5 sur 8 (62.5%) pour les porteurs stratégiques et un porteur stratégique dit échanger avec le pilote moins de 2 fois par mois. Le niveau de collaboration entre porteur et pilote est très proche chez les porteurs tactiques avec un score de 7.7/10 versus 7.1 chez les porteurs stratégiques. Il n'y a pas de différence entre porteurs concernant le soutien apporté aux pilotes mais les porteurs tactiques disent plus fréquemment légitimer le pilote avec 7 fois 9 (77.8%) versus 5 sur 8 (62.5%).

Les relations avec les gestionnaires de cas sont exceptionnelles pour la majorité des porteurs stratégiques avec 5 sur 8 (62.5%) d'entre eux alors qu'elles sont régulières de plus d'une fois par semaine pour 55.6% (5 sur 9) des porteurs tactiques. Les rencontres entre porteurs stratégiques et les gestionnaires sont sur la base informelle (4 fois sur 8, 50.0%) et sur la base d'un rendu d'activité alors qu'elles sont surtout informelles (6 fois sur 8, 66.7%) et sur la base d'un soutien clinique pour les porteurs tactiques (2 fois sur 8, 25.0%).

Liens avec pilotes et gestionnaires de cas	P.T.	P.S.
Rencontre le pilote plus d'1 fois par semaine (n, %)	8 (88.9)	5 (62.5)
Niveau de collaboration avec les pilotes sur 10 (moyenne+/-écart-type)	7.7+/-1.8	7.1+/-1.7
En tant que porteur, je soutiens le pilote (n, %)	8 (88.9)	7 (87.5)
En tant que porteur, je légitime le pilote (n, %)	7 (77.8)	5 (62.5)
Rencontre des gestionnaires de cas exceptionnellement (n, %)	1 (11.1)	5 (62.5)
Rencontre des gestionnaires de cas plus d'une fois par semaine (n, %)	5 (55.6)	1 (12.5)
Total général	9	8

3.8.7.5. Comparatif entre porteurs sur les impacts perçus de la MAIA

Les impacts perçus par les porteurs sont différents entre porteurs stratégiques et tactiques. Les porteurs tactiques perçoivent plus un élargissement du partenariat (8 fois sur 9, 88.9%) que la formalisation du partenariat (6 fois sur 9, 66.7%). Pour les porteurs stratégiques, 100% d'entre eux considèrent que la construction de la MAIA à 2 ans a permis une formalisation du partenariat comparativement à l'élargissement du cercle des partenaires qui est noté par 3 des 8 porteurs stratégiques (37.5%).

3.8.7.6. Comparatif entre porteurs sur les concepts de l'intégration

L'appropriation des concepts de l'intégration est différente entre porteurs. Autant très peu de porteurs stratégiques (2 sur 8, 25%) disent n'avoir jamais eu de problème de compréhension, seuls 4 sur 8 (50%) d'entre eux disent avoir à ce jour encore des difficultés pour les comprendre. Pour les porteurs tactiques, un seul déclare n'avoir jamais eu de problème de compréhension (11%) mais ils sont 6 sur 9 (55.6%) à déclarer n'avoir plus de difficultés de compréhension. Pour ceux qui ont encore des difficultés, le niveau de ces dernières est plus fort chez les porteurs stratégiques avec un score de 5.5/10 versus 4.3 chez les porteurs tactiques.

A la présentation de visu des 6 axes de l'intégration, les porteurs stratégiques considèrent un nombre plus important d'axes comme étant essentiel à la construction de l'intégration avec un score de 5.5/10 comparé à 4.3/10 pour les porteurs tactiques. Pour la majorité des porteurs stratégiques, la gestion de cas reste centrale pour 87.5% (7 sur 8) comparé au 33.3% (3 sur 9) des porteurs tactiques.

Dans une perspective de développement, les porteurs stratégiques sont à 100% à vouloir un partage d'expérience avec d'autres porteurs et 75% (6 sur 8) à être plus formés. Pour les porteurs tactiques, le partage d'expérience intéresse 77.8% (7 sur 9) des porteurs et la formation 55.6% (5 sur 9) d'entre eux.

Concepts de l'intégration	P.T.	P.S.
N'avoir jamais eu de difficultés de compréhension (n, %)	1 (11.1)	2 (25.0)
Avoir toujours des difficultés de compréhension (n, %)	3 (33.3)	4 (50.0)
Niveau de difficultés de compréhension sur 10 (moyenne+/-écart-type)	4.3+/-0.6	5.5+/-2.4
La gestion de cas est essentielle parmi les 7 axes de l'intégration (n, %)	3 (33.3)	7 (87.5)
Volonté de partager leur expérience avec d'autres porteurs (n, %)	7 (77.8)	8 (100)
Etre formés à l'intégration (n, %)	5 (55.6)	6 (75.0)
Je repartirai sur la même expérience si c'était à refaire (n, %)	8 (88.9)	8 (100)
Total général	9	8

3.9. Questionnaire gestionnaires de cas

L'échantillon des professionnels rencontrés et qui a participé aux entretiens face à face regroupent 59 gestionnaires de cas qui étaient tous en poste. La répartition par formation initiale est de : 24 travailleurs sociaux (40.7%), 16 infirmiers (27.1%), 11 psychologues (18.7%), 5 ergothérapeutes (8.5%) et 3 ayant une autre formation (5.1%).

3.9.1. Forte collaboration entre gestionnaires de cas

Le sentiment des gestionnaires de cas de faire partie d'une équipe est élevé et intéresse 91.5% des gestionnaires qui répondent "oui souvent" et "oui toujours" à la question.

Les gestionnaires de cas échangent "souvent" et "toujours" sur l'utilisation des outils pour 67.8% d'entre eux et 55.9% des gestionnaires de cas disent prendre des décisions concernant le suivi de leur situation après s'être concerté avec un de leurs collègues.

La transmission des dossiers vers un autre gestionnaire de cas au cours des périodes de congés est une pratique partagée par 74.6% des professionnels.

Enfin il disent à 96.6% avoir l'opportunité d'exprimer leur désaccord si besoin au sein de l'équipe.

3.9.2. Relation variable avec le pilote

Pour 45.8% des gestionnaires de cas, le pilote les accompagne dans leurs changements de pratique professionnelles "oui beaucoup" et "oui toujours". Pour 25.4%, cet accompagnement est moins fréquent "oui un peu" et pour 28.8%, il est rare voir absent.

Pour la grande majorité des gestionnaires de cas (66.1%), les pilotes soutiennent les gestionnaires de cas "oui toujours" et "oui beaucoup", 22.0% "oui un peu" et 11.9% disent ne pas être soutenu par leur pilote.

3.9.3. Pratiques professionnelles modifiées et conséquences

Pour 69.5% des gestionnaires de cas, leurs pratiques professionnelles se sont modifiées depuis qu'ils sont gestionnaires de cas.

Ils considèrent que l'équipe de gestionnaire de cas fait du bon travail "oui toujours" et "oui souvent" à 91.5% et "oui parfois" pour le restant.

Enfin, ils disent que l'équipe de gestionnaires de cas répond à 86.4% aux besoins de la population "oui toujours" et "oui souvent", à 6.8% "oui un peu" et non pour 6.8%.

3.9.4. Variabilités des relations avec les autres professionnels

Les relations avec les médecins traitants sont définies comme difficiles "oui toujours" et "oui beaucoup" pour 42.4% des gestionnaires de cas, "oui un peu" pour 40.7% d'entre eux et "rarement" ou "pas difficiles" pour 16.9%.

Les relations avec les médecins hospitaliers sont définies comme difficiles "oui toujours" et "oui beaucoup" pour 22.0% des gestionnaires de cas, "oui un peu" pour 35.6% d'entre eux et "rarement" ou "pas difficiles" pour 42.4%.

Les relations avec les infirmiers libéraux sont définies comme difficiles "oui toujours" et "oui beaucoup" pour 16.9% des gestionnaires de cas, "oui un peu" pour 39.0% d'entre eux et "rarement" ou "pas difficiles" pour 44.1%.

3.9.5 Différences entre formations initiales des gestionnaires de cas

Le sentiment des gestionnaires de cas d'avoir modifier leurs pratiques professionnelles varient entre eux. Il est plus élevé chez les infirmiers (81.3%), suivis des ergothérapeute (80%), des psychologues (72.7%), des travailleurs sociaux (62.5%) et 1/3 dans la catégorie "autre".

Les relations avec les médecins traitants sont décrites comme difficiles "oui toujours" et "oui souvent" chez 58.3% des travailleurs sociaux, 40% des ergothérapeutes, 31.3% des infirmiers et 27.3% des psychologues.

Les relations avec les médecins hospitaliers ne posent aucun problèmes pour 60% des ergothérapeutes, 56.3% des infirmiers, 45.5% des psychologues et 33.3% des travailleurs sociaux.

Enfin les relations avec les infirmiers libéraux ne posent aucun problèmes pour 54.5% des psychologues, 54.2% des travailleurs sociaux, 31.3% des infirmiers et 20% des ergothérapeutes.

3.10. La parole aux pilotes !

Dans la mesure où ce rapport s'appuie beaucoup sur le retour qu'ont fait les pilotes de l'expérimentation MAIA il leur a été donné l'opportunité de s'exprimer librement en quelques phrases à destination des commanditaires de ce rapport.

Nous reproduisons in extenso leur message ci-dessous. Nous avons choisi de ne respecter aucun ordre précis pour présenter les phrases afin de rendre l'identification des personnes impossible. Chaque pilote pouvait exprimer théoriquement une ou deux phrases, certains en ont exprimé un peu plus.

