fng
Fondation Nationale de Gérontologie

RAPPORT

STRATÉGIES DES ARS DANS LE DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF D'INTÉGRATION MAIA

Étude réalisée pour la Direction Générale de la Santé
par la Fondation Nationale de Gérontologie

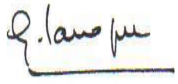
Hélène Trouvé

Ingénieur de recherche - Fondation Nationale de Gérontologie (FNG)

Dominique Somme

Gériatre - Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP)
- Hôpital Européen Georges Pompidou(HEGP)

– Février 2012 –



Geneviève LAROQUE – Présidente de la FNG

Fondation Nationale de Gérontologie

Document de synthèse du Rapport – Février 2012

STRATÉGIES DES ARS DANS LE DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF D'INTÉGRATION MAIA

Étude réalisée pour la Direction Générale de la Santé par la Fondation Nationale de Gérontologie
Hélène Trouvé, Ingénieur de recherche - Fondation Nationale de Gérontologie (FNG)
Dominique Somme, Gériatre - Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) - Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP)

PRÉAMBULE

Les dispositions juridiques relatives aux Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA) attribuent aux Agences Régionales de Santé (ARS) le mandat de mise en œuvre, en région, de la politique publique d'intégration des services gérontologiques à travers le déploiement du dispositif MAIA.

L'équipe projet nationale (EPN) s'appuie notamment sur des missions d'expertise en capacité de produire des travaux d'études. Dans sa mission de soutien méthodologique auprès des ARS, l'EPN a eu l'opportunité de solliciter une étude concernant les stratégies de déploiement des dispositifs MAIA mises en place par les ARS. Cette étude a été confiée à la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG).

Un rapport de 150 pages a été remis à la Direction Générale de la Santé.

Ce document de synthèse présente le rapport en 5 axes.

1. OBJET DE RECHERCHE

Les pouvoirs publics ont entrepris une importante réforme institutionnelle avec la mise en place des ARS.
Ces agences sont particulièrement légitimes pour étudier l'intégration des services gérontologiques du fait de leur compétence en termes de coordination des politiques de santé en région.

L'intérêt d'étudier les stratégies déployées quant à l'intégration des services au sein des ARS se comprend également par le mandat juridique qui leur a été donné en janvier 2011. En effet, deux missions ont été confiées aux ARS :

- Programmer et planifier la mise en œuvre d'une politique publique d'intégration, notamment à travers l'implantation des dispositifs MAIA (Article L.1431-2 du CSP),
- Accompagner le déploiement des dispositifs MAIA tels que définis dans la circulaire DGCS/SD3A/DGOS/2011/12 du 13 janvier 2011 et conformément au cahier des charges national approuvé par le décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011.

Les questions de l'étude s'articulent de la façon suivante :

- Le dispositif MAIA répond-il à un besoin identifié par les ARS ?
- Les objectifs et les outils du dispositif d'intégration MAIA sont-ils compréhensibles pour les ARS ?
- Les normes organisationnelles du dispositif d'intégration MAIA sont-elles compatibles avec les normes organisationnelles des ARS ?
- Quelle est la place donnée au dispositif d'intégration MAIA en termes de priorité de politiques gérontologiques des ARS ?

Aussi l'objet n'est pas tant d'analyser la réceptivité des ARS aux composantes du dispositif d'intégration MAIA mais d'analyser la façon dont les ARS ont reçu et mis en œuvre des stratégies d'implantation du dispositif d'intégration cohérentes avec le mandat qui leur a été donné et cohérentes avec l'objectif d'intégration des services gérontologiques porté par le dispositif MAIA.

2. MÉTHODE

Une étude empirique qualitative a été conduite en 2011.

Deux catégories de données ont été collectées :

- entretiens semi-directifs approfondis auprès de 11 référents Alzheimer (juin-août), traités par analyse thématique de contenu informatisée; les résultats ont été synthétisés dans un questionnaire,
- questionnaire soumis aux 26 référents Alzheimer des ARS (octobre-novembre).

15 référents Alzheimer ont répondu au questionnaire (taux de retour : 58%).
L'échantillon des 15 ARS ayant participé au questionnaire :

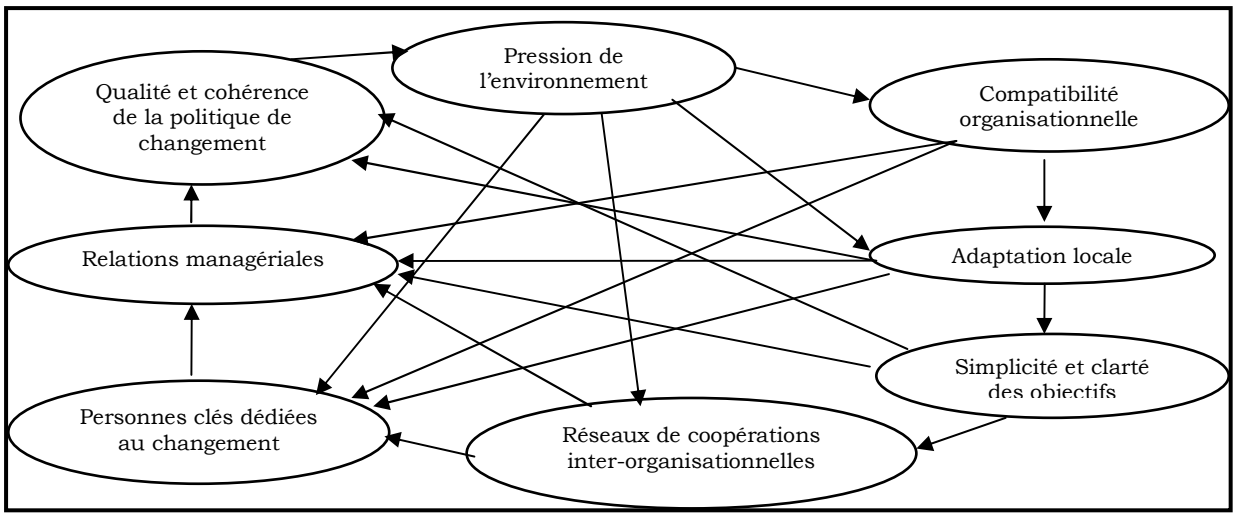
- couvre le territoire national (Nord, Sud, Est, Ouest, DOM),
- la taille des effectifs des ARS est représentative de la variabilité nationale,
- 7 ARS ont été exposées à la phase expérimentale du dispositif (2009-2010),
- le nombre de projets reçus à l'appel à candidatures MAIA 2011 représente 85 projets de l'ensemble des 127 projets reçus par les 26 ARS,
- le nombre de dispositifs MAIA créés en 2011 représente 20 des 40 nouveaux dispositifs.

Au total, 19 des 26 ARS ont participé à l'une ou aux deux phases de l'étude, représentant 14 des 17 MAIA expérimentales et 29 des 40 MAIA créées en 2001.

L'analyse des questionnaires a été conduite dans le cadre du modèle du « changement stratégique » développé empiriquement par Andrew Pettigrew (1992)[1] dans le contexte des réformes vers l'intégration des services introduites dans les institutions du service de la santé (NHS) en Grande-Bretagne.

La conduite du changement stratégique est modélisée par un ensemble de huit facteurs qui représentent un schéma d'associations dans lequel le changement est conçu comme un processus contextuel et dynamique.
Ce schéma d'associations est présenté dans la figure ci-dessous.

[1] Pettigrew A.M., and al. (1992), "Shaping Strategic Change. The Case of the NHS in the 1980s", *Public Money and Management*; 12(3): 27-31.



3. RÉSULTATS

Suivant le modèle du « changement stratégique », nous présentons les résultats issus du traitement des 15 questionnaires retournés par les référents Alzheimer.

3.1. Personnes clés

La ***désignation par le DGARS d'un référent Alzheimer au sein de son ARS***, chargé de définir une stratégie de déploiement des mesures du Plan National Alzheimer, et notamment des dispositifs d'intégration MAIA, constitue un facteur de réceptivité propice au déploiement du dispositif d'intégration.

Les référents Alzheimer sont ***majoritairement issus de l'Assurance Maladie*** (n=9/15). Plus de la moitié des référents Alzheimer ont une formation initiale en médecine (n=8/15). La quasi-totalité des référents Alzheimer est rattachée à une ***direction « métier »*** relative à l'organisation de l'offre médico-sociale (n=14/15).

Les temps de travail consacrés à la mission de référent Alzheimer sont variables : ≥50% ETP (n=5), 50% ETP (n=5), ≤50% (n=5), aucun référent n'exerce cette mission à temps plein. Deux tiers des référents Alzheimer sont ***hiérarchiquement positionnés en interne à leur direction de rattachement à des niveaux n-3 et n-4*** (n=10/15). Cette donnée appelle à travailler de façon collaborative (en « binôme », en « interne à la direction », en « transverse aux directions ») la mission de référent Alzheimer. Pourtant 6 référents Alzheimer exercent « seul » cette mission. **Cette modalité de travail est peu propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA**.

3.2. Compatibilité organisationnelle

Hiérarchiquement positionnés à des niveaux majoritairement n-3 et n-4 dans des directions « métier » médico-social au sein d'ARS de type « sectorielle »[2] (n=5/15), ou « semi-sectorielle »[3] (n=7/15), « intersectorielle »[4] (n=3/15), 14 des 15 référents

[2] « Sectorielle » : les directions offre de soins et offre médico-sociale sont distinctes.
[3] « Semi-sectorielle » : il y a une direction offre de santé comprenant l'offre de soins et l'offre médico-sociale subdivisée en sous-directions distinguant l'offre de soins et l'offre médico-sociale.
[4] « Intersectorielle » : il y a une direction offre de santé comprenant l'offre de soins et l'offre médico-sociale subdivisée en sous-directions « planification », « organisation », « régulation » chacune de subdivisions portant à la fois sur l'offre de soins et l'offre médico-sociale.

Alzheimer ont des ***missions, compétences et prérogatives exclusivement sur l'organisation et la régulation de l'offre médico-sociale***. Cette donnée appelle à la mise en place d'un ***groupe de travail interne transversal***. 7 référents Alzheimer ont mis en place cette instance, mais dans deux seuls cas ce groupe de travail réunit l'ensemble des services à compétences dans le champ gérontologique. Le dispositif d'intégration MAIA engageant des acteurs stratégiques et tactiques des champs sanitaire et médico-social, il est nécessaire de mobiliser de façon exhaustive l'ensemble des services des ARS à prérogatives dans les différents domaines du champ gérontologique.

Le déploiement du dispositif d'intégration MAIA appelant la mobilisation des compétences et connaissances des spécificités locales d'une part et l'engagement des acteurs locaux d'autre part, les référents Alzheimer doivent associer les délégations territoriales au déploiement du dispositif. Les ***délégations territoriales ont été associées de façon très diverse*** : 3 référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à l'intégralité des 4 phases de mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA en 2011[5] ; inversement 2 des 15 référents Alzheimer n'ont associé les délégations territoriales à aucune des 4 phases. Globalement, les délégations territoriales sont mobilisées essentiellement sur des sujets techniques. Une réflexion sur des modalités d'association plus stratégiques des délégations territoriales, entamée par certains référents Alzheimer, constitue une stratégie favorable au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

3.3. Réseaux de coopération inter-organisationnelle

La mise en place d'un ***comité de suivi régional du Plan National Alzheimer, de type « stratégique » ou « promoteur »*** a été majoritairement constatée (n=9/15). Cette dynamique, engageant les acteurs stratégiques, lorsqu'elle dépasse la seule thématique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, est favorable au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

Les compositions des ***commissions consultatives de sélection*** réalisées sur la base minimale du cahier des charges, ne permettent pas d'utiliser cette instance comme levier de coopération inter-organisationnelle propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

Les référents Alzheimer estiment que la volonté des Conseils Généraux de voir le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA est un facteur facilitant à la mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA. C'est pourquoi, ils ont développé des stratégies effectives d'***association des Conseils Généraux aux différentes instances stratégiques et phases d'implantation du dispositif.*** Notamment les Conseils Généraux ont été associés à la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2001 dans 87 % des cas, à la commission consultative de sélection des candidatures dans 93% des cas, au comité de suivi du Plan National Alzheimer dans 60% des cas. Un signe de la volonté de voir les dispositifs MAIA se déployer est perçu par les référents Alzheimer dans le fait que les Conseils Généraux sont considérés comme ayant été proactifs ou actifs dans la phase de sélection des projets MAIA déposés à l'appel à candidatures 2011 à 87%.

Les référents Alzheimer identifient et prennent en compte 4 catégories de difficultés à l'engagement des Conseils Généraux dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA :

1) l'articulation aux orientations gérontologiques des Conseils Généraux définies dans les schémas gérontologiques,

[5] En 2011, dans l'étude menée ces 4 phases correspondaient à : 1) définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures, 2) diffusion de l'appel à candidatures , 3) instruction des projets soumis à l'appel à candidatures, 4) association à la commission consultative de sélection des candidatures.

2) la conciliation des modalités territoriales de déploiement définies nationalement, mises en œuvre régionalement, avec les cadres de référence des conseils généraux dans la définition des territoires géographiques des MAIA (infra-départemental versus départemental),
3) la difficulté d'articuler une stratégie régionale de déploiement avec les compétences départementales des Conseils Généraux,
4) l'existence d'une frilosité, voire réticence, de certains Conseils Généraux à investir le dispositif « étatique » MAIA, aux vues de l'expérience du dispositif CLIC, dans un contexte de déploiement financier des dispositifs MAIA jugé non pérenne.

3.4. Pression de l'environnement

La pression extérieure exercée au niveau national du fait de l'inscription du dispositif MAIA dans le cadre d'un Plan National Alzheimer encadré par la circulaire du 13 janvier 2011, en particulier au niveau des calendriers, est jugée contraignante mais engageante. Dans un contexte de questionnements sur la pérennité de la politique d'intégration MAIA aux prochaines mandatures gouvernementales, cette dynamique de ***pression nationale produit de l' « extériorité » de la motivation à déployer le dispositif d'intégration MAIA au sein des ARS***.

L'appui méthodologique et technique fourni par l'équipe projet nationale contrebalance la dynamique d'extériorité de la volonté de changement porté par le dispositif d'intégration MAIA. L'***accompagnement fourni par l'équipe projet nationale constitue un appui à la compréhension et à la construction d'outils***, cette dynamique est favorable au déploiement du dispositif MAIA.

3.5. Adaptation locale

Peu de stratégies d'adaptation locale ont été envisagées au cours de l'année 2011. Seules deux dimensions ont été travaillées par les référents Alzheimer.

Trois référents ont ***priorisé le déploiement des dispositifs sur un nombre restreint de départements*** à la suite de diagnostics organisationnel et populationnel. Cette priorisation a été majoritairement officieuse**.**

Deux référents envisagent de ***construire les tables de concertation stratégique et tactique sur la base d'instances pré-existantes***.

Il y a un retard dans l'appropriation du dispositif d'intégration MAIA permettant de définir des stratégies d'adaptation locale propice à l'implantation régionale.

3.6. Simplicité et clarté des objectifs

Les ***besoins*** identifiés par les référents Alzheimer auxquels le dispositif d'intégration MAIA est susceptible d'apporter des réponses portent en premier lieu sur l'***organisation des services*** (en vue d'améliorer les réponses apportées aux usagers et de faciliter le travail des professionnels), ce qui constitue un signe de clarté des objectifs propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

Par contre d'importantes controverses demeurent, tant au sein des référents Alzheimer, des équipes des ARS que des partenaires stratégiques et tactiques, sur les ***questions de la cible*** (Maladie d'Alzheimer ou maladie apparentées *versus* personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle) ***et de la création d'un nouveau service*** *versus* la construction de nouvelles modalités d'organisation des services (cf. le « M » de Maison).

Les objectifs, en particulier, la cible du dispositif, sont peu clairs, et le dispositif MAIA est considéré complexe. Cette dynamique est peu propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

3.7. Qualité et cohérence de la politique

Concernant les instances de gouvernance (CRSA, Commission de Coordination des politiques publiques et conférences de territoire), les référents Alzheimer n'ont pas développé de stratégie de mobilisation cohérente avec le dispositif d'intégration MAIA : ***à 38% les référents Alzheimer ne savent pas si le dispositif d'intégration MAIA a été présenté et discuté dans les instances de gouvernance de leur ARS***.

La commission de coordination des politiques publiques (instance de gouvernance réunissant les acteurs stratégiques), les conférences de territoire (instances réunissant les acteurs tactiques) et la CRSA (instance comprenant à la fois des acteurs stratégiques et tactiques), devraient être investies de façon à inscrire le dispositif d'intégration MAIA comme méthode propice au projet des ARS de coordination des politiques de santé gérontologiques dans la finalité de continuité des parcours des usagers.

Près d'un tiers des référents Alzheimer ne sait pas si l'objectif d'intégration des services est inscrit dans l'outil de programmation SROS, **lorsque c'est le cas cet objectif est développé à travers d'autres dispositifs** (réseaux de santé gérontologiques, plateformes territoriales de services, plateformes territoriales de coordination), dans lesquels, MAIA est fréquemment considéré comme l'un des services à intégrer. Les orientations générales des SROS sont compatibles à l'objectif d'intégration, mais développées dans le cadre de dispositifs redondants, voire concurrents, à celui MAIA.

Par contraste aux SROS, le contenu des SROMS est connu avec précision**.** ***L'objectif d'intégration des services gérontologiques est décliné dans les SROMS en trois orientations distinctes : 1) « coordination des intervenants », 2) « lisibilité des dispositifs gérontologiques », 3) « fluidité des parcours des personnes âgées ». Les modalités de mise en oeuvre de ces orientations sont peu précises***. Ces orientations sont compatibles avec l'objectif d'intégration des services, sans que MAIA ne soit considérée comme une méthode dédiée. Au regard des futurs moyens humains et financiers octroyés nationalement dans le cadre du déploiement des MAIA, des marges de manœuvre régionales semblent êtres privilégiées pour déployer d'autres types de dispositifs d'intégration des services gérontologiques.

Très majoritairement, ***il est envisagé d'inscrire le dispositif d'intégration MAIA dans les programmes d'action, pour autant les modalités précises de déploiement ne seront définies dans cet outil que dans la moitié des cas***, selon les référents Alzheimer. Ultime étape de l'exercice de programmation, une stratégie de planification pourrait être développée dans l'outil « programmes d'action ».

3.8. Relations managériales

L'appréciation du travail d'intégration réalisé dans le cadre des MAIA expérimentales étant positive, les référents Alzheimer ont développé une stratégie de mise en ***contact des porteurs de projet MAIA à l'appel à candidatures 2011 avec les pilotes locaux des MAIA expérimentales***. Cette stratégie de mutualisation des connaissances, expériences et compétences entre porteurs et pilotes locaux est propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

Un ***accompagnement des porteurs de projet en vue d'un dépôt dans le cadre de l'appel à candidatures 2011 et de ceux non retenus en vue d'un nouveau dépôt dans le cadre de l'appel à candidatures 2012*** est réalisé de façon combinée dans plus d'un tiers des cas étudiés. Ce management des porteurs de projet, favorable à la recevabilité des candidatures dans la perspective de montée en charge du dispositif, est propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

L'***investissement des référents Alzheimer dans le cadre du recrutement des pilotes locaux est variable***, s'exerçant majoritairement via la validation des pilotes retenus par les porteurs. La participation des référents Alzheimer au processus de recrutement, peut être considérée comme dynamique favorable au ciblage cohérent de ce professionnel, pour lequel l'intégralité des référents Alzheimer s'accorde à penser que le profil est capital pour la construction de l'intégration aux niveaux tactique et clinique.

Il y a un ***retard dans l'investissement des référents Alzheimer quant à la fonction d'accompagnement du(es) pilote(s) local(aux) à travers la définition de procédures de management***. Seul un tiers des référents ont investi cette thématique. Cette dynamique, peut, à terme si elle perdurait, freiner le déploiement du dispositif d'intégration MAIA faute d'articulation entre les niveaux tactique et stratégique.

4. CONCLUSION

Le rapport documente la coexistence d'éléments favorables et défavorables à la réceptivité des ARS au dispositif d'intégration MAIA, et donc à leur capacité à s'inscrire de façon proactive dans le déploiement de cette politique publique d'intégration des services gérontologiques.

Des éléments, certains contextuels, d'autres conceptuels, apparaissent défavorables à la réceptivité, au sein des ARS, à l'intégration des services gérontologiques portée par le dispositif MAIA.