« Je suis une convaincue, on contribue à l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire. Le cadre strict est indispensable, l'architecture qui ne se discute pas, c'est la réalité et la survie du dispositif. Il faudrait arriver à la même chose partout. »

« Certes, il y a les expérimentations locales, mais les tutelles nationales auraient dû s'entendre avant et s'impliquer pour amener CG et ARS à s'impliquer. Les injonctions manquent »

« Je dis que les MAIAs aujourd'hui, ça ne peut continuer que si on se penche sur 2 choses essentielles: les outils (procédures d'orientation, évaluation et PSI) et le système d'information. Il faut les deux. »

« Il faut simplifier l'existant à tous les niveaux et tout le monde s'y retrouvera en termes de qualité, d'aide aux aidants et économique. »

« Il faut laisser du temps au temps. Le travail de l'EPN doit être poursuivi, car on a rien de semblable au niveau local ou régional »

« Je suis une convaincue, mais j'espère que la généralisation ne se fera pas aux prix de tout ou partie des CLICs et réseaux dont on a besoin. »

« Il nous faut plus de visibilité sur la pérennité, car certains partenaires ne s'impliqueront pas tant qu'on ne connaîtra pas notre espérance de vie. »

« Très heureuse d'avoir participé. C'est un succès, c'est dans la loi, ça existe. Je félicite l'EPN qui nous a soutenus encadrés sans nous juger. Je participerais à la promotion des MAIAs et de la GC car c'est une bonne chose pour nous »

« Si on veut que ce dispositif réussisse sur le plan national, il faut absolument que nos décideurs/financeurs prennent la responsabilité de donner des directives au plus haut niveau. Il faut que les impulsions viennent clairement d'en haut, si ça ne vient pas de là on n'y arrivera pas. On est des "petits pions" dans le système. »

« Le danger de la gestion de cas en France c'est l'effraction de la vie privée et l'enrôlement des aidants dans l'aide »
« Il est très difficile de mettre en place un système d'échange horizontal alors que depuis des années on s'est positionné dans un système vertical cloisonné. »

« L'Etat devrait donner l'exemple. »

« Le mot MAIA est devenu impropre. Alzheimer n'a pas de signification. L'idée est de simplifier le mille-feuille, il faut du temps pour que ce soit accepté et mis en place. Cela porte l'opportunité d'être très efficace et de réaliser le vieux rêve de construire en ayant la personne au centre du dispositif »

« Il faut prévoir le financement pérenne du dispositif »

« Il faudrait le même outil pour toutes les MAIA et pour tout le monde pas que la gestion de cas, cela simplifierait les choses et cela donnerait du sens à l'intégration »

« L'idée paraît excellente et s'attache à réconcilier la qualité et les coûts raisonnés »

« Cette idée généreuse doit pouvoir être soutenue et non laissée aux seules collectivités territoriales. L'Etat ne doit pas se désinvestir comme il l'a trop souvent fait. »

« La gestion de cas apporte une plus value auprès des personnes aidées et de leur famille par leur compétence et pratique spécifiques »

« La MAIA va au-delà de ce que chaque structure peut faire de par elle-même et c'est en cela qu'elle apporte une amélioration de service rendu »

« Ce sera important de développer au niveau national, mais cela nécessite absolument un pilote local absolument indispensable »

« On ne peut pas faire de l'intégration au niveau local si il n'y en a pas au niveau national...C'est essentiel, c'est majeur... »

« Il faut laisser plus de temps pour ce genre d'expérimentation qui change à ce point les pratiques. Le temps d'expérimentation est trop court, les moyens d'accompagnement étaient insuffisants (pas assez de personnes) pour les objectifs visés. »

« Qu'ils créent déjà de la cohérence dans le système politique. Que les incitatifs soient cohérents au niveau national entre les acteurs du plan »

« Faut sans doute pas parler de moyens? »

« Il y a un problème de logique et de cohérence au niveau de l'état entre le sanitaire et le social »

« Il faudrait un peu plus penser aux usagers »

« Les autorités de tutelles doivent s'engager »

Si l'on fait la synthèse des phrases destinées aux autorités, l'idée qui revient le plus fréquemment est que l'expérimentation MAIA est vue comme quelque chose de positif à poursuivre. L'idée qui vient en seconde position est qu'il serait nécessaire de penser l'intégration également au niveau de l'Etat lui-même, ou qu'à tout le moins, l'Etat se montre incitatif à suivre une expérimentation qu'il initie, et cela de façon cohérente dans toute les dimensions de sa gouvernance (sanitaire et social). Les autres idées développées sont la notion de temporalité nécessairement longue pour ce type de projet, de l'accompagnement nécessaire tant au niveau local (pilote) que national (équipe de pilotage nationale), la nécessité de standardiser les outils, et la nécessité d'inscrire la pérennité du dispositif de façon claire à l'agenda national.

4. Conclusion de l'expertise et recommandations

Au terme de deux années d'expérimentation (juin 2009 à 2011), les experts veulent souligner les transformations réelles survenues durant l'expérimentation MAIA sur les 15 sites évaluées en continu. Si l'organisation actuelle sur les sites expérimentaux ne peut cependant pas encore être qualifiée d'intégrée, les mécanismes sont en œuvre. Il est possible d'enregistrer sur le plan quantitatif (MAIA 25) comme sur le plan qualitatif (expertise) des avancées notables dans la mise en œuvre du processus MAIA. Un des résultats les plus remarquables de l'expérimentation MAIA est la bonne reproductibilité du travail intégratif à effectuer quel que soit le contexte (rural, urbain, méga-urbain...). Cette bonne reproductibilité si elle est maintenue en phase de généralisation est susceptible d'améliorer l'équité dans l'accès aux soins et aux services sur le territoire national.

Plusieurs conditions sont indispensables pour pouvoir assurer cette reproductibilité.

- La continuité d'un engagement national fort, cohérent et dépassant les frontières habituelles de compétence des ministères (notamment entre le champ sanitaire et le champ médico-social). Cette condition était assurée pendant l'expérimentation MAIA par sa relation au plan présidentiel. Au-delà d'un nouveau plan présidentiel avec la prochaine présidence, il apparaît nécessaire de construire au niveau institutionnel les moyens de la pérennité de la gouvernance de l'intégration. La persistance d'une équipe de pilotage nationale et son bon positionnement lui permettant une action autant dans les champs de la santé que du médico-social est donc une condition importante afin d'assurer aux MAIA un avenir.
- La nécessité d'un pilotage local de l'expérimentation est une constante forte de l'expérimentation MAIA, qui rejoint en cela des expérimentations antérieures internationales sur l'intégration. L'expérimentation MAIA a été l'occasion de préciser les tâches et les compétences clés qui en sont attendues. Un programme de formation devra être rapidement établi auprès d'un organisme de formation légitime afin d'assurer là aussi, la persistance de la reproductibilité de l'action à réaliser. Il faut souligner ici que les experts ont été fréquemment confrontés à deux types de réaction antinomique qui éclairent la grande nécessité de formation. D'une part, lors des présentations successives des MAIA à différents colloques et réunions en France, l'impression initiale des auditeurs était fréquemment, que leur territoire était déjà organisé en MAIA. En contraste, l'ensemble des pilotes après avoir été suffisamment « exposé » au modèle MAIA et au travail à réaliser pour y arriver témoignait même après 2 ans de suivi d'un besoin de formation complémentaire. La formation qui sera élaborée devra aborder toutes les dimensions du modèle MAIA.
- La nécessité de poursuivre la logique de labellisation de type « certification », seule opportunité réelle de maintenir une gouvernance sur un temps suffisamment long pour ne pas autoriser de « dérive ».

Certes, il reste du travail à accomplir par les pilotes pour « mettre en œuvre » l'ensemble du modèle MAIA. Le projet est ambitieux en effet, il s'agit de trouver une solution à la fragmentation structurelle de notre système d'aide et de soins afin de répondre aux besoins de la population. Les sites les plus avancés montrent des signes encourageants de rapprochement de l'ensemble des acteurs du sanitaire et du social à tous les niveaux de prise de décision. Tous les sites sont engagés dans cette démarche et les pilotes multiplient les initiatives pour contourner les résistances et la tendance à se « réfugier » dans les modalités « habituelles » de fonctionnement. Les conditions identifiées par les experts pour que le travail se poursuive sont les suivantes :

- Il est nécessaire de dissocier fondamentalement les MAIA de l'image d'un service dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (même si on y inclut les maladies apparentées). Cette notion est assez centrale dans les résistances encore présentes actuellement. Certes, le cahier des charges des MAIA et même la loi sont explicites sur le caractère non limitatif des MAIA, mais il semble que le deuxième A du terme puisse être dans le temps un handicap à la possibilité pour les MAIA d'atteindre leur objectif de transformer le système d'aide et de soins vers un système intégré de réponses aux besoins de la population. L'usage du terme « MAIA » en acronyme sans détailler la signification s'avérera à terme vraisemblablement insuffisant. Un changement d'acronyme ou de sa signification sont à envisager. Ce changement est d'autant plus nécessaire que le mot « maison » est lui aussi porteur de malentendus et de résistance, car il n'est pas facile de comprendre qu'il n'y a en réalité aucune création de structure au travers de ces « maisons ».
- Il faut renforcer la légitimité des pilotes au niveau stratégique afin que la table de concertation stratégique prenne partout tout son sens. Ces tables sont actuellement exceptionnellement des tables de concertation, c'est à dire, un espace dédié à la négociation et à la prise commune de décision (de planification, d'autorisation, de régulation, de contrôle, etc.). Le plus souvent ces tables se contentent de « suivre » l'expérimentation qui dans ce cas ne se réalise qu'au niveau tactique, ce qui empêche toute transformation pérenne du système. Sur les sites qui ont réussi à mettre en œuvre une table stratégique, il est remarquable de constater que la légitimité du pilote à ce niveau a souvent été favorisée par l'implication (ou seulement l'identité) du promoteur. Le changement de paradigme survenu en 2011 en rendant les ARS responsable du respect du cahier des charges nous paraît prometteur. En effet, les correspondants ARS en charge de ce dossier pourraient, à condition qu'ils soient eux-mêmes correctement formés, favoriser la légitimité des pilotes au niveau stratégique. Il y a donc un enjeu important autour de la formation des correspondants ARS pour les MAIA.

Les éléments qui expliquent qu'au bout de 2 ans d'expérimentations l'ensemble du processus MAIA ne soit pas installé sont les suivants :

- le caractère « expérimental » des MAIA a contribué à un investissement « a minima » des acteurs qui tout en souhaitant ne pas en être exclu, pouvait avoir des doutes sur la réelle capacité de cette expérimentation à modifier les règles habituelles de fonctionnement du système de soins et d'aide. L'inscription dans la loi des dispositifs MAIA, et notamment l'inscription en même temps dans le Code de la Santé Publique et dans le Code de l'Action Sociale et des Familles ont créé de nouvelles conditions de déploiement qui paraissent plus favorables.

- l'absence de modèle de processus pour l'implantation de la composante « guichet intégré » en début d'expérimentation est un facteur majeur d'un déploiement lent de ce processus clef. Il a fallu que les pilotes eux-mêmes en collaboration étroite avec l'équipe de pilotage national participent à l'élaboration d'un processus. L'existence de ce processus ouvre donc l'opportunité d'un déploiement des MAIA sur un rythme plus soutenu.

- l'absence d'outil unique d'évaluation multidimensionnelle choisi et unifié pour l'ensemble des acteurs participant au dispositif MAIA a été une condition importante de manque de pénétration de certaines actions des gestionnaires de cas et d'un retard au déploiement de la gestion de cas de façon unifiée sur le territoire. Le choix réalisé en juillet 2011 et le programme de travail en cours sur l'outil GEVA-A sont susceptibles de lever ce frein. L'importance du travail sur cet outil ne doit pas être négligée si l'on souhaite une attribution plus équitable des services et une gestion plus responsables des ressources.

- l'absence de système d'information partagée commun aux différentes MAIA est un facteur très important de frein au rythme d'implantation (et même à la possibilité pour les gestionnaires de cas d'atteindre leur pleine file active de cas). Les travaux amorcés en 2010 et 2011 par l'Equipe de pilotage nationale doivent donc être poursuivis pour lever rapidement ce frein.

A l'inverse, certains facteurs ont été des éléments déterminants de l'implantation des MAIA et méritent d'être poursuivis (voire intensifier) afin de poursuivre la dynamique actuelle et permettre le déploiement du dispositif à une échelle nationale

- un leadership politique national fort. Le caractère présidentiel du plan Alzheimer a permis d'accélérer les processus administratifs et les frontières habituelles des champs de compétences des différents ministères. Il paraît nécessaire que le niveau politique national continue d'être mobilisé de façon forte et même d'augmenter de ce point de vue la cohérence des incitatifs donnés aux acteurs stratégiques et tactiques au niveau local par une gouvernance plus concertée au niveau national.

- un accompagnement privilégié par une équipe de pilotage nationale dédiée à cette tâche.

5. Etapes clefs du processus de pilotage d'une MAIA

1) Identification d'un promoteur légitime sur un territoire donné, crédible pour porter un projet d'intégration sur le territoire et prêt à impliquer son leadership dans le projet collaboratif.

2) Soutien de l'ARS et du conseil général au promoteur du projet.

2) Recrutement d'un pilote ayant une expérience en gestion de projet (au mieux de projets inter-structures).

3) Formation du pilote et du promoteur aux concepts et enjeux et au modèle MAIA. Le caractère homogène de la formation des pilotes, promoteurs et référents des ARS est un élément déterminant de la mise en œuvre cohérente des dispositifs MAIA sur l'ensemble du territoire.

4) Le pilote débute une phase de diagnostic organisationnel territorial, en parallèle il débute la réunion des tables de concertation

5) A l'issue de cette première phase, la table de concertation stratégique doit donner légitimité au pilote de conduire le projet collaboratif, la table de concertation tactique doit avoir compris qu'elle s'engage dans un processus partenarial qui n'est pas le projet du promoteur et qui vise à la labellisation de l'ensemble des partenaires, les deux tables doivent partager le diagnostic organisationnel et les priorités d'action qui doivent être pilotées.

6) Les gestionnaires de cas peuvent être introduits dans le système à partir de cette phase (s'ils arrivent trop tôt la phase précédente est en général dysfonctionnelle).

7) Les gestionnaires de cas entrent en formation et commencent à faire des interventions en parallèle de la mise en œuvre du processus de construction du guichet intégré. A ce stade, la qualité des outils à disposition des gestionnaires de cas (outils d'évaluation et sa formation dédiée, plan de services individualisé) et du guichet intégré (annuaire commun, processus d'analyse multidimensionnelle pour l'orientation) sont déterminante. Leur caractère

collectif (et une part importante de la coresponsabilité des partenaires à ce stade) dépend de la mise en œuvre d'un système d'information partagé. Tous ces facteurs (outils et système d'information partagé) dépendent de décision prise au niveau national. Le caractère homogène de la formation des gestionnaires de cas sur l'ensemble du territoire est un élément déterminant de la mise en place cohérente du dispositif MAIA.

8) Lorsque les gestionnaires de cas sont en activité et que le guichet intégré s'implante, des données issues des besoins des personnes peuvent être agrégées dans un observatoire des besoins de la population. Ces données concernent les demandes et les parcours (guichet) et les ruptures de continuité persistante et manque de service (gestion de cas). Les partenariats tactique et stratégique sont coresponsables de la mise en place de l'observatoire et de son utilisation afin de réorganiser le système d'aide et de soins à la fois sur le plan managérial et sur le plan stratégique en prenant les décisions qui s'imposent au fur et à mesure.

9) La mise en place progressive de multiples MAIA sur l'ensemble du territoire national permet de projeter que certains mécanismes de concertation (la table de concertation stratégique notamment), certains outils et certains processus pourront être diffusés en « tache d'huile » de territoire en territoire permettant, à terme, d'implanter plus rapidement l'ensemble du dispositif MAIA.

Annexe 1. Actions réalisées sur la période juin-déc 2011 Volet 2 :

Une mission d'expertise « appliquée » au mode généralisation dans le cadre d'une mission innovante de transition d'un mode expérimental vers un mode de généralisation des dispositifs MAIA (réseau de soins et service intégrés.) Cette mission était orientée sur l'observation de l'évolution des pratiques professionnelles, ce travail nourrissant le processus de labellisation- certification d'une part et sur l'implantation du modèle d'intégration pour anticiper sur la nouvelle phase de généralisation d'autre part. Dans cette mission d'expertise auprès de l'EPN une présence régulière dans les locaux de la CNSA était requise comme lors de l'actuelle mission.

Les éléments rapportés dans cette section ne portent que sur les thématiques travaillées et les dates officielles de réunions. L'expert a été sollicité souvent en amont de la réunion en préparation de celle-ci, et en continu sur d'autres thématiques pour lesquelles l'EPN avait besoin d'échanger pour le pilotage national de l'expérimentation.

En parallèle la mission d'expertise nourrit également le programme de formation du Diplôme interuniversitaire de Gestionnaire de cas (réunions de comité pédagogique les 14 oct et 7 nov.

1. Transferts de connaissance

Participation à l'élaboration du programme de formation en lien avec l'équipe de pilotage nationale et participation active à la formation des pilotes et promoteurs des sites en mode « généralisation » qui s'est tenue du 24 au 28 octobre 2011, avec la participation possible des référents ARS.

Participation à la réflexion de l'EPN sur un cahier des charges de formation des pilotes MAIA en phase généralisation.

Participation en lien étroit avec l'EPN aux réponses à certains questionnements des référents ARS (notamment ceux touchant à la formation des gestionnaires de cas).

Participation à la réflexion de l'EPN sur la répartition des nouvelles MAIA en 2012.

2. Actions supplémentaires en direction des ARS

Participation en lien étroit avec l'EPN aux réponses à certains questionnements des référents ARS (notamment ceux touchant à la formation des gestionnaires de cas).

Participation à la réflexion de l'EPN sur la répartition des nouvelles MAIA en 2012.

Supervision des travaux menés par la Fondation Nationale de Gérontologie d'une étude sur la réceptivité des ARS au concept d'intégration.

3. Accompagnement des 17 sites (dont population cible)

En trois sous-chapitres

3.1. Participation à l'élaboration du programme et participation active directe aux journées pilotes des 15 sites retenus

Participation à l'élaboration du programme et au déroulement de la seule journée de formation des pilotes des 15 sites retenus a eu lieu sur la période : 3 et 4 oct 2011

3.2. Participation aux groupes de travail sur le guichet intégré animé par EPN dont aide sur le travail de la population cible

Préparation avec l'EPN, et participation à l'animation de deux réunions (le 20 septembre et une autre le 04 octobre 2012) sur la thématique du guichet intégré.

3.3. Participation groupe de travail PSI

Une seule réunion le 14 novembre du groupe de travail PSI

3.4. Autres actions d'accompagnement non prévues initialement

Participation à l'élaboration du protocole, au déroulement et à l'analyse de l'atelier de travail avec les gestionnaires de cas le 8 septembre sur l'identification des adaptations nécessaires du GEVA-A pour la gestion de cas.

Conseils et support auprès de l'EPN dans sa mission d'expertise sur le dossier de l'adaptation du GEVA-A et de sa diffusion.