Le ***double contexte d'installation récente des ARS et d'appropriation d'une nouvelle compétence relative au déploiement du dispositif d'intégration MAIA, impacte les stratégies de mise en œuvre de la politique d'intégration*** des services gérontologiques à travers le dispositif MAIA. Le dispositif d'intégration MAIA implique formellement l'engagement à la co-responsabilisation des parties-prenantes des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. D'une part, cette co-responsabilisation n'est pas systématiquement recherchée en interne aux différents services des ARS à compétences dans le champ gérontologique. D'autre part, elle est rendue difficilement opérationnelle dans le contexte d'instabilité des équipes des ARS. Ces éléments permettent de rejoindre la littérature scientifique portant sur les liens complexes et ambigus entre la concentration des pouvoirs décisionnaires et l'intégration des services. À ces éléments contextuels, propres aux ARS, s'ajoutent un contexte de déploiement national du dispositif d'intégration MAIA comportant, selon les référents Alzheimer, des incertitudes quant aux moyens dédiés, freinant l'appropriation et la définition de modalités opérationnelles de déploiement.

L'***inscription du dispositif d'intégration MAIA dans le cadre d'une politique de santé publique dédiée à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées engendre d'importants questionnements sur la cible du dispositif***, tant de la part des référents Alzheimer que de leurs collaborateurs au sein des ARS, mais aussi des partenaires stratégiques et tactiques. L'ensemble de la littérature portant sur l'analyse des politiques publiques (dédiée ou non aux programmes d'intégration des services) invite à mettre en exergue un défaut de

clarté de la population cible du dispositif, lequel entrave la mise en œuvre de la politique publique d'intégration des services gérontologiques à travers MAIA.

Malgré ces éléments défavorables, force est de constater le pragmatisme avec lequel les référents Alzheimer, responsables au sein de leur ARS de mettre en œuvre les mesures du Plan National Alzheimer, ont défini un certain nombre d'***innovations de coopération intra et inter organisationnelle favorables au déploiement du dispositif d'intégration MAIA*** : groupes de travail transversaux internes aux ARS ou comités régionaux de suivi. Ces innovations, lorsqu'elles dépassent la thématique de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, laissent présager de dynamiques propices à l'appropriation du dispositif d'intégration MAIA comme orientation de politiques gérontologiques au sein des ARS.

En effet, la continuité de ces stratégies de coopérations inter et intra organisationnelles mises en œuvre pour déployer le mandat d'implantation du dispositif d'intégration, avec l'accompagnement méthodologique de l'équipe projet nationale, pourraient être propices à l'enjeu fondamental du déploiement de la politique d'intégration : l'***appropriation, au sein des ARS du dispositif MAIA comme méthode adéquate à la coordination des politiques de santé dans la finalité de continuité des parcours des usagers***.

5. PRÉCONISATIONS

Au regard de l'étude conduite et des résultats présentés dans le rapport, un certain nombre de préconisations ont été formulées, parmi lesquelles :

1) Le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer appelle un **soutien formel du directeur de leur direction de rattachement**,
2) La mise en place d'un **groupe de travail transversal interne aux ARS** portant notamment sur l'intégration des services gérontologiques doit être poursuivie, ou promue, des instances préexistantes peuvent être utilisées à cette fin,
3) La définition de **modalités d'associations stratégiques des délégations territoriales** dans le déploiement du dispositif d'intégration doit être maintenue,
4) La mise en place d'un **comité régional de suivi du Plan National Alzheimer**, dans une perspective d'accompagnement gérontologique, pourrait être institutionnalisée,
5) Il convient d'inclure dans le cahier des charges national des MAIA la **temporalité de réunion des tables de concertation stratégique** adéquate dans l'objectif de co-responsabilisation des organismes décideurs,
6) Des **stratégies d'adaptation locale,** levier d'appropriation du dispositif, pourraient être soutenues (par exemple, en matière de planification, la priorisation de territoires pour le déploiement des dispositifs MAIA),
7) Il y a lieu de **favoriser les échanges entre les référents Alzheimer** sur les dynamiques et stratégies régionales de déploiement du dispositif d'intégration MAIA, sous l'impulsion de l'équipe projet nationale,
8) Sous l'égide de l'équipe projet nationale, l'auto-accessibilité à une **plate-forme « questions/réponses »** d'échanges entre référents Alzheimer sur les aspects administratifs et pratiques d'implantation du dispositif pourrait être construite,
9) Une démarche de **simplification de la sémantique et des concepts** associés au dispositif d'intégration MAIA doit être poursuivie.

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier l'équipe projet nationale MAIA de la CNSA pour la confiance qu'elle nous a donnée en nous confiant la réalisation de cette étude : Olivier Dupont, Catherine Périsset et Nadia Arnaout pour leur disponibilité tout au long des phases de l'étude.

Nous remercions tous les référents Alzheimer des ARS qui ont participé à l'étude pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre étude dans un contexte d'emploi du temps fortement contraint. Que tous soient remerciés de leur accueil et de leur participation à des entretiens de recherche et/ou au remplissage d'un questionnaire long, dont nous rapportons ici l'analyse.

Nous remercions également tous les informateurs clés ayant accepté de nous recevoir.

La réalisation de cette étude est le fruit d'un travail commun entre les équipes de l'HEGP et de la FNG conduit sous la responsabilité scientifique et administrative de la FNG. Le Professeur Olivier Saint-Jean et l'ensemble de son équipe sont remerciés pour le soutien et l'intérêt à nouveau portés à la problématique de l'intégration des services gérontologiques. Nous remercions l'ensemble des équipes de la FNG pour leur soutien et leur aide logistique dans l'organisation pratique du travail : Géneviève Laroque, la Présidente, Françoise Forette, la Directrice, Jean-Michel Hôte, le Secrétaire Général, Geneviève Imbert, la Directrice de l'Unité Etudes et Recherche, ainsi que Marianne Séguy et Sylvie Léong-Hen.

Nous voulons aussi saluer toutes les personnes avec lesquelles nous avons pu échanger sur le thème de notre étude : Marie-Aline Bloch, Matthieu De Stampa, Yves Couturier, Louis Demers, Réjean Hébert, Geneviève Ruault et Mathias Waelli.

Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier de la DGS, nous l'en remercions grandement.

Table des matières

1. L'intégration des services: contexte 7
1.1. L'intégration des services : un mouvement international 7
1.2. L'intégration des services: spécificité du contexte français 8
1.2.1. La méthodologie d'intégration gérontologique choisie pour la France 9
1.2.2. Les premiers résultats d'implantation de l'intégration en France 10
1.2.3. Formulation de la problématique de l'intégration en France 11

2. Objets de recherche et méthode 12
2.1. Objets de recherche 12
2.2. Méthode/données collectées 13
2.2.1. Une enquête de terrain centrée sur un échantillon d'une dizaine d'ARS 14
2.2.1.1. Méthode d'échantillonnage 14
2.2.1.2. Méthode d'inclusion dans l'échantillon 14
2.2.1.3. Méthode d'analyse 15
2.2.2. Une enquête de terrain complétée par un questionnaire soumis aux 26 ARS 15
2.2.2.1. Choix méthodologique du questionnaire 15
2.4.2.2. Participation des référents Alzheimer ARS 16
2.2.3. Récapitulatif des situations d'ARS représentées dans l'ensemble de l'étude 17
2.3. Cadre théorique d'analyse et adaptation à l'étude menée 18
2.3.1. Cadre théorique de la réceptivité adopté 18
2.3.2. Adaptation du cadre théorique à l'étude 20

3. Réceptivité des ARS au dispositif d'intégration MAIA : résultats 24
3.1. Personnes clefs : les référents Alzheimer des ARS 24
3.1.1. Référents Alzheimer : des profils variés 24
3.1.2. Référents Alzheimer : positionnements hiérarchiques 25
3.2. Compatibilité organisationnelle : structuration de la mission de référent Alzheimer 28
3.2.1. Temps de travail consacré à la mission Référent Alzheimer 28
3.2.2. Modalités d'exercice de la mission Référent Alzheimer 30
Exemple d'application des modalités d'exercice de la mission référent Alzheimer : le cas de la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidature 2011 33
3.2.3. Mise en place d'un groupe de travail interne sur le Plan National Alzheimer 34
3.2.3.1. Mise en place d'un groupe de travail interne: examen des variables explicatives 34
3.2.3.2. Groupe de travail interne : composition 36
3.2.3.3. Groupe de travail interne : périodicité 37
Exemples de mobilisation des groupes de travail interne 38
3.2.4. Association des délégations territoriales 38
3.2.4.1. Association à la définition de la procédure de diffusion de l'AAC 2011 38
3.2.4.2. Association à la diffusion de l'appel à candidatures 2011 39
3.2.4.3. Association à l'instruction des projets soumis à l'appel à candidatures 2011 40
3.2.4.4. Association à la commission consultative de sélection des candidatures 41
3.2.4.5. Association des délégations territoriales aux différentes phases : conclusion 42
3.2.4.6. Association des délégations territoriales autour de processus « techniques » plus que « stratégiques » 44

3.2.4.7. Association des délégations territoriales en 2011 : des stratégies transitoires et peu satisfaisantes selon les référents Alzheimer 44
3.3. Réseaux de coopération inter organisationnelle 46
3.3.1. Mise en place d'un comité de suivi régional du Plan National Alzheimer 46
3.3.1.1. Comité de suivi régional : Composition 46
3.3.1.2. Comité de suivi régional : Organisation 47
3.1.3. Deux catégories de comités 47
3.3.2. Commission consultative de sélection 48
3.3.2.1. Commission consultative de sélection : composition 49
3.3.2.2. Commission consultative de sélection et degré de convergence des avis 50
3.3.3. Focus sur les modalités de coopération avec les Conseils Généraux 53
3.4. Pression environnementale à l'échelon national 56
3.4.1. MAIA : une mesure phare du Plan National Alzheimer 56
3.4.2. Un calendrier de déploiement jugé irréaliste mais qui tend à être respecté 57
3.4.3. Pression nationale et accompagnement national : le compromis 58
3.5. Adaptation locale 60
3.5.1. Etendue de la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011 60
3.5.2. Organisation des tables de concertation stratégique et tactique 61
3.5.3. Constitution des tables de concertation sur des instances préexistantes 63
3.6. Clarté des objectifs 64
3.6.1. Besoins identifiés et attentes vis-à-vis du dispositif MAIA 64
3.6.2. Facteurs facilitant l'implantation du dispositif MAIA 66
3.6.3. Persistance de controverses 67
3.6.3.1. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées versus personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle 67
3.6.3.2. Maison/Structure versus modalités d'organisation territoriales et la question d'un nouveau dispositif de coordination 68
3.7. Qualité et cohérence de la politique de changement 69
3.7.1. Mobilisation des instances de gouvernance 70
3.7.1.1. Mobilisation de la CRSA 72
3.7.1.2. Mobilisation de la commission de coordination des politiques publiques 72
3.7.1.3. Mobilisation des conférences de territoire 73
3.7.1.4. Synthèse des stratégies de mobilisation des instances de gouvernance 74
3.7.2. Outils de programmation 74
3.7.2.1. Inscription dans les PSRS 76
3.7.2.2. Inscription dans les SROS 78
3.7.2.3. Inscription dans les SROMS 80
3.7.2.4. Inscription dans les programmes d'action 83
3.7.3. Retard et insuffisances de déploiement du dispositif d'intégration MAIA dans les outils de gouvernance et de programmation des ARS 84
3.8. Relations managériales 85
3.8.1. Liens à la phase expérimentale 85
3.8.2. Accompagnement des porteurs de projets dans le cadre de l'AAC 2011 88
3.8.3. Accompagnement des porteurs de projets non retenus dans le cadre de de l'AAC 89
3.8.4. Accompagnement des porteurs de projets retenus 90
3.8.5. Définition de modalités de management des pilotes locaux MAIA 91
3.8.6. Réceptivité et hétérogénéité des modalités d'accompagnement des porteurs de projets et des pilotes locaux MAIA 93

4. Discussion autour de la qualification du rôle de l'ARS dans le dispositif MAIA 94
4.1. Cotation des rôles donnés aux ARS: « effets de calendrier » et « biais méthodologique »96
4.2. Représentation des rôles des ARS et pratiques effectives 97

5. Mise en perspective des résultats 102

6. Préconisations 107

7. Conclusion 108

8. Bibliographie 109

9. Sigles 112

10. Liste des annexes 113
Annexe 1 : ARS - Identité, organisation, gouvernance et programmation 114
Composition 114
Organisation 114
Compétences et missions 115
Modalités de gouvernance 116
Outils de programmation et de planification 118
Annexe 2 : Calendrier de l'étude 120
Annexe 3 : Présentation de l'étude aux référents Alzheimer 122
Annexe 4 : Formulaire de consentement présenté aux informateurs clés 123
Annexe 5 : Formulaire de consentement présenté aux référents Alzheimer dans la phase d'enquête de terrain 125
Annexe 6 : Formulaire de consentement présenté aux référents Alzheimer dans la phase de questionnaire 127
Annexe 7 : Grille d'entretien semi-directif auprès des informateurs clés 129
Annexe 8 : Grille d'entretien semi-directif auprès des référents Alzheimer 131
Annexe 9 : Questionnaire soumis ..... - 137 -

Table des matières des tableaux

Tableau 1. Présentation de l'échantillon des 11 ARS incluses dans l'étude par enquête de terrain 15
Tableau 2. Présentation de l'échantillon des 15 ARS incluses dans l'étude par questionnaire 17
Tableau 3. Présentation de l'échantillon des ARS incluses dans l'étude 18
Tableau 4. Traduction du modèle de réceptivité au changement dans le questionnaire 22
Tableau 5. Positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer 26
Tableau 6. Positionnement hiérarchique des référents Alzheimer et taille des effectifs des ARS 26
Tableau 7. Catégorisation des organigrammes internes aux ARS..... 26
Tableau 8. Temps de travail consacrés à la mission référent Alzheimer et taille des effectifs des ARS. 29
Tableau 9. Temps de travail consacré à la mission référents Alzheimer et positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer 29
Tableau 10. Temps de travail consacré à la mission référent Alzheimer et formation initiale des référents Alzheimer 30
Tableau 11. Modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer..... 30
Tableau 12. Modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer et taille des effectifs des ARS .. 31
Tableau 13. Modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer et positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer 31
Tableau 14. Modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer et formation initiale des référents Alzheimer..... 32
Tableau 15. Temps de travail consacrés à la mission référent Alzheimer et type d'organisation interne des ARS..... 32
Tableau 16. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et formation initiale des référents Alzheimer..... 34
Tableau 17. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et taille des effectifs des ARS..... 34
Tableau 18. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer 35
Tableau 19. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et les modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer 35
Tableau 20. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et type d'organisation interne..... 36
Tableau 21. Association des délégations territoriales aux phases de mise en œuvre de l'AAC MAIA en 2011 43
Tableau 22. Composition des comités de suivi régionaux du PNA 46
Tableau 23. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et composition de la commission consultative de sélection 51
Tableau 24. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et nombre de projets reçus..... 51
Tableau 25. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et nombre de dispositifs MAIA créés en 2011..... 51
Tableau 26. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et mise en place d'un comité de suivi régional du Plan National Alzheimer 52
Tableau 27. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et mise en place d'un groupe de travail Plan National Alzheimer interne à l'ARS. 52
Tableau 28. Présentations et discussions du dispositif d'intégration MAIA au sein des instances de gouvernance des ARS..... 70
Tableau 29. Inscription du dispositif d'intégration MAIA dans les outils de programmation..... 75
Tableau 30. Modalités de management du(es) pilote(s) local(aux) et nombre de dispositif MAIA créés en 2011 91
Tableau 31. Mise en perspective des résultats..... 102

1. L'INTÉGRATION DES SERVICES: CONTEXTE

Les transitions démographiques et épidémiologiques que connaissent la plupart des pays occidentaux se traduisent par une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle (Robine & Cheung. 2008). La majorité de cette population souhaite continuer à vivre le plus longtemps possible à domicile (Weber, 2006).

En France, les différents services aux personnes âgées en perte d'autonomie leur permettant de rester à domicile sont caractérisés par une grande fragmentation (Henrard & Vedel, 2003). Celle-ci se déploie notamment entre les champs sanitaire et social (Ennuyer, 2006) ; entre les professionnels du domicile (le plus souvent libéraux) et ceux de l'hôpital au sens large (le plus souvent salariés) ; entre les secteurs « public », « privé lucratif » et « privé non lucratif », et enfin entre les lieux de vie « domicile » et « établissements » (Couturier et *al*. 2009, Trouvé et *al*., 2010a). Ces cloisonnements rendent difficile la coordination des services de maintien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie à un moment donné entre tous les acteurs et au cours du temps (Somme et al., 2011).

Face à de tels enjeux et afin d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux personnes âgées, les pouvoirs publics ont souhaité développer une politique de coordination. Ainsi, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ont été institués par la circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 et les réseaux gérontologiques renforcés par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Ces dispositifs ont permis des avancées notables de la coordination. Cependant, leurs domaines d'action restent fragmentés : principalement social pour les premiers et sanitaire pour les seconds. Surtout, les intervenants des CLIC et des réseaux gérontologiques sont indépendants des équipes médico-sociales de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), qui sont des acteurs majeurs de l'organisation du maintien à domicile. Fondamentalement si les acteurs reconnaissent la valeur ajoutée de ces deux dispositifs, cette reconnaissance n'a pas permis l'attribution d'une prérogative spécifiée, voire unique, en matière de coordination des soins et services d'aide à domicile.

1.1. L'INTEGRATION DES SERVICES : UN MOUVEMENT INTERNATIONAL

Loin d'être une particularité française, un vaste champ de réflexions transnationales porte sur l'intégration des services aux personnes âgées. L'intégration est conceptualisée comme la résultante d'un ensemble de mécanismes modélisables et flexibles visant à améliorer la continuité de la prise en compte de besoins évolutifs et complexes des personnes en perte d'autonomie (Vaarma & Pieper, 2006). Autrement écrit, l'intégration est définie comme "un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs" (Kodner & Kyriacou, 2000). Le système intégré prend toute sa réalité dans l'identification d'une personne-ressource, souvent dénommée « case manager » ou « gestionnaire de cas », chargée d'assurer un niveau intensif d'accompagnement pour les situations qui le nécessitent.

Divers modèles d'intégration ont été conçus, expérimentés et évalués (Kodner, 2006 ; Munday, 2007). Les évaluations d'impact de ces modèles ont montré des effets de santé publique tant du point de vue de la qualité de la prise en charge des personnes, que de leur qualité de vie, ainsi que de l'utilisation des ressources (Johri et *al*., 2003, Hébert et *al*., 2010, Béland et *al*. 2006).

Dans les approches plus qualitatives, une grande partie de la littérature sur l'intégration des soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie porte sur l'analyse des interdépendances cliniques et organisationnelles en raison du caractère multidimensionnel, chronique et évolutif des problématiques gérontologiques (De Stampa et *al*., 2010. Vedel et *al*. 2009). Dans cette littérature, la nécessité de la construction des réseaux intégrés et les moyens de les construire de façon efficiente sont étudiés à travers les interactions organisationnelles des acteurs en situation d'interdépendances autour d'un projet clinique (Contandriopoulos et *al*., 2001 : 48).

Cette littérature conclue en règle générale que les clés de réussite de l'intégration organisationnelle dépendent de l'environnement institutionnel dans lequel les réseaux intégrés se situent. « *L'intégration systémique est nécessaire pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable. Il faut pour cela que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local* » (Contandriopoulos et *al*., 2001 : 46). Autrement écrit, il est nécessaire d'avoir des « *politiques au niveau du système de santé qui favorisent le développement organisationnel et professionnel indispensable à la réussite de ces initiatives* » (Denis & Contandriopoulos, 2008 : 253). Ces auteurs appellent à travailler l'intégration institutionnelle recouvrant les valeurs, les normes et les règles à l'échelle du système socio-sanitaire.

Ce protocole d'étude s'inscrit dans cette problématique de l'intégration institutionnelle des services gérontologiques en France.

1.2. L'INTEGRATION DES SERVICES: SPECIFICITE DU CONTEXTE FRANÇAIS

En 2006, sur la base des données probantes en termes de santé publique de la méthodologie d'intégration PRISMA[1] (Hébert et *al*., 2010), les pouvoirs publics français ont impulsé une expérimentation d'implantation PRISMA-France sur une petite échelle de trois sites expérimentaux. Cette expérimentation avait comme objectif de documenter les possibilités du système français de soins et de services aux personnes âgées d'évoluer vers un système intégré.