4. Participation à l'élaboration des contenus du processus de certification

4 réunions ont eu lieu sur la période en équipe de pilotage sur le sujet : 13 oct, 3 nov et 10 nov, aboutissant à une proposition écrite de protocole de certification soumis en réunion de synthèse le 22 nov en présence de Thérèse Hornez de l'ANESM.

Participation à plusieurs réunions visant à définir le nouvel indicateur synthétique MAIA 25 et vérification de sa validité par analyse des rapports d'étapes de juin 2011 à juin 2012 et calcul pour chaque site du nouveau score.

5. Difficultés éventuelles dans la remontée des indicateurs ou dans leur interprétation.

Analyse des bases de données de gestion de cas de la période janvier à juin 2012.

6. Missions ponctuelles d'accompagnement de l'EPN sur les sites concernant une difficulté précise dans l'avancement du projet (soit sur site, soit en groupes de réflexion)

Aucune action de ce type n'a été demandée par l'EPN durant la période

7. Transfert de connaissances vers l'EPN

Alimentation bibliographique en continue sur les articles internationaux publiés sur le sujet de l'intégration.

Retour sur les congrès (SFGG et colloque SMAF à Québec sur la période)

Supervision, analyse et transfert en continu des résultats de l'étude POEM (deuxième volet)

8. Valorisation scientifique de l'expertise réalisée en 2010 (publications, colloques)

- 14 septembre animation du groupe intégration de la SFGG

- 6 octobre : conférence inaugurale de la réunion annuelle SFGG (« Quoi de neuf en Gérontologie ? »)

- 17 novembre : colloque sur la démarche SMAF, présentation de la problématique des outils d'évaluation dans les MAIA et du plan de services individualisé en France

- 25 novembre : rejoint les membres fondateurs de l'International Foundation for Integrated Care.

- 5 décembre : sollicité pour devenir Editeur associé de BMC Health Services Research

Type de décision prise par une table tactique ? (1 ou 2)

actuellement (exemple de deux décisions)

qu'est-ce qui serait différent dans 5-7 ans concernant les décisions de tt

Type de décision prise par une table stratégique ?

actuellement

qu'est-ce qui serait différent dans 5-7 ans concernant les décisions de ts

Est-ce que vous identifiez dans les membres de la table tactique des personnes ou des structures qui ont rapidement adopté les concepts, méthodes et outils du dispositif MAIA dans leur fonctionnement ?

Qui (nom structure et grade si possible)

Est-ce que vous identifiez dans les membres de la table tactique des personnes ou des structures qui ont été des relais du promoteur pour communiquer ou convaincre du dispositif MAIA d'autres structures tactiques ?

Qui (nom structure et grade)

Est-ce que vous identifiez dans les membres de la table stratégique des personnes ou des structures qui ont rapidement adopté les concepts, méthodes et outils du dispositif MAIA dans leur fonctionnement ?

Qui (nom structure et grade si possible)

Est-ce que vous identifiez dans les membres de la table stratégique des personnes ou des structures qui ont été des relais du promoteur pour communiquer ou convaincre du dispositif MAIA d'autres structures tactiques ?

Qui (nom structure et grade)

Niveau moyen de relation entre GC et autres partenaires

résistance 2-1-0-1-2 coopération

Partenaire le plus résistant

Partenaire le plus coopérant

Evolution depuis un an

 confiance accrue

 stabilité

 résistance accrue

Combien de fois échangez-vous par mois avec le promoteur en personne

Intensité de collaboration

Donnez moi un (ou quelques) exemple(s) où vous vous êtes dit que la seule chose à faire était d'aller rencontrer un acteur tactique entre deux tables tactiques ? qui était présent ?

Donnez moi un (ou quelques) exemple(s) où vous vous êtes dit que la seule chose à faire était d'aller rencontrer un acteur stratégique entre deux tables stratégiques? qui était présent ?

Eu égard aux pratiques de pilotage sur l'utilisation par les GC des outils, quelle est l'attitude qui décrit le mieux la vôtre parmi les suivantes

prescription des méthodes de travail/suivi de l'application/contrôle de l'application
incitation active à l'utilisation/suivi de l'application
soutien à l'utilisation/pas de suivi
respect de l'autonomie professionnelle/confiance
retrait ce n'est pas de mon rôle

Quelle opinion avez-vous de la qualité des dossiers de gestion de cas
0 très mauvaise qualité - 10 excellente qualité

Sur les dossiers de GC ouvert depuis plus de trois mois, à votre avis quel pourcentage serait complet c'est à dire comportant au moins un script, un outil d'évaluation multidimensionnel complet avec une synthèse, un PSI, des notes évolutives

0-15% - 15-50% - 50-75% - 75-90% - > 90%

Portez-vous, vous-mêmes un regard sur la qualité ou la complétude des dossiers

Souvent Régulièrement De temps en temps Rarement Jamais

Dans quelle mesure estimez-vous que les GC sont à l'aise avec l'utilisation
du RAI : 0 (pas du tout à l'aise) - 10 (parfaitement à l'aise)
du GEVA : 0 (pas du tout à l'aise) - 10 (parfaitement à l'aise)
du SMAF : 0 (pas du tout à l'aise) - 10 (parfaitement à l'aise)
de l'outil complet OEMD comprenant le SMAF : 0 (pas du tout à l'aise) - 10 (parfaitement à l'aise)
du PSI : 0 (pas du tout à l'aise) - 10 (parfaitement à l'aise)

Selon vous peut-on faire de la GC sans utiliser d'outil d'évaluation multidimensionnel complet
0 (oui tout à fait) - 10 (Non c'est totalement impossible)

Quelle importance accordez-vous au caractère standardisé de l'outil
0 aucune importance - 10 importance capitale

Qu'est qui ne marche pas dans le guichet intégré sur votre site ?

Qu'est qui marche bien dans le guichet intégré sur votre site (quels ont été les « bons coups ») ?

Y a t'il des réunions d'orientation vers la gestion de cas ?

Qui s'y réunit ?

Niveau d'accord (0-10)

L'orientation est un parcours du combattant pour la personne
L'orientation est un parcours du combattant pour les professionnels
Le GI c'est une « usine à gaz »
Le GI est une composante que je maîtrise bien
Appeler cela GI plutôt que GU c'est mieux

Influence du process travaillé au niveau national sur l'implantation actuelle du guichet intégré
0 10

Influence de la BDD sur le script
0 10

Influence de l'enquête simplification de parcours
0 10

Principaux indicateurs qu'il y a un mouvement vers l'intégration sur votre site ?

Différence entre GC et ...(coordonnateur réseau, coordonnateur CLIC, AS de l'EMS APA)

Evolution des rapports avec les médecins

On va maintenant jouer aux associations de mots et d'idées

Je vais vous dire un mot et je voudrais que vous me répondiez par le mot qui vous vient à l'esprit en association d'idée assez immédiate

Attention toutefois le mot que vous direz ne doit pas être associé au jargon MALA ou de votre structure, mais être un mot du langage courant, il peut aussi bien s'agir d'un nom commun, qu'un adjectif, un verbe, un sentiment, ou tout autre mot qui vous viendrait à l'idée.

si je vous dis... quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit ?

Si je dis le mot MAIA ?

Si je vous dis Guichet intégré

Si je vous dis Outils d'évaluation multidimensionnel standardisé

Si je vous dis gestion de cas

Si je vous dis PSI

Si je vous dis Système d'information partagé

Si je vous dis concertation

Ce rapport est destiné à être lu par un certain nombre de personnes au sein des autorités de l'Etat. Quelles sont les deux ou trois phrases que vous auriez envie qu'ils entendent de votre part ?

Annexe 3. Questionnaire Promoteur

Nous demandons votre opinion en tant que personne ressource de la structure porteuse du dispositif MAIA.

Nom

Structure

Age

Statut

Relation au plus haut niveau hiérarchique dans la structure

Formation initiale

Avez-vous été personnellement à l'initiative du projet MAIA ?

- a. Oui
- b. Non

Qu'est ce qui vous a motivé à vous engager dans le projet MAIA: (classement des 4 premiers)

- a. Offrir un nouveau service à la population
- b. Renforcer la coordination entre les partenaires
- c. Réorganiser ma structure en interne
- d. Participer à une expérimentation
- e. Autre :

Quel est votre vision aujourd'hui entre le projet initial issu de la réponse à l'appel d'offre et le dispositif MAIA à ce jour ?

- a. Le projet est le même = continuum
- b. Le projet a changé :
 - i. Un peu
 - ii. Beaucoup
- c. Si le projet a changé :
 - i. Perception positive
 - ii. Perception négative

Qu'est ce qui vous permet de définir l'intégration, qu'est ce qui en fait partie intégrante et en définit le cœur ? (nommé et listé)

- a. Concertation stratégique
 - i. Spontanément nommée
 - ii. Listée
- b. Concertation tactique
 - i. Spontanément nommée
 - ii. Listée
- c. Guichet intégré
 - i. Spontanément nommé
 - ii. Listé
- d. Gestionnaire de cas
 - i. Spontanément nommé
 - ii. Listé
- e. Outils d'évaluation des besoins
 - i. Spontanément nommés
 - ii. Listés
- f. Plans de services
 - i. Spontanément nommés
 - ii. Listés
- g. Système d'information partagé
 - i. Spontanément nommé
 - ii. Listé

Parmi ces dimensions, lesquelles vous semblent prioritaires = « le cœur du cœur » (liste papier)

Avez-vous des difficultés avec la définition des concepts de l'intégration ?

- a. Au début oui, maintenant non
- b. Oui : de 1 à 10 (niveau de difficultés)
- c. Non

Quel temps consacrez vous au dispositif MAIA ?