Dans un second temps, à partir de janvier 2009, la méthodologie proposée lors de l'expérimentation PRISMA France a été adaptée pour l'expérimentation des « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » (MAIA), mesure 4 du plan national Alzheimer 2008-2012, associée à la mesure 5 de « coordonnateurs » ou « gestionnaires de cas ». Cette expérimentation, de plus grande envergure (17 sites[2]), avait comme objectif d'accompagner les porteurs de projets et les pilotes locaux vers l'intégration des services gérontologiques et de confronter les expériences locales.

Il s'agissait donc, pour les financeurs, de déployer une politique intégrative à petite échelle afin de prévoir une politique publique de plus grande envergure. En septembre 2010, il était ainsi annoncé que les MAIA allaient être généralisées sur l'ensemble du territoire national. Cette généralisation s'est appuyée sur l'analyse des modalités d'organisation territoriales à partir de laquelle un référentiel d'intégration des services gérontologiques en France a été établi dans le cahier des charges MAIA inclus dans la circulaire interministérielle n° DGCS/SD3A/DGOS/2011/12 du 13 janvier 2011.

[1] Programme de Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie.
[2] Dont 2 avaient participé à l'expérimentation PRISMA-France.

1.2.1. La méthodologie d'intégration gérontologique choisie pour la France

La « méthodologie PRISMA » relie dans un ensemble cohérent des outils et des techniques professionnelles et de gestion orientés autour du projet d'une coordination systématique des services. La puissance référentielle de cette approche découle de sa cohérence laquelle se traduit par l'imbrication étroite de six composantes, imbrication assurée opérationnellement en France par le pilote local, professionnel dédié à cette fonction.

En effet, selon la méthodologie PRISMA (Hébert et *al*., 2003), l'intégration se réalise lorsque sont mis en place les mécanismes et les outils d'intégration suivants :

1) En raison du grand nombre d'acteurs impliqués et de leur appartenance professionnelle et institutionnelle diversifiée, la **concertation « multi-niveaux »** des partenaires constitue une condition de l'intégration. Les niveaux de concertation sont :
   - stratégique national (regroupant les décideurs et financeurs nationaux)
   - stratégique (regroupant les décideurs et financeurs départementaux et régionaux),
   - opérationnel localement (regroupant les gestionnaires de services)
   - « clinique » (regroupant les intervenants auprès de la personne)

   La méthode PRISMA préconise la mise en œuvre de mécanismes de concertation réguliers dans lesquels tous les acteurs concernés sont représentés de façon continue. Ces réunions débouchent sur des prises de décisions donnant lieu à des modifications portant sur les pratiques institutionnelles et professionnelles des acteurs du réseau.

2) La **gestion de cas** renvoie à une fonction générique d'« accompagnement à domicile intensif ». Les professionnels dédiés à cette fonction - les gestionnaires de cas - travaillent avec un nombre circonscrit de personnes âgées en situation complexe (40 dossiers actifs par temps plein de gestion de cas). La gestion de cas s'appuie sur l'utilisation d'outils interdisciplinaires spécifiques (évaluation, planification et coordination). Ces outils visent à faciliter la lisibilité des interventions déterminées en fonction des objectifs définis par la personne âgée, son entourage et les professionnels. Les professionnels gestionnaires de cas suivent une formation à l'interdisciplinarité dans l'accompagnement gérontologique dans le cadre d'un cursus universitaire (DIU).

3) Le **guichet intégré** poursuit l'objectif d'améliorer l'équité et l'accessibilité aux services. L'enjeu est que les services délivrés ne dépendent plus du point par lequel un usager entre en contact avec le système mais uniquement des besoins qu'il exprime. Pour cela, les organisations locales doivent identifier de façon exhaustive les services du territoire et établir et partager des référentiels de mission et d'intervention permettant d'assurer l'articulation et l'interaction entre les services et les professionnels. Accroître la centralisation de l'information pour les personnes âgées, leurs proches et les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux permet également d'améliorer l'accès aux services. En contribuant au repérage de la population à risque de perte d'autonomie par l'utilisation d'outils dédiés et en pratiquant une politique préventive de relance en direction de cette population, la fonction d'aiguillage est optimisée et permet d'améliorer l'accessibilité. C'est l'ensemble de ces règles qui constituent le « guichet intégré » lorsqu'elles sont appliquées de façon systématique (et qu'ainsi elles ont un effet systémique).

4) Un **outil d'évaluation standardisé et validé** des besoins des personnes âgées en situation complexe doit être défini afin de préciser l'analyse de la situation, de réduire

les redondances d'évaluation et d'intervention et donc les intrusions dans le vécu des personnes âgées. L'utilisation d'un tel outil, par des professionnels diversifiés, implique des changements dans les pratiques professionnelles. La lecture des situations par un outil standardisé pour toute la population suivie en gestion de cas et par tous les partenaires, constitue un élément important de l'intégration.

5) Le **plan de services individualisé** est la démarche issue de l'évaluation de la situation. Il s'élabore avec la personne, en partenariat avec les intervenants concernés et en concertation avec le médecin traitant. Le déploiement de ce plan vise à constituer l'outil de coordination inter-structures et de mise en cohérence des interventions autour de la personne. Toute la population en gestion de cas doit avoir un plan de services individualisé dans lequel sont énumérés les besoins de la personne et les services prestés, ainsi que ceux à mettre en place pour répondre aux besoins. Pour être un outil de planification coordonnée et de mise en cohérence des interventions, les plans doivent être reconnus par l'ensemble des partenaires et la communication professionnelle doit être effectuée en référence à ce plan.

6) Le **système d'informations partageable** consiste à permettre aux professionnels de disposer de procédures standardisées de partage d'informations relatives aux usagers, si ces derniers consentent à ce que les professionnels intervenant auprès d'eux échangent à leur sujet. Ce système de partage d'informations doit donc être accessible à tous et être utilisé. Pour que cette fonction soit remplie, il est nécessaire que les intervenants définissent la nature des informations partageables et les procédures de partage communes aux différents intervenants.

La méthode d'opérationnalisation de ces six composantes de l'intégration relève d'une co-élaboration horizontale (co-construction aux tables de concertation nationale, régionales/départementales et locales) et verticale (allers-retours entre les tables pour la pertinence et la conformité des outils et procédures) organisée par le pilote local. Cette méthode permet, en principe, d'implanter le réseau intégré dans différents contextes de services (Somme et *al*., 2008 ; Somme et De Stampa, 2011).

1.2.2. Les premiers résultats d'implantation de l'intégration en France

Les travaux de recherche PRISMA et l'expertise MAIA ont montré la façon dont l'intégration a progressé sur les sites d'expérimentation (Somme et *al*., 2011 ; Etheridge et *al*., 2009 ; Couturier et *al*. 2009 ; Trouvé et *al*., 2010b).

Ils ont également démontré l'importance de la concertation au niveau institutionnel.

L'étude d'implantation PRISMA-France, dans son volet analytique portant sur les facteurs aidants et entravants la construction de l'intégration gérontologique, a documenté l'impact de la fragmentation institutionnelle sur la construction de l'intégration en France (Trouvé *et al*., 2010b). L'expertise apportée à l'équipe projet nationale MAIA a mis en exergue le caractère de condition sine qua none de la concertation institutionnelle et les difficultés de sa construction et de sa pérennisation.

L'enracinent politique et social des institutions compétentes dans le champ gérontologique a été étudié en mobilisant le cadre théorique du sentier de dépendance (Pierson, 2000). Deux perspectives ont été mises en lumière (Trouvé et *al*., 2010b).

La première concerne spécifiquement le projet pilote d'intégration des services français. L'analyse du processus historique de développement institutionnel aboutie à caractériser le système socio-sanitaire français en termes de fragmentations institutionnelles qui se sont consolidées dans le temps (Palier & Bonoli, 1999). Cette caractérisation apporte un éclairage

sur les conditions d'implantation du projet PRISMA en France. Comparativement à l'expérimentation québécoise, il informe sur le plus faible niveau d'intégration organisationnelle et clinique initial et sur le moindre niveau final d'intégration (Hébert & Veil, 2004 ; Hébert et *al*., 2008 ; Somme & Trouvé, 2009 ; Trouvé et *al*., 2010c). En effet, l'implantation est notamment étudiée à partir d'un outil d'évaluation synthétique qui détermine le niveau de l'intégration (Hébert & Veil, 2004 ; Somme & Trouvé, 2009 ; Trouvé and *al*., 2010c). L'application de cet outil a montré des niveaux d'intégration initiaux en France aux alentours de 5% pour s'établir à 55% à 4 ans du démarrage de l'expérimentation. L'application de cette grille d'évaluation de l'implantation au cours de l'expérience au Québec fournissait des niveaux initiaux d'intégration aux alentours de 20%. Cela témoignait ainsi d'un niveau d'intégration plus élevé au Québec qu'en France. Au terme des 4 années les taux 'implantation avaient atteints des niveaux légèrement supérieurs à 70%. L'intensité de l'intégration était donc plus dense. L'évolution de 50 points en France est comparable à celle de l'expérimentation au Québec.

La seconde perspective est relative aux formes d'intégration institutionnelle propice à l'intégration organisationnelle. L'analyse effectuée à partir du cadre théorique du sentier de dépendance permet de documenter que l'intégration des services ne peut se construire sans une volonté institutionnelle se matérialisant par une harmonisation des objectifs de politiques publiques poursuivis et des instruments d'intervention déployés par les pouvoirs publics tout autant politiques qu'administratifs (Demers, 2005 ; Demers, Pelchat, Côté, 2002 ; Demers, Dupuis, Poirier, 2002 ; Lascoumes, Le Gallès, 2004). Ainsi nos analyses du contexte institutionnel français et des effets de cette structuration institutionnelle sur les projets pilotes d'intégration nous ont amené à la conclusion selon laquelle l'intégration institutionnelle constitue une étape nécessaire à l'intégration des services (Trouvé et *al*., 2010a ; Trouvé et *al*. 2010b ; Couturier et *al*. 2009).

1.2.3. Formulation de la problématique de l'intégration en France

Dans ce contexte de fragmentation institutionnelle en France, la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) présente un potentiel intégrateur important. Un acteur interviewé dans le cadre de l'étude d'implantation PRISMA-France analyse l'enjeu de la mise en place des ARS en ces termes :

> « *Comment peut-on demander à des acteurs d'être intégrés si soi-même on n'est pas capable de s'intégrer ?* […] *C'est la fusion médicale, médico-sociale, c'est vraiment un signal fort de l'État de dire qu'il va s'intégrer et repenser sa structure* ».

Cette citation illustre deux dimensions de la mise en place des ARS. L'une est relative à la cohérence théorique entre les projets-pilotes d'intégration gérontologiques et l'objectif d'intégration institutionnelle portée par les ARS. Cette dimension appelle à explorer le sens perçu de l'intégration au sein des ARS. L'autre concerne l'impact de la mise en place des ARS sur la conduite opérationnelle les projets-pilotes d'intégration gérontologiques. Plus précisément, dans le mouvement de changement institutionnel inhérent à la mise en place des ARS, il s'agit de pouvoir analyser la place donnée aux projets d'intégration MAIA au sein des ARS. Ces deux dimensions appellent à questionner la réceptivité des projets d'intégration des services gérontologiques MAIA au sein des ARS.

La traduction du potentiel intégrateur des ARS pour l'organisation des services gérontologiques apparaît toutefois dépendante des modalités administratives de mise en œuvre des ARS et des modalités de gouvernance des ARS (outils de diagnostic, de programmation, de contrôle et de régulation). La mise en place des ARS se trouve dans les objectifs de la loi d'organisation HPST, qualifiée de loi paradoxale (Tabuteau, 2010) au sens

où cette loi comporte peu de dispositions relatives à la régulation du système et se présente davantage comme une « boîte à outils » présentant un large éventail d'utilisations. Cette situation amène en outre à prédire l'instauration future d'autres lois complémentaires (Tabuteau, 2010).

Cette considération fait écho aux travaux de Louis Demers (Demers, Pelchat, Côté, 2002 ; Demers, Dupuis, Poirier, 2002) sur l'impact des fusions d'établissements au Québec sur l'intégration des services. Ces travaux invitent, dans une approche tactique, à penser le lien complexe et non systématique entre les mouvements de fusion et ceux d'intégration. Notre travail situé à un niveau institutionnel confirme ces travaux dans cette première étape de mise en œuvre est-il possible de dire. En effet, et dans la continuité de l'approche théorique développée par Alain Dupuis (Dupuis et *al*., 2004), l'enjeu est la façon dont la fusion des organisations, précédemment indépendantes au sein de l'ARS, suivra ou non le schéma de « l'organisation machine » reproduisant le fonctionnement en « silos » ou en « chapelles protégées » et les « guerres de clochers ».

En ce sens, la mise en œuvre des ARS en cours et le rapport que celles-ci vont développer au processus d'intégration offrent un champ de recherches en santé publique appliquée à la gérontologie particulièrement dense.

2. OBJETS DE RECHERCHE ET MÉTHODE

Au moment où les pouvoirs publics entreprennent une importante réforme institutionnelle avec la mise en place des Agences Régionales de Santé, ces agences se présentent comme un champ d'étude pour l'intégration dans le champ gérontologique.

L'intérêt d'étudier la réceptivité à l'intégration des services au sein des ARS se comprend par le mandat législatif qui leur a été donné en janvier 2011 dans le cadre de l'institutionnalisation, sous forme de politique publique, du dispositif d'intégration MAIA.

En effet, les dispositions légales de mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA (Article L.113-3 du Code de l'action sociale et des familles) attribuent aux ARS une compétence de première importance : elles sont mandatées pour mettre en œuvre, en région, une politique publique d'intégration des services gérontologiques à travers le dispositif MAIA.

Ce mandat se décline en deux missions :

- Programmation/Planification de la mise en œuvre d'une politique publique d'intégration à travers l'implantation des dispositifs MAIA,
- Accompagnement du déploiement par la mise en œuvre de modalités propices à un déploiement conforme au cahier des charges MAIA (Article L.1431-2 du Code de santé publique) défini dans la circulaire du 13 janvier 2011 et le décret du 29 septembre 2011.

2.1. OBJETS DE RECHERCHE

Nous avons analysé les formes de réceptivité actuelles des ARS au dispositif d'intégration MAIA en termes de sens comme de priorité.

Les questions de recherche articulent les registres du sens avec celui de la priorisation selon le schéma de problématisations qui suit :

- Les objectifs et les outils du dispositif d'intégration MAIA sont-ils compréhensibles pour les ARS ?

- Le dispositif MAIA répond-il à un besoin identifié par les ARS ?
- Les normes organisationnelles du dispositif d'intégration MAIA sont-elles compatibles aux normes organisationnelles des ARS ?
- Quelle est la place en termes de priorité de politiques gérontologiques des ARS donnée au dispositif d'intégration MAIA ?

Aussi l'objet n'est pas tant d'analyser la réceptivité des ARS aux 6 concepts du dispositif d'intégration MAIA mais d'analyser la façon dont les ARS ont reçu et mis en œuvre des stratégies d'implantation du dispositif d'intégration cohérentes avec le mandat qui leur a législativement été donné et cohérentes avec l'objectif d'intégration des services gérontologiques porté par le dispositif MAIA.

Pour traiter ces questions, nous avons adopté un modèle de réceptivité construit empiriquement en Grande Bretagne dans un contexte de politiques publiques d'intégration des services à la fin des années 1980[3].

2.2. METHODE/DONNEES COLLECTEES

La réceptivité des ARS au dispositif d'intégration MAIA a été traitée dans le cadre d'une étude empirique qualitative conduite sur l'ensemble du territoire national.

L'étude empirique qualitative s'appuie sur des données empiriques de deux catégories.

Les données primaires collectées sont de deux natures :

- des entretiens semis-directifs[4] réalisés auprès des référents Plan National Alzheimer d'une dizaine d'ARS faisant l'objet d'une enquête de terrain approfondie,
- les réponses au questionnaire[5] soumis à l'intégralité des 26 référents Plan National Alzheimer des ARS.

Ces deux catégories de données primaires ont été complétées par des **données additionnelles** issues d'entretiens semi-directifs conduits auprès d' « informateurs clés »[6].

Rappelons que l'« informateur clé » est un individu choisi pour sa capacité à refléter adéquatement la pensée d'un ou de certains sous-groupes. Les informateurs clés sont donc « des personnes *particulièrement bien informées et articulées - des personnes dont les intuitions peuvent s'avérer très utiles pour comprendre ce qui se passe* » (Patton, 1990, p.263).

La fonction de l'informateur clé consiste à orienter le chercheur vers des aspects qui auraient pu lui échapper, à lui donner accès à des expériences qui ne lui seraient pas accessibles directement, ou à l'éclairer dans l'interprétation à faire de ses observations.

Les informateurs clés interviewés sont les représentants de l'Équipe Projet Nationale (EPN), de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS). Il s'agit des équipes impliquées dans la rédaction le cahier des charges de l'appel à candidatures MAIA ainsi que la circulaire interministérielle du 13 janvier 2011. De plus, l'EPN réalise un accompagnement auprès des ARS dans la mise en œuvre des dispositifs d'intégration MAIA.

Les entretiens auprès des informateurs clés ont été réalisés en deux étapes. Au démarrage de l'enquête de terrain (mars 2011) une première vague d'entretiens (n=5) a visé la validation

[3] Se référer au paragraphe 2.3.1.
[4] La présentation de l'étude, le formulaire de consentement et la grille d'entretien sont fournis en annexes 3, 5 et 8.
[5] La présentation de l'étude, le formulaire de consentement et le questionnaire sont fournis en annexe n°3, 6 et 10
[6] La présentation de l'étude et le formulaire de consentement et le questionnaire sont fournis en annexe n°3, 4 et 7.

des hypothèses et de l'échantillon des ARS participant à l'enquête de terrain. Au terme de l'enquête de terrain (septembre 2011), une seconde vague d'entretien (n=3) a visé la présentation des résultats de l'enquête de terrain, synthétisés dans le questionnaire, sur lequel il a été demandé aux informateurs clés de se prononcer sur la validité.

2.2.1. Une enquête de terrain centrée sur un échantillon d'une dizaine d'ARS

L'enquête de terrain a été centrée sur un échantillon de 11 ARS.

2.2.1.1. Méthode d'échantillonnage

La sélection des régions d'étude répondait à trois objectifs.

Le premier objectif est celui de la couverture géographique. Le nord, le sud, l'est et l'ouest et les DOM sont couverts par l'étude.

Le second objectif dans l'échantillonnage est relatif à niveau d'exposition des ARS à la phase expérimentale des dispositifs MAIA (2009-2010). Un équilibre entre régions exposées et non exposés a été recherché.

Le troisième objectif porte sur la construction d'un échantillon diversifié de porteurs de projets MAIA (CLIC, Réseau de santé Conseil Général, GCSMS, MDPH; *etc.*).

2.2.1.2. Méthode d'inclusion dans l'échantillon

La réalisation de entretiens auprès des référents Alzheimer (et ou de leur représentant) a été effectuée sur la base du volontariat.

La participation à la recherche est encadrée par un formulaire de consentement[7] dans lequel la confidentialité et le traitement anonymisé est assuré à l'interviewé.

La méthode d'inclusion des ARS enquêtées a été revue comparativement à la méthode définie dans le protocole de l'étude.

Cette révision est l'un des résultats des entretiens réalisés auprès des informateurs clés, en particulier les membres de l'équipe projet nationale. La concomitance du calendrier de définition des outils de programmation des ARS (PSRS, SROS, SROMS) et de la réalisation de l'étude fait encourir un risque de refus de participation à l'étude important dans l'échantillon initialement défini. Dans le contexte de charge de travail très important des référents Plan National Alzheimer et dans l'objectif d'éviter le maximum de refus de participation à l'étude, l'échantillon des 10 ARS validé, et inscrit dans le protocole déposé à la DGS, a été revu.

Il a été décidé de construire un échantillon d'ARS pour les études de cas sur la base d'un volontariat pré-déclaré par les référents auprès de l'équipe projet nationale préalablement à la prise de contact de l'équipe de chercheurs. Ce volontariat a été recherché par l'exercice d'un pré-sondage réalisé par voie téléphonique par l'équipe projet nationale réalisé en avril 2011.

Les entretiens ont été réalisés majoritairement aux mois de juin juillet et août 2011, majoritairement en entretien visuel (n=9/11), puis en entretien téléphonique (n=2/11).

L'échantillon des 11 référents Alzheimer des ARS incluses dans l'enquête de terrain couvre l'ensemble de la France (Nord, Sud, Est, Ouest et DOM-TOM) et conduit à une couverture

[7] Voir annexe 5.

importante des dispositifs intégrés MAIA : 7 des 17 dispositifs expérimentés en 2009 et 2010 et 19 des 40 des nouveaux dispositifs financés en 2011.

Tableau 1. Présentation de l'échantillon des 11 ARS incluses dans l'étude par enquête de terrain

Taille des ARS incluses dans l'échantillon	
« 100 à 300 agents »	***« Supérieure à 300 agents »***
5	6
Nombre de MAIA expérimentales dépendantes d'une ARS incluse dans l'échantillon	
7	
Nombre de projets reçus dans le cadre de l'AAC 2011 par les ARS incluses dans l'échantillon	
48	
Nombre de dispositifs MAIA créés en 2011 par les ARS incluses dans l'échantillon	
19	

2.2.1.3. Méthode d'analyse

Les entretiens semi-directifs ont été traités par **analyse thématique de contenu informatisée** via le logiciel QSR Nvivo 8. L'analyse thématique de contenu a été polyvalente, s'exerçant d'une part de manière inductive, où il s'agit de partir du corpus de générer des thèmes d'analyse et de manière déductive en ayant, préalablement à l'analyse, identifié les thèmes à repérer. D'autre part une approche inductive, dans laquelle le sens dégagé par l'analyse sert à des objectifs de découverte portant en particulier sur les faits saillants et les problématisations marquantes. Dans l'approche déductive, le sens dégagé est utilisé à des fins liées à la vérification.

Les résultats de l'analyse thématique de contenu ont été synthétisés dans le questionnaire soumis aux 26 référents Alzheimer.

Les éléments de contextes globaux du déploiement du dispositif d'intégration MAIA ont été recueillis à travers **les documentations officielles** (les organigrammes des ARS, les outils de programmation et de planification rendus publics, *etc.*).

2.2.2. Une enquête de terrain complétée par un questionnaire soumis aux 26 ARS

L'étude empirique par combinaison d'une enquête de terrain approfondie sur l'échantillon d'une dizaine ARS complétée par une enquête par questionnaire sur l'ensemble des 26 ARS est conduite à visée de validation des résultats auprès de l'échantillon représentatif de l'ensemble des ARS.

2.2.2.1. Choix méthodologique du questionnaire

L'utilisation de la méthode du questionnaire soumis à l'ensemble des 26 ARS en complément à l'étude approfondie de 11 ARS se justifie par le fait que le questionnaire est un outil d'étude qui permet de comparer et de quantifier l'opinion de l'ensemble d'un groupe homogène, ici les référents Alzheimer des ARS.

Le questionnaire construit est le résultat de la synthèse des résultats de l'analyse qualitative de contenu.

Le questionnaire est principalement composé de questions fermées. L'inclusion de quelques questions ouvertes sous la forme de « Autre [*Précisez*] » sert à offrir à l'enquêté la possibilité d'expliciter ou de compléter se réponse. Le questionnaire est fourni en annexes.

2.4.2.2. Participation des référents Alzheimer ARS

Le questionnaire a été soumis aux ARS mi-octobre 2011, pour un retour fin octobre 2011. Cet agenda de l'étude correspondant à la période de validation des schémas des ARS (SROS et SROMS), 8 questionnaires avaient été retournés.

Un report de délais de retour de 15 jours a été fixé à mi-novembre 2011. 7 questionnaires supplémentaires ont été retournés.

15 ARS ont répondu au questionnaire. Le taux de retour des questionnaires est donc de 58%.

L'échantillon des 15 ARS ayant répondu à la phase questionnaire est caractérisé de la façon suivante :

- Couverture géographique : Le Nord, le Sud, l'Est, l'Ouest et les DOM sont couverts.
  La taille des effectifs des ARS participantes au questionnaire est représentative de la variabilité nationale :
  - De « 150 à 300 agents » (n=9),
  - De « 300 à 600 agents » (n=2),
  - De » 600 à 800 agents » (n=2),
  - « Supérieur à 800 » (n=2).

  Toutefois il y a une surreprésentation des ARS de grande taille (de 600 à 800, n=2 et supérieure à 800, n=2).

  Dans la suite du rapport, deux tailles d'effectifs des ARS seront principalement distinguées :
  - « De 100 à 300 agents » (n=9),
  - « Supérieure à 300 » (n=6).
- Degré d'exposition : 7 ont été exposées à la phase expérimentale, 8 n'ont pas été exposées. Parmi les 7 ARS exposées, représentant 11 MAIA expérimentales, les statuts des porteurs des MAIA sont divers : Conseil général (n=4), Association regroupant CLIC et réseau de santé (n=2), GCSMS (n=1), Réseau de santé (n=2), réseau de réseaux (n=1).
- Nombre de projets reçus dans le cadre de l'appel à candidature 2011 : le nombre de projets reçus par les ARS incluses dans la phase questionnaire est de 85 projets sur l'ensemble des 127 projets reçus par l'ensemble des 26 ARS. Le nombre de projet reçus par ARS varie de 1 projet (n=2) à plus de 15 projets (n=2)
- Couverture des dispositifs intégrés MAIA créés en 2011 : les ARS incluses dans la phase questionnaire représentent 20 des 40 nouveaux dispositifs créés en 2011. Les statuts des porteurs de projets MAIA sont divers : Conseil général (n=8), CLIC (n=5), Réseau de santé (n=4), GCSMS (n=2), Établissement de santé (n=1).

Tableau 2. Présentation de l'échantillon des 15 ARS incluses dans l'étude par questionnaire

Taille des ARS incluses dans l'échantillon	
« 100 à 300 agents »	***« Supérieure à 300 agents »***
9	6
Nombre de MAIA expérimentales dépendantes d'une ARS incluse dans l'échantillon	
11	
Nombre de projets reçus dans le cadre de l'AAC 2011 par les ARS incluses dans l'échantillon	
85	
Nombre de diapositifs MAIA créés en 2011 par les ARS incluses dans l'échantillon	
20	

La couverture des MAIA concernées par les ARS de l'échantillon des référents Alzheimer ayant répondu au questionnaire soumis représente plus de la moitié de l'ensemble des dispositifs existants à l'échelle nationale. L'échantillon des 15 référents Alzheimer des ARS ayant répondu au questionnaire couvre l'ensemble de la France (Nord, Sud, Est, Ouest et DOM) et conduit à une couverture importante des dispositifs intégrés MAIA : 11 des 17 dispositifs expérimentés en 2009 et 2010 et 20 des 40 des nouveaux dispositifs financés en 2011.

2.2.3. Récapitulatif des situations d'ARS représentées dans l'ensemble de l'étude

Parmi les 11 ARS de la phase d'enquête de terrain, 7 ont participé à la phase questionnaire.

8 ARS non incluses dans la phase d'enquête de terrain ont participé à la phase questionnaire.

Bien que l'exhaustivité de l'inclusion des 26 ARS à l'étude par questionnaire ne soit pas atteinte, la représentation des référents Alzheimer ARS ayant participé aux deux phases de l'enquête est importante :

- 19 des 26 ARS sont incluses dans l'étude (taux de représentativité des ARS : 73%)
- 14 des 17 MAIA expérimentales sont incluses dans l'étude (taux de représentativité des MAIA expérimentales : 82%)
- 29 des 40 MAIA créées en 2001 incluses dans l'étude (taux de représentativité des MAIA créées en 2011 : 72,5%).

Les référents Alzheimer ayant participé à la phase d'enquête de terrain et/ou à la phase de questionnaire conduit à une représentation importante des 26 ARS : 19 des 26 ARS sont incluses dans l'étude, 14 des 17 MAIA expérimentales sont incluses dans l'étude, 29 des 40 MAIA créées en 2001.

Tableau 3. Présentation de l'échantillon des ARS incluses dans l'étude par enquête de terrain et par questionnaire

<table>
<tr><th colspan="5">Phase d'enquête de terrain (n=11 ARS)</th></tr>
<tr><th>Couverture géographique</th><th colspan="2">Taille ARS</th><th>Degré d'exposition phase expérimentale MAIA</th><th>Nombre de projets reçus dans le cadre de l'ACC 2011</th><th>Dispositifs MAIA crées en 2011</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Nord, Sud, Est, DOM</td><td>« 100 à 300 agents »</td><td>5</td><td rowspan="2">7</td><td rowspan="2">48</td><td rowspan="2">19</td></tr>
<tr><td>« > à 300 agents »</td><td>6</td></tr>
<tr><th colspan="6">Phase d'enquête par questionnaire (n=15 ARS)</th></tr>
<tr><th>Couverture géographique</th><th colspan="2">Taille ARS</th><th>Degré d'exposition phase expérimentale</th><th>Nombre de projets reçus dans le cadre de l'ACC 2011</th><th>Dispositifs MAIA crées en 2011</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Nord, Sud, Est, DOM</td><td>« 100 à 300 agents »</td><td>9</td><td rowspan="2">11</td><td rowspan="2">85</td><td rowspan="2">20</td></tr>
<tr><td>« > à 300 agents »</td><td>6</td></tr>
<tr><th colspan="6">Phase enquête et/ou questionnaire (n=19 ARS)</th></tr>
<tr><th>Couverture géographique</th><th colspan="2">Taille ARS</th><th>Degré d'exposition phase expérimentale</th><th>Nombre de projets reçus dans le cadre de l'ACC 2011</th><th>Dispositifs MAIA crées en 2011</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Nord, Sud, Est, DOM</td><td>« 100 à 300 agents »</td><td>11</td><td rowspan="2">14</td><td rowspan="2">119</td><td rowspan="2">29</td></tr>
<tr><td>« >à 600 agents »</td><td>8</td></tr>
</table>

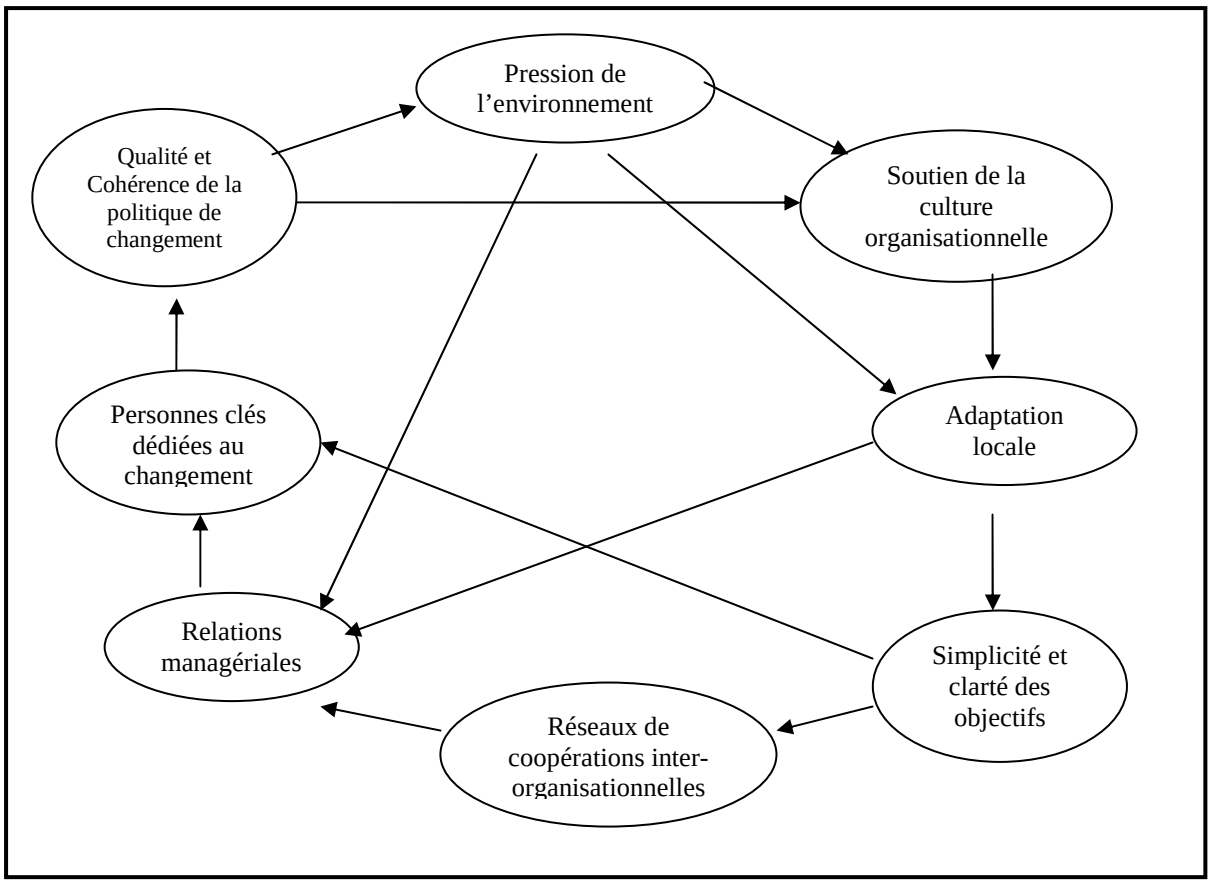
2.3. CADRE THEORIQUE D'ANALYSE ET ADAPTATION A L'ETUDE MENEE

Le modèle de la « réceptivité au changement » (Pettigrew et *al*. 1992) a été développé empiriquement dans le contexte des réformes introduites dans les institutions du service de la santé (NHS) en Grande-Bretagne. Ces réformes se sont aussi inscrites dans une perspective de politiques publiques d'intégration.

La réceptivité au changement est modélisée par un ensemble de huit facteurs qui sont inter-reliés (Pettigrew et *al*., 1992). Ces facteurs représentent un schéma d'associations dans lequel le changement est conçu comme un processus contextuel et dynamique (Newton et *al*., 2003 ; Pettigrew et *al*., 1992).

2.3.1. Cadre théorique de la réceptivité adopté

Selon Andrew Pettigrew, ce schéma d'associations dans lequel le changement est conçu comme un processus contextuel et dynamique prend la forme suivante :



Source: Pettigrew, et *al.*, 1992, p.29 [Traduction Libre]

Ces variables sont définies de la façon suivante (Pettigrew et *al.*, 1992) :

1) **La pression de l'environnement** représente l'ampleur et l'intensité des pressions exercées par les agents d'influence externes à l'organisation en vue de la promotion du changement recherché.

2) **Le soutien de la culture organisationnelle** est défini par l'équipe d'étude. Il porte sur la façon dont les choses sont faites dans une organisation pour atteindre les objectifs. Le système organisationnel porte sur le degré d'adhésion aux valeurs de cette organisation par les individus qui la composent en tenant compte de leur homogénéité ou de leur hétérogénéité. Ainsi, dans une organisation avec une forte culture il y a accord élevé entre les individus au sujet des attentes et des valeurs ; tandis que le niveau d'accord sur les valeurs et les attentes est faible ou très variable dans une organisation à culture faible.

3) **L'adaptation locale** renvoie à l'ajustement entre la planification prévue du changement et le contexte local, ce qui fait référence à la mise en adéquation de l'ordre du jour avec les paramètres locaux. Cet ajustement se comprend par le fait que l'environnement externe influe sur les efforts de changement interne.

4) **La simplicité et la clarté des objectifs** sont envisagées comme la capacité à réduire l'ordre du jour du changement en un ensemble de priorités clés, et d'isoler ce noyau de priorités des pressions de l'environnement en constante évolution à court terme. La constance de cette capacité se traduit par la persistance dans la poursuite des objectifs dans le temps.

5) **Les réseaux de coopération inter-organisationnelle** sont nécessaires pour le développement du changement et la gestion des liens avec d'autres organisations est à caractériser.

6) **Les relations managériales** renvoient à la nature et à la qualité de l'interface entre le personnel de l'organisation et l'équipe de gestion du changement.

7) **Les personnes clés dédiées au changement** sont requises pour remplir la fonction de définition du changement et le conduire. Il s'agit en particulier de définir les rôles en termes d'influence stratégique par rapport aux opérationnels c'est-à-dire qu'il est question d'amener les « autres » à adopter certains comportements pour atteindre les objectifs. Si les types de rôles sont définis de façon officielle, dans le cadre de la gestion managériale, ils sont liés à des positions d'autorité; ou bien de relations de nature informelle. L'équipe de personnes dédiées peut donc comprendre à la fois du personnel dédié, et des types spéciaux de chargés de mission formels ou informels.

8) **La qualité et cohérence de la politique** de changement recouvre trois dimensions:
   1. Le sens de la politique est large, dans la mesure où il prend la forme d'une vision globale c'est-à-dire non spécifiquement centrée sur des spécificités locales et des procédures.
   2. La politique de changement est soutenue par des décisions stratégiques relatives au changement. Ces décisions s'appuient sur des éléments conceptuels.
   3. La cohérence reflète l'exploration initiale de la congruence entre les objectifs et les moyens de mise en œuvre. Ces moyens portent sur la négociation nécessaire avec les intervenants clés, la faisabilité et la mobilisation de compétences en termes de ciblage du changement stratégique recherché. Dans cette étude de congruence il s'agit d'aller au-delà des procédures formelles pour prendre en compte réellement l'opérationnalisation organisationnelle des systèmes, des rôles et des processus.

Ces éléments conceptuels des facteurs de réceptivité au changement du modèle d'Andrew Pettigrew appellent la réalisation d'un travail de traduction et d'adaptation aux objets et contexte de l'étude.

2.3.2. Adaptation du cadre théorique à l'étude

Un travail de traduction et d'adaptation des huit facteurs de réceptivité au changement de modèle d'Andrew Pettigrew a été conduit afin de les rendre opérationnels dans le cadre de l'étude inscrite dans un contexte spécifique.

Comme explicité précédemment, les questions de recherche articulent les registres du sens avec celui de la priorisation dans un schéma de questionnements aboutissant à caractériser la réceptivité des ARS au changement introduit par le mandat législatif donné aux ARS vis-à-vis du dispositif d'intégration MAIA. En effet, deux catégories de missions ont été données aux ARS par la loi :

1. Accompagnement du déploiement en présentant et facilitant la mise en œuvre du dispositif auprès des partenaires stratégiques (notamment à travers les instances de gouvernance internes aux ARS) et tactiques (parties prenantes et porteurs potentiels) et pilotes locaux,
2. Programmation/Planification de la mise en œuvre d'une politique publique en portant le dispositif en externe (auprès des partenaires stratégiques) et en interne (auprès des directions de l'ARS concernées ainsi que des instances de gouvernance des ARS).

Dans le double contexte de réalisation de l'étude au cours de l'année 2011 caractérisé d'une part par la mise en place des ARS (installation récente des ARS, consolidation des organigrammes, des équipes internes et des instances de gouvernance et définition en cours d'année des outils de programmation et de planification) et d'autre part par le lancement de la généralisation du dispositif d'intégration MAIA sous la responsabilité légale des ARS, la réceptivité au changement conduit à décliner le modèle de réceptive d'Andrew Pettigrew autour des deux missions données aux ARS.

Autrement écrit, deux facteurs, de nature contextuelle, impactent la réalisation des deux missions données légalement aux ARS.

1) La phase de mise en application d'une nouvelle compétence ARS, de prise de connaissance d'un nouveau dispositif et de lancement d'un 1er appel candidatures MAIA, aboutit à un travail d'appropriation particulièrement chronophage.
2) Le calendrier de déploiement des MAIA entre en conflit avec le calendrier de programmation des ARS (PRSP, SROS, SROMS) et pour certaines ARS il y a une instabilité encore importante dans les organigrammes.

La prise en compte de ces éléments contextuels a conduit à traduire le modèle de réceptivité d'Andrew Pettigrew dans la phase de questionnaire.

Cette traduction est présentée dans le tableau ci-dessous.

Le tableau présente les items tels qu'ils ont été classifiés dans le questionnaire soumis aux référents Alzheimer.