- a. Début : <10%, 10-25, 25-50, >50
- b. Aujourd'hui : <10%, 10-25, 25-50, >50
- c. Si même proportion = ça augmente / c'est stable / ça diminue

Quelle importance accordez-vous au fait que vous soyez vous-même impliqué dans la communication auprès des partenaires au sujet du dispositif MAIA?
de 0 (aucun) à 10 (essentiel)

Menez vous des actions auprès des partenaires pour les faire participer aux tables de concertation ?

- a. Oui
 - i. Partenaires tactiques
 - 1. Oui :
 - a. Niveau de difficultés de ces actions de 1 à 10
 - 2. Non
 - ii. Partenaires stratégiques
 - 1. Oui :
 - a. Niveau de difficultés de ces actions de 1 à 10
 - 2. non
- b. Non

Etes vous le garant des objectifs du dispositif ?

- a. Oui
- b. Non

Participez vous à l'organisation pratique (ordre du jour, compte-rendu, invitation, etc) des tables de concertation ?

- a. Oui, depuis le début de façon inchangée
- b. Oui, mais de moins en moins
- c. Oui, et de plus en plus
- d. Jamais

Participez vous aux tables de concertation ?

- a. Stratégique
 - i. Oui :
 - 1. Animez vous les tables ?
 - a. Oui
 - b. non
 - ii. Non
- b. Tactique
 - i. Oui
 - 1. Animez vous mes tables ?
 - a. Oui
 - b. Non
 - ii. Non
- c. Mon positionnement avec le pilote :

Quel est mon niveau de collaboration avec le pilote ? de 1 à 10 (avec votre propre définition de la collaboration)
Combien de fois vous échangez par mois ?

- a. <2
- b. 2-4 fois
- c. > 1 fois par semaine

Quel est votre rôle auprès du pilote ?

- a. Je le légitime, ou je l'ai légitimé
 - i. Oui
 - ii. non
- b. Je le soutiens
 - i. Oui
 - ii. non
- c. Autre

Combien de fois par mois avez-vous des échanges avec les GC ?

- a. exceptionnel
- b. régulier, mais 1 à 2 fois par mois maxi
- c. régulier entre 2 et 4 fois par mois
- d. régulier plus d'1 fois par semaine

Ces échanges sont-ils organisés ?

- a. plutôt non, sur une base informelle principalement
- b. plutôt oui, sur une base de rendu d'activité principalement
- c. plutôt oui, sur une base de soutien clinique principalement
- d. très organisé avec ordre du jour et compte-rendu

Quelles sont les conséquences sur « votre structure » à 30 mois d'implantation du dispositif MAIA ?

- a. Cela a élargi le cercle des partenaires
 - i. Oui
- i. Cela a formalisé le partenariat
 - i. Non
- b. Cela a formalisé le partenariat
 - i. Oui
 - ii. Non
- c. Autres :

Quel (s) est (sont) les « early adopteurs » du dispositif ?

Quel (s) est (sont) les champions du dispositif ?

Auriez vous eu besoin de formations supplémentaires ?

- a. Oui
 - i. Si oui = quels temps auriez-vous pu consacrer à cette formation si elle avait eu lieu ?
- b. Non

Auriez vous eu besoin de partager votre expérience avec d'autres promoteurs ?

- a. Oui
 - i. Sous quelle forme = communauté web, échange de mail, newsletter, réunions ?
 - ii. Quel temps auriez-vous pu consacrer à cet échange ?
- b. Non

Y'a-t-il un intérêt d'avoir une équipe de pilotage nationale ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Actions chez vous :

Je vais à présent vous demander votre niveau d'accord avec des extraits de verbatim du précédent tour d'expertise entre 0 totalement en désaccord et 10 totalement d'accord

- a. « En tant que porteur, je fédère » : 0 à 10
- b. « Ma structure est légitime pour être porteuse du dispositif MAIA » : 0 à 10

Je repartirai sur un même projet :

- a. Oui
 - i. Qu'est ce que je changerai ?
- b. Non
 - i. Pourquoi ?

Imaginez que vous voudriez faire passer en deux ou trois phrases maximum un message aux autorités (ministère et autre) à qui est destiné ce rapport quel serait ce message ?

Annexe 4. Scores MAIA 24 et 25

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

MAIA 25

CONCERTATION (10 points)

1) Table Stratégique (TS)

Une table de concertation stratégique s'est réunie au moins deux fois sur la dernière année (1point)

Si OUI

L'ARS et le Conseil Général ont désigné des représentants pour cette table de concertation (1point) (le point n'est attribué que si les deux institutions ont un représentant)

si OUI

Lors des réunions des décisions sont prises (1point) (remarque quelle qu'en soit la nature)

Les décisions prise en TS sont suivies pour chaque structure dans le CR suivant (1point)

2) Table Tactique (TT)

La liste des invités a été validée par la TS, croise le champ des acteurs du sanitaire et du social, précise le niveau décisionnel dans la structure et les pouvoirs de représentativité éventuels (1point) (le point n'est attribué que si toutes les dimensions sont remplies, s'il en manque une cela annule le point, sauf pour la « représentativité » : l'absence de mention de représentativité est interprétée comme l'absence de représentativité et ne fait pas perdre le point)

L'hôpital est représenté en concertation tactique à la fois sur le plan médical (chef de pôle concerné ou son représentant qualifié); et sur le plan managérial (directeur ou son représentant qualifié) (1point) (le point n'est attribué que si les deux représentants sont bien présents, dans les sites où il existe plusieurs hôpitaux, la présence d'une seule « double représentation » suffit à obtenir le point (mais n'est pas suffisant bien sûr eu égard à l'intégration).

Toutes les équipes opérationnelles du CG (EMS APA, service social polyvalent +/- gériatrique, services "CLICs" quand cela est approprié) sont représentés à la table tactique par un représentant en position de chef de service ou de directeur. (1point, le point n'est attribué que si toutes les équipes sont représentées)

Les décisions prise en TT sont suivies dans le CR suivant. (1point)

La représentation est effective pour chaque structure représentée et apparait dans le suivi de décision. (1point) (Il s'agit ici de s'intéresser aux « absents » des tables. Ceux qui ont pouvoir de les représenter ont-ils bien fait « redescendre » vers les structures les décisions qui les concernent ; ceci devant faire l'objet d'un suivi par le pilote. En l'absence de représentation ce point n'est pas attribué, en effet à termes pour une prise de décision efficace, des procédures de représentation paraissent nécessaire par exemple pour que l'ensemble des SSIADs, SAADs et hôpitaux et service d'hébergement temporaire notamment soient représentées).

Des décisions sont prises à partir de données provenant de l'entrepôt de données commun. (1point) (Ce point n'a pas pu être attribué durant la phase expérimentale, car les partenaires n'en étaient pas encore à partager des données de type guichet intégré en commun, au mieux ces données étaient mobilisées par le pilote seul).

GUICHET INTEGRE (10 points)

1) outils

Le script d'analyse est validé en table tactique et en table stratégique (1point)

Le script d'analyse est multidimensionnel (il porte intérêt à la situation dans les domaines santé, autonomie fonctionnelle, aspect familiaux et sociaux, économiques et administratifs et environnement et sécurité individuelle) (1point, le point n'est attribué que si toutes les dimensions sont présentes, s'il en manque le point est annulé)

Le script d'analyse prévoit les orientations vers une palette diversifiée de services et ne se limite pas à filtrer l'accès à la gestion de cas (1point)

Le référentiel d'intervention permet d'orienter vers l'ensemble des ressources du territoire (1point)

2) organisation

La TT et la TS s'engage à partager tous les outils d'un guichet intégré (1point)

La territorialité du guichet Intégré est défini en argumentant par écrit sa pertinence et validé en table stratégique (1point)

Un référentiel unique des missions et interventions de tous les partenaires du territoire est validé en TT (1point)

La permanence de l'information et de l'orientation par mutualisation entre les partenaires du guichet intégré fait l'objet de décision en TT et en TS (1point ; il s'agit ici de juger comment les partenaires tiennent compte des uns et des autres pour assurer une permanence de l'information : basculement des lignes les uns sur les autres, mise en commun de moyens voire de personnel et à terme numéro unique)

Les décisions de TT s'appuient sur la base de données issue de la mise en œuvre du guichet intégré (1point ; la différence avec l'entrepôt commun est qu'il suffit que le pilote utilise ces données pour que le point soit attribué, la mise en commun des données est un pas supplémentaires)

Les documents issus des instances stratégiques CG et ARS (Schéma gérontologique, schéma d'organisation...) prennent en compte l'organisation en guichet intégré MAIA (1point)

GESTION DE CAS (5 points)

Charge en cas par gestionnaires de cas temps plein autour de 40/GC temps plein (1point, le point est attribué sur les 2 premières années si la charge en cas atteint ou dépasse 30 ensuite il faut qu'elle dépasse 36 et qu'elle soit inférieure à 44)

Les procédures de gestion de cas organisent un lien systématique avec le médecin généraliste (on en juge par l'envoi du document "procédure GC") (1point)

Les procédures de gestion de cas organisent la place des gestionnaires de cas durant un séjour hospitalier et les interfaces entrée et sortie de l'hôpital (idem) (1point)

Le délai moyen entre la première demande et la première visite des GC est $< 10j$, et le nombre de données manquantes pour les deux dates $< 10\%$ (1point)

Les décisions de TT s'appuient sur les données issues du rapport d'activité des GC ou de la BDD (1point)

Annexe 5. Questionnaire Gestionnaires de cas –GEVA-A

Ce questionnaire s'intéresse à vos pratiques professionnelles et représentations liées à l'outil d'évaluation multidimensionnelle que vous utilisez au sein de votre MAIA.