Tableau 4. Traduction du modèle de réceptivité au changement dans la grille d'analyse du questionnaire

Traduction des facteurs	Définition dans le cadre de l'étude
Personnes clés	Contexte : A la demande de la mission de pilotage du plan national Alzheimer, chaque DGARS a nommé un référent Alzheimer au sein de son ARS, chargé de définir une stratégie de déploiement des mesures du PNA, et notamment des MAIA. Items questionnaire : 1) profil des référents Alzheimer (Q.1-2-3), 2) positionnement des référents Alzheimer dans les organigrammes (Q.4-5-6), 3) prise de connaissance du dispositif (Q. 9), 4) modalités de travail définies par les référents pour réaliser la mission de déploiement des mesures du Plan National Alzheimer (Q. 7-8, Q.11).
Compatibilité organisationnelle	Deux sous-dimensions : 1. Contexte : Les ARS sont des institutions nouvelles, les organigrammes sont peu stables, les référents Alzheimer n'ont pas compétence sur l'ensemble des dispositifs concernés par MAIA, ils doivent donc travailler en interne à leur ARS pour déployer le dispositif d'intégration MAIA. Item du questionnaire : mise en place d'un groupe de travail interne à l'ARS (Q.11) 2. Contexte : Le dispositif d'intégration MAIA est un dispositif implanté localement sous l'impulsion des acteurs stratégiques, et notamment des ARS au niveau du siège, le déploiement du dispositif MAIA appelle donc l'association des délégations territoriales. Item du questionnaire : 1) association des délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011 (Q.29), 2) association à la diffusion de l'appel à candidatures 2011 (Q.30), 3) association des délégations territoriales à l'instruction des projets soumis à l'appel à candidatures 2011 (Q.35), et la rédaction des rapports d'instruction présentée en commission consultative de sélection (Q.36), 4) association des délégations territoriales à la commission consultative de sélection des candidatures (Q.39).
Réseaux de coopération inter-organisationnelle	Contexte : Au moment de l'enquête, les tables de concertation tactique et stratégique n'étaient pas encore effectives. Aussi, peu d'éléments peuvent être mobilisés. Items du questionnaire : 1) mise en place d'un comité de suivi régional (Q.12), 2) mise en place d'une commission consultative de sélection (Q. 38-39-40-41). La structuration nationale des politiques gérontologiques appelle à s'intéresser à la façon dont les référents Alzheimer ont associé les Conseils Généraux à la définition des stratégies de déploiement du dispositif MAIA. Un focus particulier porte sur les modalités de coopération avec les Conseils Généraux.
Pression environnementale	Contexte : Le dispositif d'intégration MAIA est dans le cadre du plan National Alzheimer faisant l'objet d'un suivi par un comité national et spécifiquement au dispositif MAIA par une équipe projet nationale dédiée.

	Items du questionnaire : 1) l'appréciation que les référents Alzheimer ont des procédures de validation et de labellisation du dispositif et la façon dont ils souhaitent être associés (Q.18-19), 2) la façon dont les référents ont utilisé les outils proposés par l'équipe projet national en appui méthodologique (Q.35-36-37).
Adaptation locale	Contexte : Aux vues de l'avancement de la mise en place du dispositif d'intégration MAIA, peu d'éléments peuvent être mobilisés pour traiter le facteur de réceptivité relatif aux adaptations locales effectuées sur le déploiement du dispositif. Items du questionnaire : 1) étendue de la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011 et explicitation (Q.31) , 2) organisation des partenariats stratégiques et tactiques au sein des tables de concertation stratégique et tactique (Q. 48-49, Q. 51), 3) construction et l'organisation des tables de concertation à partir d'une instance de concertation préexistante (Q. 47, Q. 50).
Simplicité et clarté des objectifs	Items du questionnaire : 1) besoins identifiés justifiant la mise en place du dispositif MAIA (Q.20-21), 2) Facteurs aidants le déploiement du dispositif MAIA (Q.52)
Qualité et cohérence de la politique de changement	Contexte : Les ARS ont des responsabilités tout autant en termes de définition des modalités d'action dans le champ gérontologique que d'autorisation et financements d'un grand nombre d'acteurs impliqués dans les dispositifs MAIA : les outils de gouvernance des ARS en termes de modalités de gouvernance et d'instruments de programmation et de planification doivent être mobilisés de façon cohérente avec l'objectif d'intégration. Items du questionnaire : 1) mobilisation des instances de gouvernance (Q.13), 2) inscription de l'objectif d'intégration des services dans les outils de programmation et planification (Q.14, Q.16), 3) inscription des modalités précises de déploiement des dispositifs MAIA dans les outils de programmation et de planification (Q.15, Q.17).
Relations managériales	Contexte : Au moment de l'enquête, la procédure de conventionnement était en cours entre les promoteurs MAIA et les ARS (Q. 43), et les pilotes MAIA tout juste recrutés (Q.44) devaient être formés par l'équipe projet nationale. Items du questionnaire : 1) pour les référents Alzheimer concernés (Q.22-23) liens avec les promoteurs et pilotes de la phase expérimentale (Q.24-25-26-27-28), 2) Accompagnement des porteurs de projet à l'appel à candidature (Q.32), 3) Accompagnement des porteurs de projets non retenus dans le cadre de l'appel à candidature (Q.42), 4) définition de modalités de management des porteurs de projets et des pilotes retenus dans le cadre de l'appel à projet 2011 (Q.45, Q.47).

3. RÉCEPTIVITÉ DES ARS AU DISPOSITIF D'INTÉGRATION MAIA : RÉSULTATS

Suivant l'adaptation du modèle de réceptivité au changement effectuée, nous présentons les résultats issus du traitement des 15 questionnaires retournés par les référents.

Les résultats du questionnaire sont illustrés par deux autres catégories de données collectées et analysées.

Il s'agit d'une part de l'analyse thématique des entretiens individuels dans le cas des 6 référents Plan National Alzheimer ayant participés aux deux phases de l'étude.

D'autre part, les données issues de l'analyse de contenu de la documentation sont également mobilisées pour illustrer les données quantitatives exposées. Les données documentaires analysées sont celles rendues publiques sur les sites des ARS au moment de l'enquête[8] : les 15 organigrammes des 15 ARS couvertes par l'étude par questionnaire[9] et les outils de programmation et de planification des 15 ARS couvertes par l'étude par questionnaire[10] (5 SROS, 6 SROMS).

Les faits saillants sont présentés sous forme d'encadré.

3.1. PERSONNES CLEFS : LES REFERENTS ALZHEIMER DES ARS

Pour analyser le facteur de réceptivité au changement relatif aux personnes clés, à savoir les référents Alzheimer chargés de définir et de mettre en œuvre des stratégies de déploiement du dispositif d'intégration MAIA au sein des 15 ARS, nous présentons le profil des référents Alzheimer missionnés à cette fin par les directeurs généraux des ARS ainsi que leur positionnement dans les organigrammes des ARS.

3.1.1. Référents Alzheimer : des profils variés

La formation initiale des référents Alzheimer est diverse.

Deux corps de métier sont principalement représentés :

- Corps médical : 8 des 15 référents Plan National Alzheimer (soit 54%) sont médecins, médecins gériatres ou médecin conseil,
- Corps administratif : 4 des 15 référents Plan National Alzheimer (soit 27%) sont inspecteurs principaux, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

Les 3 autres référents Alzheimer sont de formation initiale juriste (n=1), biologie du comportement (n=1) et ingénierie sociale en gérontologie (n=1).

Plus de la moitié des référents Alzheimer ont une formation initiale de médecins (n=8/15).

Préalablement à la création des ARS, les référents Plan National Alzheimer étaient majoritairement issus des organismes de l'Assurance Maladie :

[8] Certaines ARS n'ont pas rendu public les outils de programmation dans la mesure où is n'étaient pas finalisés et/ou validés.
[9] Date de dernière consultation des sites des ARS : 28 novembre 2011.
[10] Date de dernière consultation des sites des ARS : 1 décembre 2011.

- 9 référents Alzheimer sur 15 (60%) sont issus de la DRSM[11] (n=6), URCAM (n=2) ou de la CRAM (n=1),
- 5 des 15 référents Alzheimer (33%) sont issus de l'administration déconcentrée de l'État (DRASS).
- 1 des référents n'est pas issu des organismes ayant fusionnés dans les ARS mais d'un conseil général.

La mise en parallèle de ces chiffres avec les données nationales disponibles sur la répartition des agents en fonction de leur institution d'origine (84% des personnels issus de l'État, 16% des personnels issus de l'Assurance Maladie)[12], aboutit à mettre en avant une surreprésentation dans l'ensemble des référents Alzheimer des agents issus de l'Assurance Maladie.

Les référents Alzheimer sont majoritairement (n=9/15) issus de l'Assurance Maladie.

Il est permis de se demander dans quelle mesure il y a une corrélation entre le fait que les référents Alzheimer aient principalement une formation initiale de médecins et le fait qu'il y a une surreprésentation des agents issus de l'Assurance Maladie dans les profils des référents. Toutefois, en l'absence de données nationales sur les organismes d'appartenance initiaux du corps des médecins des ARS, cette hypothèse ne peut être vérifiée.

3.1.2. Référents Alzheimer : positionnements hiérarchiques

Les positionnements des 15 référents Alzheimer dans les organigrammes sont divers.

14 des 15 référents Plan National Alzheimer sont rattachés à une direction « métier », et 1 des référents est rattaché à une direction « appui »[13].

La quasi-totalité des référents Alzheimer est rattachée à une direction « métier » (n=14/15).

L'éventail des positionnements des référents Alzheimer dans les organigrammes est large :
- directeur adjoint d'une direction,
- responsable de pôle ou de département,
- adjoint au responsable de pôle ou de département,
- responsable d'unité ou de cellule (type planification ou fonctionnelle personnes âgées),
- médecin conseil d'un pôle ou d'un département,
- référent médical d'unité ou de cellule,
- chargé de mission au sein d'une direction, d'un département ou d'une unité.

L'analyse des organigrammes des 15 référents a débouché sur une classification des positionnements dans les directions de rattachement en niveaux :
- Niveau n (n=0), correspondant à un niveau de directeur de direction,
- Niveau n-1 (n=1), correspondant à un niveau de directeur adjoint de direction,
- Niveau n-2 (n=4), correspondant à un niveau de directeur de pôle ou de département,
- Niveau n-3 (n=6), correspondant à un niveau de directeur d'unité ou de cellule,
- Niveau n-4 (n=4), correspondant à de référent médical ou de chargé de mission.

Les positionnements hiérarchiques des référents Alzheimer en interne à leur direction de rattachés sont exposés dans le tableau ci-après.

[11] Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie.
[12] Source: Rapport sur les conditions d'installation des ARS, Comité National de Pilotage, 16 Mars 2011.
[13] Intitulée « Direction de la Stratégie, des études et de l'évaluation »

Tableau 5. Positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer

	n-1 et n-2	n-3 et n-4
Nombre de référents Alzheimer	5	10

Un tiers des référents Alzheimer (n=10/15) sont positionnés dans les directions de rattachement à des niveaux hiérarchiques n-3 ou n-4.

La taille de l'ARS en termes d'effectifs des agents n'est pas une variable explicative des positionnements hiérarchiques des référents Alzheimer.

Tableau 6. Positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer et taille des effectifs des ARS

	n-1 et n-2	n-3 et n-4
« De 100 à 300 agents »	4	5
« > à 300 agents »	1	5

Précisons qu'il est fort probable qu'à un même niveau de positionnement hiérarchique intra-direction de rattachement, les référents Alzheimer n'aient pas des marges de manœuvre identiques qu'ils soient employés dans des ARS de grande taille ou de petite taille.

Il n'y a pas d'effet « taille des effectifs » explicatif du positionnement hiérarchique du référent Alzheimer dans l'organigramme de sa direction de rattachement.

Aux vues de l'hétérogénéité des organigrammes, le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer dans les directions de rattachement est une variable insuffisante pour appréhender la thématique des champs de compétences des référents Alzheimer. C'est la raison pour laquelle nous avons procédé à une analyse des 15 organigrammes qui a abouti à une classification des modalités d'organisation interne en trois catégories :

1) Le première est dite « sectorielle » : les directions offre de soins et offre médico-sociale sont distinctes
2) La seconde est dite « semi-sectorielle » : il y a une direction offre de santé comprenant l'offre de soins et l'offre médico-sociale subdivisée en sous-directions distinguant l'offre de soins et l'offre médico-sociale
3) La troisième est dite « intersectorielle » : il y a une direction offre de santé comprenant l'offre de soins et l'offre médico-sociale puis subdivisée en sous-directions « planification », « organisation », « régulation » chacune de subdivisions portant à la fois sur l'offre de soins et l'offre médico-sociale

Tableau 7. Catégorisation des organigrammes internes aux ARS

	« Sectorielle »	« Semi-sectorielle »	« Intersectorielle »
Nombre de référents Alzheimer	5	7	3

L'analyse des organigrammes a permis de distinguer 3 catégories d'organisation interne des ARS : ° « sectorielle » (n=5/15), « semi-sectorielle » (n=7/15), « intersectorielle » (n=2/15).

Le croisement des catégories d'organigrammes et de positionnements hiérarchiques internes aux directions de rattachement des référents Alzheimer aboutit au constat qu'aucun des 15 référents Alzheimer n'a de pouvoir décisionnel sur l'ensemble des établissements et services sanitaires et médicosociaux concernés par le déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

A titre d'exemple, le référent positionné à un niveau n-1 exerce ses fonctions dans une ARS ayant mis en place un organigramme de catégorie 1, dans laquelle l'organisation sanitaire est distincte de l'organisation médico-sociale, rattaché à la direction offre médico-sociale, il n'a pas de pouvoir décisionnel sur l'offre sanitaire.

Inversement, les référents Alzheimer exerçant leurs activités dans une ARS ayant mis en place un organigramme de catégorie 3, dans laquelle l'offre de santé regroupe l'offre sanitaire et médicosociale organisée en sous-directions, départements ou pôles planification, organisation, régulation, sont positionnés à un niveau n-3, ne leur permettant pas d'exercer un pouvoir décisionnel sur l'ensemble des établissements et services sanitaires et médicosociaux concernés par le déploiement des dispositifs intégrés MAIA.

Aucun des référents Alzheimer n'a de pouvoir décisionnel sur l'ensemble des établissements et services sanitaires et médicosociaux du dispositif d'intégration MAIA.

Pour appréhender dans le détail le champ de prérogatives des référents Alzheimer, il convient de croiser le type d'organigramme de l'ARS avec le positionnement hiérarchique des référents dans leur direction de rattachement.

14 des 15 Référents Alzheimer sont rattachés à des directions, sous-directions, départements, pôles, services ou unités médico-sociales et ont des missions, compétences et prérogatives exclusivement sur l'organisation et la régulation de l'offre médico-sociale.

Enfin, il convient de souligner que les organigrammes des ARS ont été, au cours de la phase d'enquête, mouvants. Divers éléments en attestent : les organigrammes sont datés, 4 des 15 référents Alzheimer ont pris la fonction de référent Alzheimer depuis moins d'un an, dont 1 depuis moins de 6 mois.

Une dernière variable intéressante à examiner pour caractériser les profils des référents Alzheimer porte sur la période à laquelle ils ont pris connaissance du dispositif d'intégration MAIA :

- 5 des 15 référents ont eu connaissance du dispositif pour la première fois à la parution du Plan National Alzheimer,
- 2 des 15 référents ont eu connaissance du dispositif via leur participation à l'expérimentation MAIA qui se déroulait dans leur région,
- 1 des 15 référents a eu connaissance du dispositif via sa participation à l'expérimentation MAIA qui se déroulait dans une autre région,
- 6 des 15 référents ont eu connaissance du dispositif au cours de la réunion d'information du lancement des appels à candidatures MAIA du mois de décembre 2010 organisée par l'équipe projet nationale de la CNSA,
- 1 des 15 référents a eu connaissance du dispositif au cours de la réunion d'instruction des candidatures MAIA du mois de mars 2011 organisée par l'équipe projet nationale.

Près de la moitié des référents Alzheimer ont eu connaissance du dispositif MAIA dans le cadre exclusif des fonctions de déploiement données légalement aux ARS à partir de 2011.

3.2. COMPATIBILITE ORGANISATIONNELLE : STRUCTURATION DE LA MISSION DE REFERENT ALZHEIMER

Le facteur de réceptivité relatif à la compatibilité organisationnelle est considéré à travers l'analyse de la structuration de la mission de référent Alzheimer.

L'examen de la structuration de la mission de référent Alzheimer, chargé notamment de déployer le dispositif MAIA, a été effectué par l'analyse de quatre variables :

1) temps de travail consacré à la mission de référent Alzheimer,
2) modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer chargé de déployer les mesures du Plan national Alzheimer et notamment le dispositif d'intégration MAIA,
3) existence ou non d'un groupe de travail interne ARS autour du Plan National Alzheimer (composition, périodicité, *etc.*),
4) mobilisation des délégations territoriales dans le cadre du déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

3.2.1. Temps de travail consacré à la mission Référent Alzheimer

L'une des premières variables à examiner pour comprendre la façon dont les ARS ont structuré la mission de mise en œuvre du Plan National Alzheimer et notamment du dispositif d'intégration MAIA est relative au temps de travail consacré par les référents Alzheimer à cette fonction.

Dans le questionnaire, les référents Alzheimer ont procédé à une évaluation de leur temps de travail consacré à la mission de référent Alzheimer.

Les temps de travail sont répartis de la façon suivante.

Tableau 7. Temps de travail consacrés à la mission référents Alzheimer

	De 20% à 40% ETP	50% ETP	De 60% à 90% ETP	100%	Ne se prononcent pas
Nombre de référents Alzheimer	4	5	5	0	1

Les temps de travail consacrés par les référents Alzheimer à la mission de déploiement du Plan National Alzheimer sont très variables : « de 20% à 40% ETP » (n=4/14), « 50% ETP » (n=5/14), « de 60% à 90% » (n=5/14). Aucun référent n'exercice cette mission à plein temps.

Nous avons cherché à identifier les variables qui peuvent être explicatives des temps de travail consacrés à la mission de référent Alzheimer en regardant part la taille en termes d'effectifs des agents des ARS.

Tableau 8. Temps de travail consacrés à la mission référent Alzheimer et taille des effectifs des ARS

	De 20% à 40% ETP	50% ETP	De 60% à 90% ETP	100%	Ne se prononcent pas
« De 100 à 300 agents »	2	4	3	0	0
« > à 300 agents »	2	1	2	0	1

Il n'y pas d'effet taille entre le nombre d'agents des ARS et le temps de travail consacré par les référents Alzheimer à la mission de mise en œuvre du Plan National Alzheimer.

Nous avons cherché ensuite à identifier les variables qui peuvent être explicatives des temps de travail consacrés à la mission de référent Alzheimer en regardant les positionnements hiérarchiques intra-direction de rattachement des référents Alzheimer.

Tableau 9. Temps de travail consacré à la mission référents Alzheimer et positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer

	De 20% à 40% ETP	50% ETP	De 60% à 90% ETP	100%	Ne se prononce pas
n-1 et n-2	3	0	2	0	0
n-3 et n-4	2	5	2	0	1

Dans l'ensemble de l'échantillon, en s'intéressant aux tranches hautes et basses de temps de travail, c'est-à-dire respectivement « de 60% ETP à 90% ETP » et « de 20% ETP à 40% ETP » une tendance apparaît.

La tendance est à ce que plus les référents Alzheimer sont positionnés haut dans les organigrammes (correspondant à des niveaux n-1 et n-2 de directeur adjoint de direction, adjoint au directeur de pôle ou de département), moins ils consacrent de temps de travail aux missions de mise en œuvre du Plan National Alzheimer, c'est-à-dire « de 20% ETP à 40% ETP » (n=3/5).

Par contre, l'inverse est moins probant dans la mesure où les référents Alzheimer occupant des postes de niveaux n-3 et n-4 consacrent majoritairement « 50% ETP » de leur temps de travail aux missions de mise en œuvre du Plan National Alzheimer (n=5/9), tandis que deux référents sur les 9 consacrent « de 60% ETP à 90% ETP » de leur temps travail aux missions de mise en œuvre du Plan National Alzheimer.

Il y a une légère tendance à ce que plus les référents Alzheimer sont positionnés haut dans les organigrammes, moins ils consacrent de temps de travail à la mission de mise en œuvre du Plan National Alzheimer.

Enfin, nous avons cherché à savoir si le profil des référents Alzheimer en termes de formation initiale constitue une variable explicative des temps de travail consacrés à la mission de référent Alzheimer.

Tableau 10. Temps de travail consacré à la mission référent Alzheimer et formation initiale des référents Alzheimer

	De 20% à 40% ETP	50% ETP	De 60% à 90% ETP	100%	Ne se prononce pas
Médecine	3	3	1	0	1
Administration	0	2	2	0	0
Autre	1	0	2	0	0

Il n'y a pas de corrélation entre la formation initiale des référents Alzheimer et le temps de travail consacré à la mission de déploiement des mesures du plan national Alzheimer

3.2.2. Modalités d'exercice de la mission Référent Alzheimer

Les modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer responsable du déploiement du Plan National Alzheimer ont été déclinées dans le questionnaire en quatre catégories :

1) le référent Alzheimer exerce « seul » la mission,
2) le référent Alzheimer exerce « en binôme » la mission,
3) le référent Alzheimer exerce « en interne à la direction de rattachement » la mission,
4) le référent Alzheimer exerce « en transverse aux directions de l'ARS » la mission.

Les modalités de travail déployées par les référents Alzheimer pour réaliser la mission de référent Alzheimer sont variées.

L'exercice de la mission de référent Alzheimer est réalisé:

- Seul (n=6 – 40%),
- En Binôme[14] (n=5 – 33%), de type hiérarchique (n=2/5) ou collaboratif entre corps de métier (n=3/5)
- En équipe interne à la direction de rattachement (n=3 – 20%),
- En équipe transverse aux directions de l'ARS (n=1 – 7%)[15].

Précisons que le référent Alzheimer ayant défini des modalités d'exercice de la mission de mise en œuvre du plan National Alzheimer « en transverse aux directions de l'ARS » est celui qui se trouve rattaché à une direction appui « Direction de la Stratégie, des études et de l'évaluation ».

Tableau 11. Modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer

	« Seul »	« En binôme »	« En interne à la direction de rattachement »	« En transverse aux directions de rattachement »
Nombre de référents Alzheimer	6	5	3	1

[14] Les référents Plan National Alzheimer interviewés ont fait état de deux catégories de binômes :
- binôme type hiérarchique « chargé de mission/directeur adjoint »
- binôme type collaboratif « médecin /administratif ».

[15] En commentaire libre le référent précise « En équipe entre différentes directions (3 directions impliquées) »

Les référents Alzheimer exercent la fonction de mise en place du Plan National Alzheimer majoritairement « seul » (n=6/15) ou en « binôme » (n=5/15). Seul un référent travaille en transversale à l'ensemble des directions de l'ARS concernées. La modalité d'exercice des trois autres situations est un travail « en interne à la direction de rattachement » du référent Alzheimer.

La répartition des modalités d'exercice de la mission de référents en fonction de la taille des effectifs de l'ARS est fournie dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12. Modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer et taille des effectifs des ARS

	« Seul »	« En binôme »	« En interne à la direction de rattachement »	« En transverse aux directions de rattachement »
« De 100 à 300 agents »	4	4	1	0
« > à 300 agents »	2	1	2	1

Une tendance de type « effet taille des effectifs » apparaît.

Proportionnellement, les référents Alzheimer travaillant dans des ARS de petite taille, c'est-à-dire« de 100 à 300 agents » travaillent davantage « seul » ou en « binôme » que les référents inscrits dans des ARS de grande taille.

Inversement, proportionnellement les référents Alzheimer travaillent davantage en interne à leur direction de rattachement ou en transversale aux directions de l'ARS la mission de mise en œuvre du Plan National Alzheimer.

Il y a une tendance à un « effet taille des effectifs » des ARS sur les modalités de mise en place de la mission de référents Alzheimer. Plus les ARS comportent d'agents, plus les référents Alzheimer travaillent en « interne à leur direction de rattachement » les missions de mise en œuvre du Plan National Alzheimer, inversement les référents Alzheimer inscrits dans des ARS de petite taille ont davantage tendance à travailler « seul » ou en « binôme ».

Le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer n'apparaît pas être une variable explicative des modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer responsable du déploiement du Plan National Alzheimer et notamment du dispositif d'intégration MAIA.

Tableau 13. Modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer et positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer

	« Seul »	« En binôme »	« En interne à la direction de rattachement »	« En transverse aux directions de rattachement »
n-1 et n-2	1	2	2	0
n-3 et n-4	5	3	1	1

Ce résultat est intéressant à souligner : un positionnement haut (n-1 ou n-2) ne préfigure pas des modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer en interne à la direction de rattachement ou en transverse aux directions de l'ARS ; inversement, un niveau bas (n-3 ou n-4) ne préfigure pas des modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer en interne à la direction de rattachement ou transverse aux directions de l'ARS.

Il y a là, potentiellement, des difficultés futures dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA. En effet, les référents Alzheimer positionnés à un niveau bas (n-4), compte tenu de leur faible marge de manœuvre en tant que chargé de mission et/ou référent médical devraient travailler « en interne à leur direction de rattachement » ou « en transverse aux directions de leur ARS ». Or, respectivement à chacune des deux situations, cette modalité n'est mise en œuvre que dans un seul cas, et ainsi 2 des 4 référents de niveau n-4 travaillent « seul ».

Le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer n'est pas une variable explicative des modalités de structuration de l'exercice de la mission de référent Alzheimer responsable du déploiement du Plan National Alzheimer. Notamment pour les référents positionnés à un niveau hiérarchique intra-direction de rattachement n-4, cet élément peut être porteur de difficultés dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

La formation initiale des référents Alzheimer a ensuite été examinée.

Tableau 14. Modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer et formation initiale des référents Alzheimer

	« Seul »	« En binôme »	« En interne à la direction de rattachement »	« En transverse aux directions de rattachement »
Médecine	3	3	1	1
Administration	2	1	1	0
Autre	1	1	1	0

Il n'y a pas de corrélation entre la formation initiale des référents Alzheimer et les modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer.

Enfin, nous avons observé la façon dont le type d'organisation influe sur les modalités de structuration de l'exercice de la mission de référent Alzheimer.

Tableau 15. Temps de travail consacrés à la mission référent Alzheimer et type d'organisation interne des ARS

	« Seul »	« En binôme »	« En interne à la direction de rattachement »	« En transverse aux directions de rattachement »
Organisation « sectorielle »	1	1	1	1
Organisation « semi-sectorielle »	4	2	1	0
Organisation « inter-sectorielle »	1	1	1	0

Le type d'organisation « sectorielle », « semi-sectorielle », ou « inter-sectorielle » interne à l'ARS des référents Alzheimer n'est pas une variable explicative des modalités de structuration de l'exercice de la mission de référent Alzheimer responsable du déploiement du Plan National Alzheimer et notamment des dispositifs d'intégration MAIA.

Ces données témoignent potentiellement de difficultés dans l'exercice de la mission de déploiement du dispositif d'intégration MAIA. En effet, les référents Alzheimer inscrits dans une ARS dont l'organisation est de type « sectorielle », c'est-à-dire dans laquelle il existe une direction de l'offre de soins et une direction de l'offre médico-sociale distinctes (n=5), devraient travailler « en transverse aux directions de leur ARS », or c'est le cas dans une seule des 5 situations. De même, les référents Alzheimer inscrits dans une ARS dont l'organisation est de type « semi-sectorielle » c'est-à-dire dans laquelle il existe une direction santé subdivisée en direction de l'offre de soins et une direction de l'offre médico-sociale (n=7), devraient travailler « en interne à leur direction de rattachement », or c'est le cas dans une seule des 7 situations.

Le type d'organisation « sectorielle », « semi-sectorielle », ou « inter-sectorielle » des ARS des référents Alzheimer n'est pas une variable explicative des modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer. Ce résultat est potentiellement porteur de difficultés dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA : une organisation de type « sectorielle » appelle des modalités d'exercice « en transverse aux directions de l'ARS » et une organisation de type « semi-sectorielle » appelle des modalités d'exercice « en interne à la direction de rattachement » ; or, respectivement à chaque des deux catégories, un seul des 5 référents Alzheimer, et un seul des 7 référents Alzheimer, a mis en place une stratégie de cette nature.

Exemple d'application des modalités d'exercice de la mission référent Alzheimer : le cas de la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidature 2011

Dans le questionnaire, nous avons cherché à évaluer la façon dont les modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer ont été mises en pratique à travers la question de savoir comment a été définie la procédure de diffusion de l'appel à candidature 2011.

Parmi les 15 référents Alzheimer, 9 ont défini la procédure de diffusion de l'appel à candidature de façon cohérente aux modalités d'exercice de la mission référent Alzheimer mise en place :

- Le référent Alzheimer travaillant « en transversale aux directions de l'ARS » a défini la procédure de diffusion de l'appel à candidature « en transversale aux directions ».
- Les 3 référents Alzheimer travaillant la mission « en interne à leur direction de rattachement » ont défini la procédure de diffusion « en interne à leur direction ».
- 2 Alzheimer travaillant « en binôme » ont défini la procédure de diffusion de l'appel à candidature « en binôme » (n=2/5).
- 3 référents Alzheimer travaillant « seul » ont défini la procédure de diffusion de l'appel à candidature « seul » (n=3/6).

Les 6 référents Alzheimer n'ayant pas appliqué les modalités d'exercice de la mission de référent dans le cadre de la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidature 2011 ont tous élargi les compétences et prérogatives mobilisables dans ce cadre-là. En effet, parmi les 6 référents Alzheimer travaillant « seul », 3 ont travaillé la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidature 2011 « en interne à leur direction de rattachement ». Et, parmi les 5 référents Alzheimer travaillant « en binôme », 3 ont de la même façon travaillé cette phase « en interne à leur direction de rattachement ».

Cet élément conduit à souligner le fait que bien qu'un certain nombre de référents Alzheimer considèrent travailler « seul » ou « en binôme » la mission de déploiement du dispositif

d'intégration MAIA, le travail de prise de décisions structurantes est réalisée « en interne à leur direction de rattachement ».

Pour les prises de décisions structurantes sur le déploiement du dispositif d'intégration MAIA, les référents Alzheimer élargissent les modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer de « seul » ou en « binôme » à « en interne à leur direction de rattachement ».

3.2.3. Mise en place d'un groupe de travail interne sur le Plan National Alzheimer

Certains référents Alzheimer ont structuré la mission de mise en œuvre du Plan National Alzheimer en mettant en place un groupe de travail intra-ARS.

7 des 15 Référents Alzheimer ont mis en place un groupe de travail interne à leur ARS traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer

3.2.3.1. Mise en place d'un groupe de travail interne: examen des variables explicatives

Nous avons cherché à identifier les variables qui peuvent être explicatives de la mise en place d'un groupe de travail interne.

Les référents Alzheimer ayant mis en place un groupe de travail interne à leur ARS traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer sont de formation initiale diverse.

Tableau 16. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et formation initiale des référents Alzheimer

	Existence d'un groupe de travail PNA interne ARS	Absence d'un groupe de travail PNA interne ARS
Médecin	3	5
Administratif	2	2
Autre	2	1

Ces données amènent à conclure à l'absence de corrélation entre la mise en place d'un groupe un groupe de travail interne à l'ARS et la formation initiale des référents Alzheimer.

Les référents Alzheimer ayant mis en place un groupe de travail interne à leur ARS traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer sont employés dans des ARS de tailles diverses, comme en atteste le tableau ci-après.

Tableau 17. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et taille des effectifs des ARS

	Existence d'un groupe de travail PNA interne ARS	Absence d'un groupe de travail PNA interne ARS
« de 100 à 300 agents »	3	6
« > à 300 agents »	4	2

Constatons que les effectifs des ARS des référents ayant mis en place un groupe de travail varie de « 100 à 300 agents » (n=3) à « > à 300 agents » (n=4).

Toutefois, il y a une tendance à un « effet taille des effectifs de l'ARS ».

Proportionnellement, les référents Alzheimer inscrits dans des ARS de grande taille, ont davantage tendance à mettre en place un groupe de travail interne à leur ARS (n=4/6) que les référents Alzheimer inscrits dans des ARS de petite taille (n=3/9).

Il y a une tendance à l'« effet taille des effectifs » explicative de la stratégie de mise en œuvre ou non d'un groupe de travail interne à l'ARS traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer. Pour contre, dans le groupe des référents Alzheimer ayant mis en place un groupe de travail Plan National Alzheimer interne, les effectifs sont divers.

Nous avons ensuite cherché à identifier si les positionnements hiérarchiques des référents Alzheimer dans les organigrammes pouvaient être une variable explicative de la mise en place d'un groupe de travail interne.

Tableau 18. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et positionnement hiérarchique intra direction de rattachement des référents Alzheimer

	Existence d'un groupe de travail PNA interne ARS	Absence d'un groupe de travail PNA interne ARS
n-1 et n-2	3	2
n-3 et n-4	4	6

Le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer n'apparaît pas être une variable explicative de la mise en place ou non d'un groupe de travail interne à leur ARS traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer.

Nous avons cherché à identifier s'il y avait une corrélation entre la mise place d'un groupe de travail interne et les modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer.

Tableau 19. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et les modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer

	Existence d'un groupe de travail PNA interne ARS	Absence d'un groupe de travail PNA interne ARS
« Seul »	4	2
« En binôme »	0	5
« En interne à la direction de rattachement »	3	0
« En transverse aux directions de l'ARS »	0	1

Le type de modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer semble influer sur le fait que les référents Alzheimer aient mis en place ou non un groupe de travail interne traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer.

En effet, l'intégralité des référents Alzheimer travaillant « en interne à leur direction de rattachement » a mis en place un groupe de travail Plan National Alzheimer interne à leur ARS, et les deux tiers des référents travaillant « seul ». Tandis que l'intégralité des référents Alzheimer travaillant en « binôme » n'a pas mis en place un groupe de travail Plan National Alzheimer interne à leur ARS.

Il y a une corrélation entre les types des modalités d'exercice de la mission de référent Alzheimer et le fait d'avoir mis en place un groupe de travail interne traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer. Cette stratégie a été mise en place, non pas par les référents Alzheimer exerçant « seul » la mission de référent Alzheimer, mais par ceux l'exerçant « en interne à leur direction de rattachement », tandis qu'aucun des référents travaillant en « binôme » n'a mis en place une telle instance.

Enfin, nous nous sommes attachés à regarder les liens entre les catégories d'organisation interne, via la classification des organigrammes établie, et le fait d'avoir mis ou non en place un groupe de travail interne.

Tableau 20. Mise en place d'un groupe de travail PNA interne et type d'organisation interne

	Existence d'un groupe de travail PNA interne ARS	Absence d'un groupe de travail PNA interne ARS
« Sectorielle »	2	3
« Semi-sectorielle »	3	4
« Intersectorielle »	2	1

Le type d'organisation « sectorielle », « semi-sectorielle », ou « inter-sectorielle » interne aux ARS des référents Alzheimer n'apparaît pas être une variable explicative de la mise en place ou non d'un groupe de travail interne traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer.

Ce résultat témoigne d'un défaut de stratégie propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA. En particulier, les référents Alzheimer inscrits dans une ARS dont l'organisation est de type « sectorielle », c'est-à-dire dans laquelle il existe une direction de l'offre de soins et une direction de l'offre médico-sociale distinctes (n=5) auraient intérêt à mettre en place un groupe de travail interne, or c'est le cas dans 2 des 5 situations.

Le type d'organisation des ARS n'est pas une variable explicative de la mise en place ou non d'un groupe de travail interne. Dans le cas des référents Alzheimer inscrits dans une organisation de type « sectorielle » ceci peut engendrer des difficultés dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

3.2.3.2. Groupe de travail interne : composition

Les groupes de travail intra-ARS traitant des mesures du Plan National Alzheimer ont pour caractéristique commune, en termes de composition, d'associer les délégations territoriales (n=7/7 – 100%).

Dans 6 cas sur 7 (86%), l'intégralité des délégations territoriales de l'ARS participe au groupe de travail. Dans un cas, il s'agit d'un représentant de l'ensemble des délégations territoriales désigné du fait de sa participation à la phase expérimentale du dispositif MAIA.

Cette association des délégations territoriales constitue un élément propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA. En effet, les délégations territoriales, du fait de leur proximité avec les initiatives et acteurs locaux peuvent faire remonter au niveau des directions du siège les informations sur les modalités organisationnelles territoriales. Cette dynamique est potentiellement porteuse d'adaptation des processus de planification de la montée en charge des dispositifs MAIA en région. Elles ont aussi la possibilité de proposer

des adaptations locales des outils et mécanismes d'intégration MAIA aux configurations territoriales et ainsi de favoriser l'implantation des dispositifs en région.

Les 7 groupes de travail internes aux ARS mis en place dans le cadre des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer diffèrent relativement aux directions du siège associées.

- Dans 5 cas, il s'agit d'associer l'ensemble des membres de la direction du référent Alzheimer et les délégations territoriales. Cette structuration est celle mise en place par l'intégralité des référents positionnés à un niveau n-4 (n=2/2) et n-2 (n=2/2), et dans l'un des 2 cas des référents positionnés à un niveau n-3 (n=1/2).
- Dans 2 cas, il s'agit d'associer l'ensemble des directions du siège à compétences (autorisation, allocation, contractualisation, planification, stratégie et gestion de projet) dans le champ gérontologique (secteurs médico-social, ambulatoire et hospitalier). Cette structuration est indépendante du niveau hiérarchique du référent puisque dans un cas le référent est positionné à n-1 (n=1/1) et dans l'autre à n-3 (n=1/2).

Le positionnement hiérarchique ne semble pas avoir d'impact sur la façon dont les référents Alzheimer ont composé les groupes de travail internes traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer. Toutefois constatons que les 2 référents positionnés à un niveau hiérarchique n-4 ont associés à ce groupe uniquement leur direction de rattachement et les délégations territoriales.

La structuration de groupe de travail intra-ARS associant les directions du siège à compétences (autorisation, allocation, contractualisation, planification, stratégie et gestion de projet) dans le champ gérontologique (secteurs médico-social, ambulatoire et hospitalier) d'une part, et d'autre part les référents personnes âgées des délégations territoriales constitue une stratégie favorable au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

3.2.3.3. Groupe de travail interne : périodicité

Les modalités organisationnelles des groupes de travail traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer sont diverses.

Les réunions se tiennent à une périodicité établie de[16] :
- De « 1 fois par mois à 1 fois par trimestre » (n=3/6)
- De « 1 fois par trimestre à 1 fois par semestre » (n=1/6)
- « En fonction des mesures du Plan Nationale Alzheimer à développer » (n=2/6).

L'organisation de réunions périodiques, selon une périodicité prédéfinie, semble être une modalité de gestion de projet et de suivi de programmation à privilégier. Une périodicité trimestrielle semble adéquate pour le déploiement du dispositif d'intégration MAIA. En effet, comme spécifié par l'équipe projet nationale CNSA sur la base du cahier des charges, la table de concertation stratégique devant être réunie sur une périodicité établie de « une fois par trimestre à une fois par semestre », la fréquence de réunion du groupe de travail interne doit être cohérente avec les travaux de la table de concertation stratégique.

Une périodicité trimestrielle minimale, semestrielle maximale, de réunion du groupe de travail interne semble adéquate au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

[16] L'un des référents Plan National Alzheimer ne se prononce pas (NSPP) sur la périodicité.

Exemples de mobilisation des groupes de travail interne

Nous avons cherché dans le questionnaire à saisir la façon dont ce groupe de travail intra-ARS est mobilisé dans les différentes étapes de déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

Parmi les 7 référents Alzheimer ayant mis en place un groupe de travail interne à leur ARS traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer, aucun n'a associé ce groupe à la définition des modalités de diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011.

Parmi les 7 référents Alzheimer ayant mis en place un groupe de travail interne à leur ARS traitant des dispositifs relatifs au Plan National Alzheimer, 3 ont associé ce groupe à la commission consultative de sélection des candidatures MAIA 2011.

Les groupes de travail Plan National Alzheimer internes aux ARS semblent davantage être sollicités sur des aspects décisionnels (par ex. : sélection des projets soumis dans le cadre de l'appel à candidature MAIA 2011) que « techniques » (par ex. définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidature MAIA 2011). Cette stratégie apparaît compatible au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

3.2.4. Association des délégations territoriales

Relativement aux stratégies de déploiement du dispositif d'intégration MAIA mises en place par les référents Alzheimer pour structurer leur mission, il convient d'examiner la façon dont les délégations territoriales ont été associées au processus de déploiement.