Sa durée est d'environ 30 minutes.

Fiche signalétique

1. Sexe : Homme Femme
2. Quelle est votre formation initiale (Il s'agit de la formation qualifiante à la gestion de cas):
 Travailleur social Infirmier
 Psychologue Autre (préciser) :
3. Expérience professionnelle (en année) :
4. Expérience professionnelle en tant que gestionnaire de cas (en mois) :
5. Temps plein : Oui Non
6. Si non, Quel pourcentage de temps partiel :%
7. Quel âge avez-vous ?

Vos pratiques de l'outil d'évaluation multidimensionnelle

8. A combien de situations s'élève votre file active (nombre de dossiers ouverts) ?
.....
9. Pour vous, est-ce ?
 Trop
 Beaucoup
 Normal
 Peu
 Pas assez
10. Quel serait pour vous le nombre idéal de situations suivies par gestionnaire de cas pour une « bonne pratique » ?
11. Pensez-vous que vos dossiers patients soient bien remplis ?
 Oui, toujours
 Oui, souvent
 Oui, plutôt
 Oui, un peu
 Rarement
 Pas du tout
12. Utilisez-vous l'outil :
 Entièrement Partiellement
13. Par rapport à vos débuts en tant que gestionnaire de cas, utilisez-vous l'outil ?
 De plus en plus
 De moins en moins
 Autant
14. Réalisez-vous plus rapidement qu'au début vos évaluations?
 Oui Non
15. Actuellement, combien de temps en moyenne vous faut-il pour réaliser une évaluation complète (de la première visite au domicile jusqu'à l'écriture de la synthèse)?
.....

16. Combien de temps en moyenne (en heure) vous faut-il pour réaliser une première évaluation au domicile de l'utilisateur ?.....
17. Ajoutez-vous des commentaires hors des cases prévues à cet effet ?
 Oui Non
18. Pensez-vous que l'utilisation de votre outil facilite la réalisation de la synthèse ?
 Oui Non
19. L'outil d'évaluation est-il indispensable pour la réalisation du PSI ?
 Oui, tout à fait Non, plutôt pas
 Oui, plutôt Non, pas du tout
20. Considérez-vous que l'outil que vous utilisez soit multidimensionnel ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

21. Comment évaluez-vous l'intérêt clinique d'une évaluation multidimensionnelle ?

Aucun intérêt clinique 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fort intérêt clinique

22. L'opinion suivante a été émise : « les outils d'évaluation multidimensionnelle sont lourds ». Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec cette affirmation concernant l'outil que vous utilisez ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

23. Pensez-vous pouvoir vous passer de la démarche d'évaluation multidimensionnelle pour bien cerner la situation de l'utilisateur ?

Oui Non

24. Pensez-vous pouvoir vous passer de l'outil d'évaluation multidimensionnelle pour bien cerner la situation de l'utilisateur ?

Oui Non

25. Si vous étiez pressé par le temps, quelle partie des outils ne rempliriez-vous pas ?
 (Hiérarchisation des réponses)

- Le GEVA-A entier
 Le volet 6 du GEVA-A
 L'autre partie du GEVA-A
 La synthèse
 Les notes évolutives
 Le PSI
 Autre, précisez :
 Rien

Rapport à la standardisation

26. Quelle importance accordez-vous à la standardisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle ?

Pas du tout important 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait important

27. Pensez-vous qu'une meilleure précision de l'évaluation s'obtient avec un outil composé majoritairement :

De questions fermées De questions ouvertes

28. Pensez-vous qu'il est plus rapide de remplir un outil composé majoritairement :

De questions fermées De questions ouvertes

29. Au delà de la rapidité du remplissage, pensez-vous qu'il est plus facile de remplir un outil composé majoritairement :
- De questions fermées De questions ouvertes
30. Pensez-vous qu'un gestionnaire de cas puisse transmettre ses dossiers patients à un gestionnaire de cas ?
- Oui, sans difficulté
 Oui, avec quelques difficultés
 Oui, avec beaucoup de difficulté
 Non
31. Pensez-vous qu'une transmission d'informations soit meilleure avec un outil composé majoritairement :
- De questions fermées De questions ouvertes
32. Pensez-vous que pour une même situation l'outil permette de parvenir à des synthèses similaires quelque soit le gestionnaire de cas ?
- Oui Non
33. Pensez-vous que pour une même situation l'outil permette de parvenir à des PSI similaires quelque soit le gestionnaire de cas ?
- Oui Non

Rapport à l'informatisation

34. Pensez-vous que l'informatisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle (dématérialisation de l'outil) soit :
- Positive Négative

35. Selon vous, l'informatisation de l'outil représente :

Autre :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Un gain de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un bon échange d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une bonne protection des données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un potentiel d'erreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un gage de fiabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Actuellement, quel(s) équipement(s) utilisez-vous ? (plusieurs choix possible)

- Un ordinateur de bureau
 Un ordinateur portable
 Une tablette électronique
 Un smart phone professionnel ou autre PDA
 Autre : précisez :

37. Dans quelle mesure pensez-vous que ces équipements soient utiles dans vos pratiques professionnelles ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Ordinateur de bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordinateur portable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablette électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart phone / PDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Quel logiciel utilisez-vous : (plusieurs choix possible)

- Un logiciel en rapport avec l'outil d'évaluation multidimensionnelle
- Un logiciel de la structure (Logiclic)
- Office (Word, Excel) ou assimilé
- Aucun

39. Ces logiciels sont-ils partagés :

- A l'intérieur de votre structure
- Avec d'autres gestionnaires de cas basés dans d'autres structures
- Avec des partenaires de structures différentes

Formation

40. Depuis votre embauche avez-vous suivi une formation à l'outil ?

- Oui
- Non

41. Avez-vous suivi une formation complémentaire depuis ?

- Oui
- Non

42. Le projet sur les outils d'évaluation multidimensionnelle recommande un programme complet pour les gestionnaires de cas et pilotes des MAIA, basé sur :

- une formation à la démarche évaluative
- une formation à un outil d'évaluation multidimensionnelle complet (théorie et pratique)
- des temps d'échanges entre gestionnaires de cas.

Pensez-vous que cette recommandation soit pertinente ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Non, pas du tout

Interdisciplinarité

43. Combien de gestionnaires de cas sont présents dans la même structure que vous et quelle est leur formation initiale ?

	La même que vous	Différente, précisez
GC 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GC 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- GC 3
 GC 4
44. Combien de gestionnaires de cas partagent votre bureau et quelle est leur formation initiale ?
- | | La même que vous | Différente, précisez |
|------|--------------------------|--------------------------------|
| GC 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
45. Vous organisez-vous entre gestionnaires de cas lors de vos congés pour qu'il y ait un suivi des situations ?
- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Rarement
 Jamais
46. Vous arrive-t-il de prendre des décisions en concertation entre gestionnaires de cas lors de suivi de situations ?
- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Rarement
 Jamais
47. Vous arrive-t-il d'échanger entre gestionnaires de cas sur les pratiques d'utilisation des outils ?
- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Rarement
 Jamais
48. Avez-vous le sentiment de faire partie d'une équipe ?
- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Rarement
 Jamais
49. En cas de besoin avez-vous l'opportunité d'exprimer vos désaccords entre gestionnaires de cas ?
- Oui Non
50. En cas de situations de conflits entre gestionnaire de cas, qui pourrait jouer le rôle de médiateur ?
- Un(e) collègue gestionnaire de cas
 La (e) Pilote
 Le Promoteur
 Un professionnel de la même structure
 Un professionnel hors structure
 Personne
51. Avez-vous le sentiment d'avoir modifié vos pratiques professionnelles depuis vos débuts en tant que gestionnaire de cas ?
- Oui complètement

- Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Non (si non, passer directement à Q. 53)
52. Est-ce que votre pilote vous accompagne dans vos changements de pratiques ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Jamais
53. Est-ce que votre pilote vous soutient dans votre fonction de gestionnaire de cas ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Jamais
54. Parmi les qualificatifs suivants, quels sont ceux qui correspondent à votre relation avec la (e) pilote : (Plusieurs choix possibles)
- J'ai un lien hiérarchique
 - Elle (Il) est éloignée de mon activité clinique
 - Elle (Il) a un rôle de surveillance de mon activité de gestionnaire de cas
 - Elle (Il) manque de disponibilité
 - Elle (Il) est aidante pour renforcer les liens avec mes partenaires
 - J'ai une relation de confiance
55. Pensez-vous que votre équipe de gestionnaires de cas arrive à faire du bon travail ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Jamais
56. Pensez-vous que votre équipe de gestionnaires de cas peut répondre aux besoins des personnes âgées ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Non, Jamais
57. Avez-vous des difficultés à travailler avec les médecins traitants ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Non, Jamais
58. Avez-vous des difficultés à travailler avec les médecins hospitaliers ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Non, Jamais

59. Avez-vous des difficultés à travailler avec les infirmiers libéraux ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Non, Jamais
60. Organisez-vous des réunions de concertation avec les partenaires mobilisés dans l'accompagnement de personnes ?
- Oui Non
61. Durant cette dernière année, comment a évolué votre légitimité auprès des partenaires : (plusieurs choix possibles)
- Elle a progressé dans mon champ professionnel d'origine
 - Elle a progressé dans un autre champ
 - Elle est identique
 - Elle a régressé dans mon champ professionnel d'origine
 - Elle a régressé dans un autre champ
62. Selon vous, quels sont les bons et les mauvais côtés de la fonction de gestionnaire de cas ?