Compte tenu du fait que le dispositif MAIA est un dispositif implanté localement sous l'impulsion (entendue tout autant en termes d'incitatifs financiers et symboliques) des acteurs stratégiques, et notamment des ARS au niveau du siège, le déploiement du dispositif MAIA appelle au niveau des ARS l'association des délégations territoriales. En effet, les délégations territoriales des ARS, du fait de leur proximité avec les acteurs locaux, détiennent une connaissance des particularités territoriales à mobiliser pour définir une stratégie régionale de déploiement du dispositif. Par ailleurs, les délégations territoriales des ARS étant juridiquement mandatées pour accompagner la mise en œuvre locale des orientations régionales, elles détiennent une compétence dans le déploiement du dispositif MAIA.

Comme nous l'avons montré, les référents Alzheimer sont positionnés au siège des ARS et il convient donc d'étudier la façon et les phases auxquelles ils ont associé les délégations territoriales.

Nous nous attacherons à 4 phases pour caractériser la façon dont les 15 référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales dans le processus de déploiement du dispositif MAIA au cours de l'année 2011.

3.2.4.1. Association à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011

Les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011 dans 6 cas sur 13 (46%), ne l'ont pas fait dans 7 cas, et 2 référents Alzheimer ne se sont pas prononcés sur la façon dont elles ont été associées au cours de cette phase.

Les situations des 6 référents Alzheimer ayant associés les délégations territoriales à cette phase sont hétérogènes, ce qui rend complexe l'analyse qui peut en être faite.

- Il y a une corrélation entre le fait d'avoir mis en place un groupe de travail intra-ARS, comprenant les délégations territoriales, et le fait de les avoir associées à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011[17]. Dans les 6 cas où les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011, 4 ont mis en place un groupe de travail. Dans les 7 cas où les référents Alzheimer n'ont pas associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011, 5 n'ont pas mis en place un groupe de travail.
- Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir associé les délégations territoriales à cette phase et la profession d'origine des référents Alzheimer : 4 des 6 référents ont une formation initiale de médecins, 2 ont une formation initiale de type « administrative ».
- Il n'y a pas d'effet positionnement hiérarchique du référent Alzheimer dans l'organigramme. Dans le cas des 6 référents Alzheimer ayant associées les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011, les positionnements des référents Alzheimer varient de n-1 et n-2 (n=2) à n-3 et n-4 (n=4).
- Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de dispositif MAIA à déployer en 2011 et le fait d'avoir associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011. Dans le cas des 6 référents Alzheimer ayant associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011, le nombre de projets à déployer en 2011 varie de 1 dispositif (n=3) à 3 dispositifs (n=2).
- Il y a un « effet taille de l'ARS » sur le fait d'avoir associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011. Certes la taille de des ARS des référents ayant associé les délégations territoriales à cette phase est comprise de « 100 à 300 agents » (n=2) à « > à 300 agents » (n=4). Toutefois l'intégralité des référents Alzheimer établis dans de grande région (de 6 à 8 départements) et dans des ARS de taille importante (supérieur à 600), ce qui représente 4 situations, ont associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures 2011.

Les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011 dans 6 cas. Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir associé les délégations territoriales à cette phase et la formation d'origine des référents Alzheimer, ni le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer. Il n'y a pas de corrélation non plus avec le nombre de dispositifs à déployer en 2011. Par contre, il y a un « effet taille » dans la mesure où les référents Alzheimer inscrits dans des régions de grande taille et des ARS de grande taille ont associé les délégations territoriales à la définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures.

3.2.4.2. Association à la diffusion de l'appel à candidatures 2011

Dans 10 cas sur 15 (67%), les délégations territoriales ont été associées à la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011.

Ces 10 situations sont hétérogènes, ce qui rend complexe l'analyse qui peut en être faite.

[17] Précisons que parmi les deux référents ne se prononçant sur la façon dont les délégations territoriales ont été associées à cette phase, l'un a mis en place un groupe de travail interne aux ARS, l'autre non.

- Il y a une corrélation entre le fait d'avoir mis en place un groupe de travail intra-ARS, comprenant les délégations territoriales, et le fait de les avoir associé à la diffusion de l'appel à candidatures 2011. Parmi les 7 référents Alzheimer ayant mis en place un groupe de travail interne, 6 ont associé les délégations territoriales à la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011. Le 7ème référent semble privilégier une association des délégations territoriales dans le cadre de la prise d'informations sur les modalités territoriales, permettant de définir des modalités concrètes de déploiement, davantage que dans le cadre du déploiement opérationnel.
- Il n'y a pas d'effet positionnement hiérarchique du référent Alzheimer dans l'organigramme. Dans le cas des 10 référents Alzheimer ayant associé les délégations territoriales à la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011, les positionnements des référents Alzheimer varient de n-1 et n-2 (n=4) à n-3 et n-4 (n=6).
- Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir associé les délégations territoriales à cette phase et la profession d'origine des référents Alzheimer : 5 ont une formation initiale de médecins, 3 ont une formation initiale de type « inspection/administration » et 2 ont une autre formation d'origine.
- Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de dispositifs à déployer en 2011 et le fait d'avoir associé les délégations territoriales à la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011. Dans le cas des 10 référents Alzheimer ayant associés les délégations territoriales à cette phase, le nombre de dispositifs à déployer en 2011 varie de 1 (n=8) à 3 (n=2).
- Il est intéressant de noter que la taille des régions et des effectifs des ARS semble influer légèrement sur le fait d'associer ou non les délégations territoriales à la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011. En effet, les 5 référents Alzheimer n'ayant pas associé les délégations territoriales à la diffusion de l'appel à candidatures sont majoritairement inscrits dans des ARS de petite taille (moins de 300 agents) correspondantes à des territoires régionaux de petite taille (moins de 4 départements) : n=4/5. Cette donnée pourrait signifier qu'il y a, dans les cas des référents Alzheimer n'ayant pas associé les délégations territoriales à la diffusion de l'appel à candidatures 2011, une stratégie des référents Alzheimer issue de l'effet taille des effectifs et de la région produisant une proximité des délégations territoriales avec les acteurs locaux. Toutefois nous ne disposons pas de données, dans notre corpus d'items du questionnaire et d'entretiens, permettant de valider ou d'invalider cette hypothèse.

Un tiers des référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à la diffusion de l'appel à candidatures 2011. Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir associé les délégations territoriales à cette phase et la formation initiale des référents Alzheimer ni leur positionnement hiérarchique ; le nombre de dispositif MAIA à déployer en 2011 n'a pas d'influence sur le fait d'avoir associé ou non les délégations territoriales à cette phase. Par contre il y a une corrélation avec le fait d'avoir mis ou non un groupe de travail interne ARS portant sur le Plan National Alzheimer ainsi qu'avec la taille de la région et de l'ARS.

3.2.4.3. Association à l'instruction des projets soumis à l'appel à candidatures 2011

Dans 9 cas sur 13 (69%), les délégations territoriales ont été associées à l'instruction des candidatures. 2 référents Alzheimer ne se prononcent pas sur le fait que les délégations territoriales aient été associées ou non à la l'instruction des candidatures reçues.

Ces 9 situations sont hétérogènes, ce qui rend complexe l'analyse qui peut en être faite.

- Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir mis en place un groupe de travail interne aux ARS, comprenant les délégations territoriales, et le fait de les avoir associées à l'instruction des candidatures.
- Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir associé les délégations territoriales à cette phase et la profession d'origine des référents Alzheimer : 4 ont une formation initiale de médecins, 4 ont une formation initiale de type « inspection/administration » et 1 a une autre formation d'origine.
- Il n'y a pas d'effet positionnement hiérarchique du référent Alzheimer dans l'organigramme. Dans le cas des 9 référents Alzheimer ayant associé les délégations territoriales à l'instruction des candidatures, les positionnements des référents Alzheimer varient de n-1 et n-2 (n=3) à n-3 et n-4 (n=6).
- Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de candidatures reçues et le fait d'avoir associé les délégations territoriales à l'instruction. Dans le cas des 9 référents Alzheimer ayant associé les délégations territoriales à l'instruction à travers la grille de sélection, le nombre de candidatures reçues varie de 1 candidature (n=2) à plus de 15 (n=2).
- Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de dispositifs à déployer en 2011 et le fait d'avoir associé les délégations territoriales à l'instruction des candidatures : le nombre de dispositifs à déployer en 2011 varie de 1 MAIA (n=4) à 3 MAIA (n=3).
- Il y a une légère tendance à la présence d'un effet taille. Les 9 référents Alzheimer ayant associé les délégations territoriales à l'instruction des candidatures sont certes établis dans des ARS dont la taille varie de « 100 à 300 agents » (n=5) et « > à 300 agents » (n=4). Toutefois l'intégralité des référents Alzheimer établis dans des ARS de grande région (de 6 à 8 départements) et dans des ARS de taille importante (supérieur à 600), ce qui représente 4 situations, ont associé les délégations territoriales à l'instruction à travers la grille de sélection.

Les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à l'instruction des candidatures dans 9 cas sur les 13 référents Alzheimer se prononçant sur cette phase. Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir associé les délégations territoriales à l'instruction des candidatures et le nombre de dispositifs à déployer en 2011, le nombre de candidatures reçues dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011, ni la formation d'origine et le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer. Le fait d'avoir mis en place ou non un groupe de travail intra-ARS n'influe pas non plus. Par contre, l'intégralité des référents Alzheimer établis dans de grandes régions et dans des ARS de taille importante a associé les délégations territoriales à l'instruction des candidatures reçues dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011.

3.2.4.4. Association à la commission consultative de sélection des candidatures de l'appel à candidatures 2011

Dans 5 cas sur 14 (36%), les délégations territoriales ont siégé à la commission consultative de sélection. 1 référent Alzheimer n'a pas mis en place de commission consultative de sélection du fait qu'un seul projet avait été déposé dans le cadre de l'appel à candidatures 2011, ce qui rend la question « hors sujet ».

Comme précédemment, ces 5 situations sont hétérogènes, ce qui rend complexe l'analyse à en faire.

- Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir mis en place un groupe de travail interne aux ARS, comprenant les délégations territoriales, et le fait de les avoir associées à la commission consultative de sélection.
- Il n'y a pas d'effet positionnement hiérarchique du référent Alzheimer dans l'organigramme.
- Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir associé les délégations territoriales à la commission de sélection des candidatures et la formation d'origine du référent Alzheimer.
- Il y a une légère corrélation entre le nombre de candidatures reçues et le fait d'avoir associé les délégations territoriales à la commission consultative de sélection. Dans le cas des 5 référents Alzheimer ayant associé les délégations territoriales à la commission consultative de sélection, le nombre de candidatures reçues varie de 3 à 4 candidatures (n=3) à plus de 15 (n=2). Or ces deux cas d'ARS ayant reçu plus de 15 candidatures recouvrent l'ensemble des situations des ARS ayant reçu plus de 15 candidatures.
- Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de dispositifs MAIA à créer en 2011 et le fait d'avoir associé les délégations territoriales à la commission consultative de sélection : dans 4 cas, 1 dispositif est à créer en 2011 et dans 1 cas, 3 MAIA sont à créer.
- Il n'y a pas d'un effet taille des effectifs de l'ARS et de la région.

Les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à la commission consultative de sélection dans 5 cas sur 14, 1 référent n'ayant pas mis en place la commission. Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir associé les délégations territoriales à la commission consultative de sélection et le nombre de projets à déployer en 2011, la formation initiale et le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer, la taille de la région et celle des effectifs de l'ARS, ni le fait d'avoir mis un groupe de travail interne relatif au Plan National Alzheimer. Par contre, les référents Alzheimer ayant reçu un nombre important de projets dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011 (>15) ont associé les délégations territoriales à la commission consultative de sélection.

3.2.4.5. Association des délégations territoriales aux différentes phases : conclusion

Avant de proposer une analyse globale de la stratégie d'association des délégations territoriales définies par les référents Alzheimer, il convient de mettre en exergue une lecture croisée de cette stratégie aux 4 phases exposées.

Le tableau ci-dessous collecte les réponses fournies par chacun des 15 référents Alzheimer à chacune des 4 phases et les classe par ordre décroissant de degré d'association des délégations territoriales.

Tableau 21. Association des délégations territoriales aux phases de mise en œuvre de l'AAC MAIA en 2011

	Phase 1 : Définition diffusion AAC	Phase 2 : Diffusion AAC	Phase 3 : Instruction des projets reçus	Phase 4 : Commission de sélection
Cas 1	Oui	Oui	Oui	Oui
Cas 2	Oui	Oui	Oui	Oui
Cas 3	Oui	Oui	Oui	Oui
Cas 4	Oui	Oui	Ne se prononce pas	Oui
Cas 5	Ne se prononce pas	Oui	Oui	Oui
Cas 6	Oui	Oui	Oui	Non
Cas 7	Oui	Oui	Oui	Non
Cas 8	Non	Non	Oui	Non
Cas 9	Non	Non	Oui	Non
Cas 10	Ne se prononce pas	Oui	Ne se prononce pas	Non
Cas 11	Non	Oui	Non	Hors sujet
Cas 12	Non	Non	Oui	Non
Cas 13	Non	Oui	Non	Non
Cas 14	Non	Non	Non	Non
Cas 15	Non	Non	Non	Non

Il est intéressant de commencer par constater que 3 référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à l'intégralité des 4 phases de mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA. Il n'y aucune caractéristique commune aux situations de ces 3 référents : la taille de la région, la taille des effectif de l'ARS, le positionnement hiérarchique, le nombre de projets reçus dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011 et le nombre de dispositifs à créer en 2011 sont hétérogènes.

Inversement 2 des 15 référents Alzheimer n'ont associé les délégations territoriales à aucune des 4 phases. Ceci témoigne d'une stratégie potentiellement défavorable au déploiement du dispositif d'intégration MAIA. Ces deux référents sont positionnés hiérarchiquement à des niveaux n-2 et n-3, dans des ARS de taille variable de « 100 à 300 agents » et de « supérieure à 300 agents » mais présentent comme caractéristique commune le fait de ne pas avoir mis en place de groupes de travail interne à leur ARS.

4 des 15 référents ont associé les délégations territoriales à 3 des 4 phases. Dans 3 cas sur 4, les référents Alzheimer ayant mis en œuvre cette stratégie d'association des délégations territoriales partagent comme seule caractéristique commune[18] le fait d'avoir mis en place un groupe de travail interne à leur ARS, comprenant les délégations territoriales.

[18] La situation de ces référents Alzheimer différent en termes de taille de la région, de taille des effectifs des ARS, de positionnement hiérarchique, et de nombre de projets à déployer.

La mise en place d'un groupe de travail interne aux ARS apparaît constituer une modalité d'association des délégations territoriales aux différentes phases de déploiement des dispositifs d'intégration MAIA, révélateur d'un facteur de réceptivité important.

6 référents Alzheimer n'ont associé les délégations territoriales qu'à l'une des 4 phases, soit la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011 (n=3), soit l'instruction des candidatures reçues en 2011 (n=3).

Les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales aux 4 phases de la mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA en 2011 de façon très variée puisque notamment 3 référents les ont associés aux 4 phases tandis que 2 référents ne les ont associées à aucune des 4 phases.

3.2.4.6. Association des délégations territoriales autour de processus « techniques » plus que « stratégiques »

Il résulte de l'exposé de la façon dont les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales au cours de l'année 2011 l'analyse globale selon laquelle les référents Alzheimer mobilisent les délégations territoriales davantage autour de processus « techniques » que « stratégiques ».

En effet, les délégations territoriales ont été associées à la phase de diffusion de l'appel à candidatures dans 67% des cas et à la phase d'instruction des candidatures dans 60% des cas. Inversement elles n'ont été associées à la phase de définition du processus de définition de la procédure de diffusion de l'appel à candidatures et à la phase de sélection des candidatures respectivement qu'à hauteur de 46 % et de 33%.

Les référents Alzheimer mobilisent les délégations territoriales davantage autour de processus « techniques » que « stratégiques ».

3.2.4.7. Association des délégations territoriales en 2011 : des stratégies transitoires et peu satisfaisantes selon les référents Alzheimer

En croisant les réponses fournies au questionnaire avec les discours tenus par les référents Alzheimer ayant également participé à l'enquête de terrain, il apparaît que la stratégie d'association des délégations territoriales au cours de l'année 2011 soit jugée transitoire, et globalement peu satisfaisante.

Le caractère transitoire de cette stratégie est explicité par deux facteurs.

D'une part, la mise en place récente des ARS et le travail en cours de programmation et planification expliqueraient notamment que les délégations territoriales n'aient été sollicitées que partiellement : « *C'est aussi lié à la difficulté d'organisation de l'ARS avec les délégations territoriales, enfin les missions délégations territoriales/siège, c'est compliqué encore, pour nous il y en a encore vraiment rien de stabilisé, même s'il y a des principes qui ont été définis sur l'animation territoriale par les délégations territoriales, voilà, quand c'est des dispositifs comme ça qui se lancent, ce n'est pas aussi simple parce que tout le monde est un peu sur le feu avec les schémas* » [verbatim d'entretien] – « *Compte tenu du temps et de la charge de travail des délégations territoriales, des difficultés d'articulation, on a fait un débriefing, mais on ne leur a pas demandé de rendre un rapport écrit* […] » [verbatim d'entretien].

D'autre part, les modalités de travail entre le référent Alzheimer situé au siège et les délégations territoriales mises en place en 2011 semblent empreintes de la phase de lancement de la généralisation progressive du dispositif d'intégration MAIA. En effet, il

s'agissait pour les référents Alzheimer de pouvoir respecter le calendrier défini nationalement : « *C'est le siège qui a décidé de gérer pour pouvoir respecter, lancer, atteindre les objectifs parce qu'on sait que l'on a une feuille de route qui est difficile, qu'il faut qu'on y arrive* » [verbatim d'entretien]. – « *On centralise pour respecter les contraintes* » [verbatim d'entretien]. Et par ailleurs, il s'agissait d'adapter le niveau de mobilisation des équipes des délégations territoriales à l'envergure du dispositif MAIA dans la mesure où le nombre de dispositifs à déployer en 2011 était retreint : « *Je pense que si on avait cinq ou six projets* [à mettre en place], *on n'aurait pas fait ça tout seul* [au niveau du siège]» [verbatim d'entretien].

Le caractère peu satisfaisant de la stratégie d'association des délégations territoriales mise en place par les référents Alzheimer est attesté par la volonté explicitée de mettre en place progressivement d'autres modalités d'association entre siège et délégations territoriales : « *Je pense qu'il y a un travail à faire avec les délégations territoriales pour l'année prochaine parce que je pense que l'on ne pourra pas, nous, forcément gérer complètement le dispositif, là, c'était* [tant de] *dossiers à financer, donc, on a volontairement limité l'implication* » [verbatim d'entretien]. Outre l'aspect « gestion pratique » de la charge de travail sous-entendue dans cette citation, la volonté d'associer plus étroitement les délégations territoriales au déploiement du dispositif d'intégration MAIA est explicitée par la proximité de ces dernières avec les acteurs territoriaux : « *Il faut que l'on prépare 2012, il faut que l'on prépare le dispositif, vraiment à l'échelle de chaque département, c'est-à-dire à la fois en travaillant avec les DT pour qu'elles soient vraiment le relais sur le terrain de ce dispositif et qu'elles puissent travailler en lien avec les Conseils Généraux parce que sinon, c'est mission impossible, donc, c'est un peu ça l'enjeu, dans chaque département travailler, Conseil Général et DT ensemble* » [verbatim d'entretien]. Dans cette dernière citation, l'association des délégations territoriales aux « processus décisionnels », notamment au travers de la table de concertation stratégique est pensée comme « effet de levier » de l'implication des acteurs territoriaux dans le dispositif, ce qu'un autre référent Alzheimer formule de la façon suivante : « *Je pense qu'il faut réaffirmer la place des DT au sein du niveau décisionnel des tables, la DT a toute sa place, il ne faut pas l'oublier, donc là, cela fait partie de nos travaux pour l'année prochaine* » [verbatim d'entretien]. Une seconde dimension stratégique de l'association des délégations territoriales aux « processus décisionnels », notamment à la table de concertation stratégique, est relative aux remontées d'informations sur les modalités d'organisation territoriales permises par une telle association : « *Dans les tables de concertation, elles seront invitées aussi parce qu'il y a la connaissance du territoire* » [verbatim d'entretien]. Un référent Alzheimer a, de plus, mis en place un groupe de travail restreint au siège, délégations territoriales et conseils généraux, afin de définir les modalités organisationnelles de la table de concertation stratégique en termes d'organisation et de composition : « *On en a discuté en groupe restreint avec quelques Conseils Généraux et les délégations territoriales* » [verbatim d'entretien].