Annexe 6. Questionnaire Gestionnaires de cas –OEMD-SMAF

Ce questionnaire s'intéresse à vos pratiques professionnelles et représentations liées à l'outil d'évaluation multidimensionnelle que vous utilisez au sein de votre MAIA.

Sa durée est d'environ 30 minutes.

Fiche signalétique

1. Sexe : Homme Femme
2. Quelle est votre formation initiale (Il s'agit de la formation qualifiante à la gestion de cas):
 Travailleur social Infirmier
 Psychologue Autre (préciser) :
3. Expérience professionnelle (en année) :
4. Expérience professionnelle en tant que gestionnaire de cas (en mois) :
5. Temps plein : Oui Non
6. Si non, Quel pourcentage de temps partiel :%
7. Quel âge avez-vous ?

Vos pratiques de l'outil d'évaluation multidimensionnelle

8. A combien de situations s'élève votre file active (nombre de dossiers ouverts) ?
.....
9. Pour vous, est-ce ?
 Trop
 Beaucoup
 Normal
 Peu
 Pas assez
10. Quel serait pour vous le nombre idéal de situations suivies par gestionnaire de cas pour une « bonne pratique » ?
11. Pensez-vous que vos dossiers patients soient bien remplis ?
 Oui, toujours
 Oui, souvent
 Oui, plutôt
 Oui, un peu
 Rarement
 Pas du tout
12. Utilisez-vous l'outil :
 Entièrement Partiellement
13. Par rapport à vos débuts en tant que gestionnaire de cas, utilisez-vous l'outil ?
 De plus en plus
 De moins en moins
 Autant
14. Réalisez-vous plus rapidement qu'au début vos évaluations?
 Oui Non
15. Actuellement, combien de temps en moyenne vous faut-il pour réaliser une évaluation complète (de la première visite au domicile jusqu'à l'écriture de la synthèse)?
.....

16. Combien de temps en moyenne (en heure) vous faut-il pour réaliser une première évaluation au domicile de l'utilisateur ?.....
17. Ajoutez-vous des commentaires hors des cases prévues à cet effet ?
 Oui Non
18. Pensez-vous que l'utilisation de votre outil facilite la réalisation de la synthèse ?
 Oui Non
19. L'outil d'évaluation est-il indispensable pour la réalisation du PSI ?
 Oui, tout à fait Non, plutôt pas
 Oui, plutôt Non, pas du tout
20. Considérez-vous que l'outil que vous utilisez soit multidimensionnel ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

21. Comment évaluez-vous l'intérêt clinique d'une évaluation multidimensionnelle ?

Aucun intérêt clinique 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fort intérêt clinique

22. L'opinion suivante a été émise : « les outils d'évaluation multidimensionnelle sont lourds ». Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec cette affirmation concernant l'outil que vous utilisez ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

23. Pensez-vous pouvoir vous passer de la démarche d'évaluation multidimensionnelle pour bien cerner la situation de l'utilisateur ?

Oui Non

24. Pensez-vous pouvoir vous passer de l'outil d'évaluation multidimensionnelle pour bien cerner la situation de l'utilisateur ?

Oui Non

25. Si vous étiez pressé par le temps, quelle partie des outils ne rempliriez-vous pas ?
 (Hiérarchisation des réponses)

- L'OEMD-SMAF entier
 La partie OEMD
 La partie SMAF
 La synthèse
 Les notes évolutives
 Le PSI
 Autre, précisez :
 Rien

Rapport à la standardisation

26. Quelle importance accordez-vous à la standardisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle ?

Pas du tout important 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait important

27. Pensez-vous qu'une meilleure précision de l'évaluation s'obtient avec un outil composé majoritairement :

De questions fermées De questions ouvertes

28. Pensez-vous qu'il est plus rapide de remplir un outil composé majoritairement :

De questions fermées De questions ouvertes

29. Au delà de la rapidité du remplissage, pensez-vous qu'il est plus facile de remplir un outil composé majoritairement :
- De questions fermées De questions ouvertes
30. Pensez-vous qu'un gestionnaire de cas puisse transmettre ses dossiers patients à un gestionnaire de cas ?
- Oui, sans difficulté
 Oui, avec quelques difficultés
 Oui, avec beaucoup de difficulté
 Non
31. Pensez-vous qu'une transmission d'informations soit meilleure avec un outil composé majoritairement :
- De questions fermées De questions ouvertes
32. Pensez-vous que pour une même situation l'outil permette de parvenir à des synthèses similaires quelque soit le gestionnaire de cas ?
- Oui Non
33. Pensez-vous que pour une même situation l'outil permette de parvenir à des PSI similaires quelque soit le gestionnaire de cas ?
- Oui Non

Rapport à l'informatisation

34. Pensez-vous que l'informatisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle (dématérialisation de l'outil) soit :
- Positive Négative

35. Selon vous, l'informatisation de l'outil représente :

Autre :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Un gain de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un bon échange d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une bonne protection des données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un potentiel d'erreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un gage de fiabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Actuellement, quel(s) équipement(s) utilisez-vous ? (plusieurs choix possible)

- Un ordinateur de bureau
 Un ordinateur portable
 Une tablette électronique
 Un smart phone professionnel ou autre PDA
 Autre : précisez :

37. Dans quelle mesure pensez-vous que ces équipements soient utiles dans vos pratiques professionnelles ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Ordinateur de bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordinateur portable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablette électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart phone / PDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Quel logiciel utilisez-vous : (plusieurs choix possible)

- Un logiciel en rapport avec l'outil d'évaluation multidimensionnelle
- Un logiciel de la structure (Logiclic)
- Office (Word, Excel) ou assimilé
- Aucun

39. Ces logiciels sont-ils partagés :

- A l'intérieur de votre structure
- Avec d'autres gestionnaires de cas basés dans d'autres structures
- Avec des partenaires de structures différentes

Formation

40. Depuis votre embauche avez-vous suivi une formation à l'outil ?

- Oui
- Non

41. Avez-vous suivi une formation complémentaire depuis ?

- Oui
- Non

42. Le projet sur les outils d'évaluation multidimensionnelle recommande un programme complet pour les gestionnaires de cas et pilotes des MAIA, basé sur :

- une formation à la démarche évaluative
- une formation à un outil d'évaluation multidimensionnelle complet (théorie et pratique)
- des temps d'échanges entre gestionnaires de cas.

Pensez-vous que cette recommandation soit pertinente ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Non, pas du tout

Interdisciplinarité

43. Combien de gestionnaires de cas sont présents dans la même structure que vous et quelle est leur formation initiale ?

	La même que vous	Différente, précisez
GC 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GC 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GC 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- GC 4
44. Combien de gestionnaires de cas partagent votre bureau et quelle est leur formation initiale ?
- | | La même que vous | Différente, précisez |
|------|--------------------------|--------------------------------|
| GC 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
45. Vous organisez-vous entre gestionnaires de cas lors de vos congés pour qu'il y ait un suivi des situations ?
- Oui toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Rarement
- Jamais
46. Vous arrive-t-il de prendre des décisions en concertation entre gestionnaires de cas lors de suivi de situations ?
- Oui toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Rarement
- Jamais
47. Vous arrive-t-il d'échanger entre gestionnaires de cas sur les pratiques d'utilisation des outils ?
- Oui toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Rarement
- Jamais
48. Avez-vous le sentiment de faire partie d'une équipe ?
- Oui toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Rarement
- Jamais
49. En cas de besoin avez-vous l'opportunité d'exprimer vos désaccords entre gestionnaires de cas ?
- Oui Non
50. En cas de situations de conflits entre gestionnaire de cas, qui pourrait jouer le rôle de médiateur ?
- Un(e) collègue gestionnaire de cas
- La (e) Pilote
- Le Promoteur
- Un professionnel de la même structure
- Un professionnel hors structure
- Personne
51. Avez-vous le sentiment d'avoir modifié vos pratiques professionnelles depuis vos débuts en tant que gestionnaire de cas ?
- Oui complètement
- Oui beaucoup

- Oui un peu
 - Rarement
 - Non (si non, passer directement à Q. 53)
52. Est-ce que votre pilote vous accompagne dans vos changements de pratiques ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Jamais
53. Est-ce que votre pilote vous soutient dans votre fonction de gestionnaire de cas ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Jamais
54. Parmi les qualificatifs suivants, quels sont ceux qui correspondent à votre relation avec la (e) pilote : (Plusieurs choix possibles)
- J'ai un lien hiérarchique
 - Elle (Il) est éloignée de mon activité clinique
 - Elle (Il) a un rôle de surveillance de mon activité de gestionnaire de cas
 - Elle (Il) manque de disponibilité
 - Elle (Il) est aidante pour renforcer les liens avec mes partenaires
 - J'ai une relation de confiance
55. Pensez-vous que votre équipe de gestionnaires de cas arrive à faire du bon travail ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Jamais
56. Pensez-vous que votre équipe de gestionnaires de cas peut répondre aux besoins des personnes âgées ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Non, Jamais
57. Avez-vous des difficultés à travailler avec les médecins traitants ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Non, Jamais
58. Avez-vous des difficultés à travailler avec les médecins hospitaliers ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Non, Jamais

59. Avez-vous des difficultés à travailler avec les infirmiers libéraux ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Non, Jamais
60. Organisez-vous des réunions de concertation avec les partenaires mobilisés dans l'accompagnement de personnes ?
- Oui Non
61. Durant cette dernière année, comment a évolué votre légitimité auprès des partenaires : (plusieurs choix possibles)
- Elle a progressé dans mon champ professionnel d'origine
 - Elle a progressé dans un autre champ
 - Elle est identique
 - Elle a régressé dans mon champ professionnel d'origine
 - Elle a régressé dans un autre champ
62. Selon vous, quels sont les bons et les mauvais côtés de la fonction de gestionnaire de cas ?

Annexe 7. Questionnaire Gestionnaires de cas –RAI-Domicile

Fiche signalétique

1. Sexe : Homme Femme
2. Quelle est votre formation initiale (Il s'agit de la formation qualifiante à la gestion de cas):
 Travailleur social Infirmier
 Psychologue Autre (préciser) :
3. Expérience professionnelle (en année) :
4. Expérience professionnelle en tant que gestionnaire de cas (en mois) :
5. Temps plein : Oui Non
6. Si non, Quel pourcentage de temps partiel :%
7. Quel âge avez-vous ?

Vos pratiques de l'outil d'évaluation multidimensionnelle

8. A combien de situations s'élève votre file active (nombre de dossiers ouverts) ?
.....
9. Pour vous, est-ce ?
 Trop
 Beaucoup
 Normal
 Peu
 Pas assez
10. Quel serait pour vous le nombre idéal de situations suivies par gestionnaire de cas pour une « bonne pratique » ?
11. Pensez-vous que vos dossiers patients soient bien remplis ?
 Oui, toujours
 Oui, souvent
 Oui, plutôt
 Oui, un peu
 Rarement
 Pas du tout
12. Utilisez-vous l'outil :
 Entièrement Partiellement
13. Par rapport à vos débuts en tant que gestionnaire de cas, utilisez-vous l'outil ?
 De plus en plus
 De moins en moins
 Autant
14. Réalisez-vous plus rapidement qu'au début vos évaluations?
 Oui Non
15. Actuellement, combien de temps en moyenne vous faut-il pour réaliser une évaluation complète (de la première visite au domicile jusqu'à l'écriture de la synthèse)?
.....

16. Combien de temps en moyenne (en heure) vous faut-il pour réaliser une première évaluation au domicile de l'utilisateur ?.....
17. Ajoutez-vous des commentaires hors des cases prévues à cet effet ?
 Oui Non
18. Pensez-vous que l'utilisation de votre outil facilite la réalisation de la synthèse ?
 Oui Non
19. L'outil d'évaluation est-il indispensable pour la réalisation du PSI ?
 Oui, tout à fait Non, plutôt pas
 Oui, plutôt Non, pas du tout
20. Considérez-vous que l'outil que vous utilisez soit multidimensionnel ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

21. Comment évaluez-vous l'intérêt clinique d'une évaluation multidimensionnelle ?

Aucun intérêt clinique 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fort intérêt clinique

22. L'opinion suivante a été émise : « les outils d'évaluation multidimensionnelle sont lourds ». Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec cette affirmation concernant l'outil que vous utilisez ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait d'accord

23. Pensez-vous pouvoir vous passer de la démarche d'évaluation multidimensionnelle pour bien cerner la situation de l'utilisateur ?

Oui Non

24. Pensez-vous pouvoir vous passer de l'outil d'évaluation multidimensionnelle pour bien cerner la situation de l'utilisateur ?

Oui Non

25. Si vous étiez pressé par le temps, quelle partie des outils ne rempliriez-vous pas ?
(Hiérarchisation des réponses)

- Le RAI-Domicile
 La synthèse
 Les notes évolutives
 Le PSI
 Autre, précisez :
 Rien

Rapport à la standardisation

26. Quelle importance accordez-vous à la standardisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle ?

Pas du tout important 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait important

27. Pensez-vous qu'une meilleure précision de l'évaluation s'obtient avec un outil composé majoritairement :

De questions fermées De questions ouvertes

28. Pensez-vous qu'il est plus rapide de remplir un outil composé majoritairement :

De questions fermées De questions ouvertes

29. Au delà de la rapidité du remplissage, pensez-vous qu'il est plus facile de remplir un outil composé majoritairement :
- De questions fermées De questions ouvertes
30. Pensez-vous qu'un gestionnaire de cas puisse transmettre ses dossiers patients à un gestionnaire de cas ?
- Oui, sans difficulté
 Oui, avec quelques difficultés
 Oui, avec beaucoup de difficulté
 Non
31. Pensez-vous qu'une transmission d'informations soit meilleure avec un outil composé majoritairement :
- De questions fermées De questions ouvertes
32. Pensez-vous que pour une même situation l'outil permette de parvenir à des synthèses similaires quelque soit le gestionnaire de cas ?
- Oui Non
33. Pensez-vous que pour une même situation l'outil permette de parvenir à des PSI similaires quelque soit le gestionnaire de cas ?
- Oui Non

Rapport à l'informatisation

34. Pensez-vous que l'informatisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle (dématérialisation de l'outil) soit :
- Positive Négative

35. Selon vous, l'informatisation de l'outil représente :

Autre :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Un gain de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un bon échange d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une lourdeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une bonne protection des données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un potentiel d'erreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un gage de fiabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Actuellement, quel(s) équipement(s) utilisez-vous ? (plusieurs choix possible)

- Un ordinateur de bureau
 Un ordinateur portable
 Une tablette électronique
 Un smart phone professionnel ou autre PDA
 Autre : précisez :

37. Dans quelle mesure pensez-vous que ces équipements soient utiles dans vos pratiques professionnelles ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Ordinateur de bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordinateur portable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablette électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart phone / PDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Quel logiciel utilisez-vous : (plusieurs choix possible)

- Un logiciel en rapport avec l'outil d'évaluation multidimensionnelle
- Un logiciel de la structure
- Office (Word, Excel) ou assimilé
- Aucun

39. Ces logiciels sont-ils partagés :

- A l'intérieur de votre structure
- Avec d'autres gestionnaires de cas basés dans d'autres structures
- Avec des partenaires de structures différentes

Formation

40. Depuis votre embauche avez-vous suivi une formation à l'outil ?

- Oui
- Non

41. Avez-vous suivi une formation complémentaire depuis ?

- Oui
- Non

42. Le projet sur les outils d'évaluation multidimensionnelle recommande un programme complet pour les gestionnaires de cas et pilotes des MAIA, basé sur :

- une formation à la démarche évaluative
- une formation à un outil d'évaluation multidimensionnelle complet (théorie et pratique)
- des temps d'échanges entre gestionnaires de cas.

Pensez-vous que cette recommandation soit pertinente ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Non, pas du tout

Interdisciplinarité

43. Combien de gestionnaires de cas sont présents dans la même structure que vous et quelle est leur formation initiale ?

	La même que vous	Différente, précisez
GC 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GC 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- GC 3
 GC 4
44. Combien de gestionnaires de cas partagent votre bureau et quelle est leur formation initiale ?
- | | La même que vous | Différente, précisez |
|------|--------------------------|--------------------------------|
| GC 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GC 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
45. Vous organisez-vous entre gestionnaires de cas lors de vos congés pour qu'il y ait un suivi des situations ?
- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Rarement
 Jamais
46. Vous arrive-t-il de prendre des décisions en concertation entre gestionnaires de cas lors de suivi de situations ?
- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Rarement
 Jamais
47. Vous arrive-t-il d'échanger entre gestionnaires de cas sur les pratiques d'utilisation des outils ?
- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Rarement
 Jamais
48. Avez-vous le sentiment de faire partie d'une équipe ?
- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Rarement
 Jamais
49. En cas de besoin avez-vous l'opportunité d'exprimer vos désaccords entre gestionnaires de cas ?
- Oui Non
50. En cas de situations de conflits entre gestionnaire de cas, qui pourrait jouer le rôle de médiateur ?
- Un(e) collègue gestionnaire de cas
 La (e) Pilote
 Le Promoteur
 Un professionnel de la même structure
 Un professionnel hors structure
 Personne
51. Avez-vous le sentiment d'avoir modifié vos pratiques professionnelles depuis vos débuts en tant que gestionnaire de cas ?
- Oui complètement

- Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Non (si non, passer directement à Q. 53)
52. Est-ce que votre pilote vous accompagne dans vos changements de pratiques ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Jamais
53. Est-ce que votre pilote vous soutient dans votre fonction de gestionnaire de cas ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Jamais
54. Parmi les qualificatifs suivants, quels sont ceux qui correspondent à votre relation avec la (e) pilote : (Plusieurs choix possibles)
- J'ai un lien hiérarchique
 - Elle (Il) est éloignée de mon activité clinique
 - Elle (Il) a un rôle de surveillance de mon activité de gestionnaire de cas
 - Elle (Il) manque de disponibilité
 - Elle (Il) est aidante pour renforcer les liens avec mes partenaires
 - J'ai une relation de confiance
55. Pensez-vous que votre équipe de gestionnaires de cas arrive à faire du bon travail ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Jamais
56. Pensez-vous que votre équipe de gestionnaires de cas peut répondre aux besoins des personnes âgées ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Non, Jamais
57. Avez-vous des difficultés à travailler avec les médecins traitants ?
- Oui toujours
 - Oui beaucoup
 - Oui un peu
 - Rarement
 - Non, Jamais
58. Avez-vous des difficultés à travailler avec les médecins hospitaliers ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Non, Jamais

59. Avez-vous des difficultés à travailler avec les infirmiers libéraux ?
- Oui toujours
 - Oui souvent
 - Oui parfois
 - Rarement
 - Non, Jamais
60. Organisez-vous des réunions de concertation avec les partenaires mobilisés dans l'accompagnement de personnes ?
- Oui Non
61. Durant cette dernière année, comment a évolué votre légitimité auprès des partenaires : (plusieurs choix possibles)
- Elle a progressé dans mon champ professionnel d'origine
 - Elle a progressé dans un autre champ
 - Elle est identique
 - Elle a régressé dans mon champ professionnel d'origine
 - Elle a régressé dans un autre champ
62. Selon vous, quels sont les bons et les mauvais côtés de la fonction de gestionnaire de cas ?