L'association étroite des délégations territoriales à la stratégie de déploiement des dispositifs MAIA, bien que non opérationnalisée en 2011, semble être un objectif pour 2012. Sous réserve d'effectivité, il s'agit d'une stratégie potentiellement propice au déploiement des MAIA.

La façon dont les délégations territoriales ont été associées au cours de l'année 2011 au déploiement du dispositif d'intégration MAIA est jugée transitoire et peu satisfaisante. Au regard du nombre de dispositifs MAIA à déployer en cette première année de généralisation, les référents Alzheimer ont limité l'implication des délégations territoriales, stratégie qui serait revue avec la montée en charge de l'implantation des dispositifs MAIA en région.

3.3. RESEAUX DE COOPERATION INTER ORGANISATIONNELLE

Pour traiter le facteur relatif à la coopération inter-organisationnelle, nous nous sommes attachés à trois dimensions :

1. La mise en place d'un comité de suivi régional du Plan National Alzheimer (non spécifiquement dédié au dispositif d'intégration MAIA),
2. La mise en place de la commission consultative de sélection des projets soumis à l'appel à candidatures MAIA 2001.
3. La façon dont les référents Alzheimer ont associé les partenaires stratégiques, en particulier les conseils généraux. En effet, la structuration nationale des politiques gérontologiques appelle à s'intéresser à la façon dont les référents Alzheimer ont associé les Conseils Généraux à la définition des stratégies de déploiement du dispositif MAIA au cours de l'année 2011.

3.3.1. Mise en place d'un comité de suivi régional du Plan National Alzheimer

Il apparaît intéressant d'examiner comment les référents Alzheimer ont structuré la mission de mise en œuvre du Plan National Alzheimer à travers à la mise en place d'un comité de suivi régional permettant d'associer les acteurs stratégiques au déploiement du Plan National Alzheimer.

Instance non prévue juridiquement, il s'agit d'initiatives régionales qui nous apparaissent représenter un facteur propice au déploiement du dispositif MAIA en raison du grand nombre de partenaires stratégiques concernés par l'intégration des services gérontologiques portée dans le dispositif MAIA.

Les référents Alzheimer ont mis en place un comité régional de suivi des mesures du Plan National Alzheimer dans 9 cas sur 15 (60%).

3.3.1.1. Comité de suivi régional : Composition

La composition des comités régionaux de suivi est diverse d'une ARS à l'autre.

Tableau 22. Composition des comités de suivi régionaux du PNA

	Conseils Généraux	Instances représentant les usagers	Instances représentant professionnels	Porteurs de projets	CARSAT	CRAV	URPS
Cas 1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Cas 1	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non
Cas 3	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Cas 4	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
Cas 5	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
Cas 6	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Cas 7	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui
Cas 8	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Cas 9	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non

Il en résulte une représentation au comité régional de suivi du plan national Alzheimer :

- des Conseils Généraux dans 6 cas sur 9 (67%),
- des instances représentatives des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (type France Alzheimer, Médéric Alzheimer) et des usagers âgés (type CODERPA) dans 6 cas sur 9 (67%),
- des porteurs de projets (type CM2R, ESMS, etc.) potentiels de dispositifs du Plan National Alzheimer dans 6 cas sur 9 (67%),
- des instances représentatives des établissements sanitaires et médicaux sociaux (type URIOPSS, SYNERPA, FEHAP, FHP) et des professionnels (type URPS) dans 3 cas sur 9 (33%),
- de la caisse régionale d'assurance vieillesse (CRAV) dans 2 cas sur 9 (22%),
- de la caisse régionale d'assurance maladie (CARSAT) dans 1 cas sur 9 (11%),
- de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) dans 1 cas sur 9 (11%).

La composition des comités de suivi régionaux est variable. Toutefois ils comprennent dans la majorité des 9 cas les conseils généraux, les instances représentatives des usagers et les porteurs potentiels des mesures du Plan National Alzheimer.

3.3.1.2. Comité de suivi régional : Organisation

Les modalités organisationnelles, notamment en termes de périodicité des réunions du comité régional de suivi du Plan National Alzheimer, sont diverses[19] :

- de « 1 fois par mois à 1 fois par trimestre » (1 cas sur 9)
- de « 1 fois par trimestre à 1 fois par semestre » (3 cas sur 9)
- de « 1 fois pas semestre à 1 fois par an » (3 cas sur 9)
- moins d'1 fois par an (1 cas sur 9)

Un des référents Alzheimer ayant participé aux deux phases de l'étude par enquête de terrain et questionnaire, témoigne qu'une stratégie de réunion périodique permet d'inscrire les acteurs stratégiques dans le déploiement des mesures du plan et de lever les obstacles à l'implantation des mesures : « *Un comité de suivi du Plan Alzheimer, donc on en a eu un au mois de novembre, on en a eu au mois de mars, deux à trois fois par an, ça permet de montrer aux acteurs politiques, mais administratifs aussi., de montrer où on en est, quelles sont les avancées et quels sont les points de blocage*» [verbatim d'entretien].

L'organisation de réunions périodiques, selon une périodicité prédéfinie, semble être une modalité de structuration des partenariats institutionnels et locaux à privilégier. Une périodicité semestrielle minimale semble adéquate.

3.1.3. Deux catégories de comités

Malgré la variabilité des représentants siégeant et des modalités organisationnelles des comités de suivi régionaux du Plan National Alzheimer, deux catégories de comités régionaux ont été mises en place :

1) Une première catégorie peut être qualifiée de « stratégique » (n=5/9). Composée principalement d'institutions à compétences décisionnaires et d'instances représentatives des établissements, des professionnels et des usagers, l'objet de la commission est orienté vers l'information sur les dispositifs et innovations régionales en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées, notamment touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée[20]. A travers la

[19] L'un des référents Plan National Alzheimer ne se prononce pas (NSPP) sur la périodicité

[20] Notons que dans cette catégorie, dans l'une des régions étudiées, les parties prenantes siégeant dans cette commission sont exclusivement dédiées à la Maladie Alzheimer et aux maladies apparentées.

diffusion de l'information, le partenariat décisionnel et symbolique, à l'échelon stratégique, est recherché afin de faciliter l'implantation des mesures du Plan National Alzheimer. Un référent Alzheimer explicite cette stratégie de la façon suivante : « *Cette volonté politique aussi, il faut qu'elle ressorte aussi sur l'ensemble de notre territoire il faut que les Conseils Généraux soient porteurs, partie prenante, il faut que les maires soient aussi porteurs de cette politique, il faut que les directeurs d'hôpitaux ou les directeurs d'établissements des services médico-sociaux aussi soient porteurs de cette politique, il faut que les gens y croient et c'est pour essayer d'être pédagogue aussi au niveau de l'ARS que l'on a mis en place, alors je ne sais pas si cela se fait dans les autres régions, un comité de suivi du Plan Alzheimer* » [verbatim d'entretien]. Notons que si dans cette citation, le caractère stratégique dans la stratégie d'engagement recherchée est explicité, les raisons ne sont pas énoncées, ni les moyens stratégiques concrétisant ce partenariat.

2) Une seconde catégorie peut être qualifiée de « promotrice » (n=4/9). Composée principalement de professionnels médicaux, paramédicaux, médico-sociaux et sociaux, l'objet de la commission est orienté vers l'information sur les dispositifs et innovations régionales en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées, notamment touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée[21]. A travers la diffusion de l'information, c'est le partenariat tactique qui est recherché en vue de faciliter l'implantation des dispositifs du Plan National Alzheimer par la mise en œuvre d'une veille auprès des porteurs potentiels. Un référent Alzheimer explicite cette stratégie de la façon suivante : « *Dans ce groupe comité de suivi, il y a des gens des Conseils Généraux, des établissements, des médecins, des administratifs, des gens de SSIAD, vous voyez, donc là il y a un comité de suivi d'une quarantaine de personnes à peu près dont la vocation est de surtout, enfin, il a une double vocation, c'est à la fois de servir un peu de relais sur l'état d'avancement du Plan Alzheimer dans leur domaine d'activité professionnelle et dans leur domaine géographique et puis, pour nous, d'avoir un retour aussi sur la mise en place des mesures, des difficultés, les besoins, ce n'est pas un groupe de travail, mais il a vocation à se réunir une à deux fois par an, pas plus* » [verbatim d'entretien].

Aux vues de la composition et des modalités organisationnelles, deux catégories de comités régionaux de suivi du Plan National Alzheimer ont été identifiées : « stratégique » (n=5/9), « promotrice » (n=4/9).

3.3.2. Commission consultative de sélection

Une troisième dimension à examiner pour traiter le facteur de réceptivité relatif à la coopération inter-organisationnelle porte sur la constitution de la commission consultative de sélection des projets soumis à l'appel à candidatures 2001, et le niveau de convergence des avis portés sur les projets soumis.

14 des 15 référents Alzheimer ont mis en place une commission consultative de sélection des projets soumis à appel à candidatures 2011. 1 référent Alzheimer n'a pas mis en place de commission consultative de sélection, ce qu'il justifie par le fait qu'un seul projet a été présenté dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011. Précisons qu'un autre référent dans la même situation a constitué et réuni une commission consultative de sélection.

[21] Notons que dans cette catégorie, dans une des régions étudiées, les parties prenantes siégeant dans cette commission sont exclusivement dédiées à la Maladie Alzheimer.

3.3.2.1. Commission consultative de sélection : composition

Les commissions consultatives de sélection comportent les représentants des instances identifiées dans la circulaire du 13 janvier 2011 relative au déploiement du dispositif d'intégration MAIA, comme devant, à minima, siéger à savoir :

- Directeur général de l'ARS ou son représentant dans le cas des 14 commissions mises en place, le choix a porté sur une représentation du DGARS via la direction de rattachement du référents Alzheimer (100%);
- Dans 3 cas, une double représentation de la direction de rattachement et du DGARS (21%) a été mise en place. Ces trois cas ont pour seule caractéristique commune[22] de correspondre à des ARS de petite taille en terme de nombre d'agents, c'est-à-dire inférieure à 300 agents.
- Dans 11 cas sur 14, un représentant du Président de chaque Conseil Général de la région a siégé à la commission consultative de sélection. Parmi les 3 situations pour lesquelles cela n'a pas été le cas, dans deux cas chaque conseil général a été invité à se faire représenter mais tous les conseils généraux n'ont pas été représentés, dans un cas, l'ARS ayant priorisé officiellement le déploiement du dispositif MAIA 2011 sur un nombre restreint de départements, seuls les conseils généraux des départements concernés ont été invités à siéger.
- Dans les 14 commissions de sélection il y a eu une représentation des usagers (100%).

La circulaire précise que toute autre représentation jugée adéquate peut être envisagée, les instances précédentes devant à minima siéger à la commission consultative de sélection. Ainsi certains référents Alzheimer ont mis en place :

- Dans 1 cas sur 14, une représentation des médecins (URPS),
- Dans 4 cas sur 14, des « personnes qualifiées » (professeurs universitaires de gériatrie, directeurs de CMRR) ont également siégé à la commission consultative de sélection,
- Un référent Alzheimer a associé les représentants de la caisse générale de sécurité sociale[23].

La constitution des commissions consultatives de sélection amène à conclure que le développement de réseaux de coopération inter-organisationnelle a été minimal. Ici aussi, le caractère nouveau du dispositif d'intégration MAIA et le calendrier particulièrement restreint de déploiement pourraient être des facteurs explicatifs.

La très grande majorité des référents Alzheimer ont constitué des commissions consultatives de sélection sur la base de la représentation minimale indiquée dans le cahier des charges MAIA.

[22] Il n'y a pas d'autres caractéristiques communes à ces trois situations : les référents Alzheimer exercent leur fonction seul (n=2) ou en binôme (n=1), ont à un positionnement hiérarchique n-2 (n=2) et n-3 (n=1), ont mis en place ont non un groupe de travail interne (oui n=1, non n=2), et ils ont reçus 1 (n=1), 3 (n=1) et 4 projets (n=1) dans le cadre de l'appel à candidature MAIA 2011.

[23] Il s'agit d'un référent Alzheimer inscrit dans une ARS des DOM, les départements des DOM présentant pour particularité d'avoir une système de sécurité sociale géré par la caisse générale de sécurité sociale La CGSS est un organisme de droit privé ayant une mission de service public dépendant d'institutions nationales : la CNAM , pour l'Assurance Maladie, la CNAV, pour l'assurance vieillesse, l'ACOSS , pour le recouvrement des cotisations, de la MSA pour le régime agricole. En tant que caisse générale, la CGSS a 5 grandes missions : celle de l'URSSAF , de la CPAM , de la CARSAT , de l'URCAM et de la MSA.

Relativement à la constitution de la commission consultative de sélection il est intéressant d'examiner également la façon dont les délégations territoriales ont été associées ainsi que les groupes de travail Plan National Alzheimer internes aux ARS. Il s'agit en effet d'examiner de cette façon le niveau de coopération intra-organisationnelle.

Dans 5 cas sur 14 (36%), la commission consultative comprenait également l'intégralité des délégations territoriales.

Parmi les 7 cas de référents Alzheimer ayant mis en place un groupe de travail Plan National Alzheimer interne à leur ARS, 3 (43%) ont invité le groupe de travail à siéger à la commission consultative de sélection.

Il apparaît donc que le niveau de coopération intra-organisationnelle et inter-organisationnelle a été faible dans cette phase de sélection des projets soumis à l'appel à candidatures 2011.

De la même façon que précédemment, il est permis de suggérer que le caractère nouveau du dispositif MAIA et le calendrier restreint de mise de déploiement en soient des facteurs explicatifs, de même que le fait que les ARS soient des entités institutionnelles récentes, présentant des modalités de coopération internes souvent en cours de définition.

La composition de la commission consultative de sélection montre des niveaux de coopération intra-organisationnelle (à travers la mobilisation du groupe de travail PNA interne aux ARS) et de coopération inter-organisationnelle (à travers la mobilisation du comité de suivi régional PNA) relativement faibles puisque respectivement à hauteur de 36% et de 43%.

3.3.2.2. Commission consultative de sélection et degré de convergence des avis

Selon les référents Alzheimer, le niveau de convergence des avis portés par les partenaires stratégiques sur les projets soumis à l'appel à candidatures MAIA 2011 avis cotés sur une échelle déclinée en termes de « large consensus – consensus majeur – désaccord mineur – désaccord majeur[24] » a été élevé.

En effet :
- la sélection du(es) projet(s) retenu(s) a fait l'objet d'un large consensus (n=9/14)
- la sélection du(es) projet(s) retenu(s) a fait l'objet d'un consensus majeur (n=2/14)
- la sélection du(es) projet(s) retenu(s) a fait l'objet de désaccords mineurs (n=2/14)
- la sélection du(es) projet(s) retenu(s) a fait l'objet de désaccords majeurs (n=1/14)

La sélection des projets présentés dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011 a fait l'objet d'un large consensus (n=9/14) ou d'un consensus majeur (n=2/14) et ce quel que soit le nombre de candidatures présentées et le nombre de dispositifs créés en 2011.

Il n'y a pas de corrélation entre la composition de la commission facultative de sélection et le niveau de convergence des avis émis par les partenaires stratégiques sur les projets. Effectivement en considérant deux catégories de composition, l'une dite « minimale », c'est-à-dire composée uniquement des représentations minimales indiquées dans le cahier des charges MAIA (n=9), et l'autre dite « large » c'est-à-dire incluant des partenaires stratégiques

[24] Les items d'appréciation proposés dans le questionnaire sont ceux utilisés par les référents Alzheimer ayant participés à la phase d'enquête de terrain. Bien qu'aucune définition n'ait été donnée dans le questionnaire, l'ensemble des 15 référents Alzheimer se sont prononcés sur cette appréciation.

supplémentaires telles que les délégations territoriales, et/ou l'URPS, et/ou les caisses de sécurité sociale, et/ou des personnes qualifiées (n=5), force est de constater l'absence de corrélation.

Tableau 23. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et composition de la commission consultative de sélection

	Large consensus des avis portés sur les projets	Faible consensus des avis portés sur les projets
Commission consultative de sélection minimale	7	2
Commission consultative de sélection plus large	4	1

Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de projets déposés dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011 et le niveau de convergence des avis émis par les partenaires stratégiques sur les projets.

Tableau 24. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et nombre de projets reçus

	Large consensus des avis portés sur les projets	Faible consensus des avis portés sur les projets
De 1 à 2 projets déposés	3	0
De 3 à 7 projets déposés	7	2
Plus de 15 projets déposés	1	1

Il n'y a pas de corrélation entre le nombre de dispositifs d'intégration MAIA créés en 2011 et le niveau de convergence des avis émis par les partenaires stratégiques sur les projets.

Tableau 25. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et nombre de dispositifs MAIA créés en 2011

	Large consensus des avis portés sur les projets	Faible consensus des avis portés sur les projets
1 dispositif MAIA créé en 2011	8	2
2 dispositifs MAIA créés en 2011	0	1
3 dispositifs MAIA créés en 2011	3	0

Ensuite, nous avons examiné s'il y avait une corrélation entre le fait d'avoir mis en place un comité régional de suivi du Plan National Alzheimer et le niveau de convergence des avis émis par les partenaires stratégiques sur les projets reçus.

Tableau 26. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et mise en place d'un comité de suivi régional du Plan National Alzheimer

	Large consensus des avis portés sur les projets	Faible consensus des avis portés sur les projets
Existence d'un comité régional de suivi du Plan National Alzheimer	8	1
Absence d'un comité régional de suivi du Plan National Alzheimer	3	2

Il apparaît y avoir une corrélation entre les niveaux de convergence des avis portés sur les projets soumis à l'appel à candidatures MAIA 2011 tel qu'estimés par les référents Alzheimer et l'existence d'un comité régional de suivi du Plan National Alzheimer (n=9) ou non (n=5).

Il y a une tendance à ce que dans les cas des Référents Alzheimer ayant mis en place un comité régional de suivi du Plan National Alzheimer, le niveau de convergence des avis soit plus élevé que dans le cas des Référents Alzheimer n'ayant pas mis en place une telle instance.

Enfin, nous avons examiné s'il y avait une corrélation entre le fait d'avoir mis en place un groupe de travail intra-ARS traitant des mesures du Plan National Alzheimer et le niveau de convergence des avis émis par les partenaires stratégiques sur les projets reçus.

Tableau 27. Niveau de consensus des avis portés sur les projets soumis à l'AAC MAIA 2011 et mise en place d'un groupe de travail Plan National Alzheimer interne à l'ARS.

	Large consensus des avis portés sur les projets	Faible consensus des avis portés sur les projets
Existence d'un groupe de travail PNA interne à l'ARS	6	1
Absence d'un groupe de travail PNA interne à l'ARS	5	2

Il semble y avoir une corrélation entre les niveaux de convergence des avis portés sur les projets soumis tel qu'estimés par les référents Alzheimer et l'existence ou non d'un groupe de travail intra-ARS Plan National Alzheimer dans le sens où le consensus est plus important dans le premier cas que dans le second.

Il y a une légère tendance à ce que dans les cas des référents Alzheimer ayant mis en place un groupe de travail intra-ARS Plan National Alzheimer, le niveau de convergence des avis soit plus élevé que dans le cas des référents Alzheimer n'ayant pas mis en place une telle instance.

Ces résultats viennent confirmer un élément de réceptivité propice au déploiement des dispositifs d'intégration MAIA : un large niveau de concertations intra et inter-organisations est porteur de convergences des représentations du contenu et des attendus de l'intégration des services.

3.3.3. Focus sur les modalités de coopération avec les Conseils Généraux

En termes de réseaux de coopération inter-organisations, en raison des compétences des conseils généraux dans le champ gérontologique, dits chefs de file des politiques gérontologiques par la loi de 2004, nous proposons de faire un focus sur la façon dont les référents Alzheimer ont associé les Conseils Généraux au processus de déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

Cet élément a été intégré par les référents Alzheimer comme en témoigne l'analyse dont les référents Alzheimer ont associé les conseils généraux aux différentes phases de déploiement du dispositif d'intégration MAIA au cours de l'année 2011.

- Phase de diffusion de l'appel à candidatures MAIA. 13 des 15 référents Alzheimer (87%) ont mis en place une procédure d'information du lancement de l'appel à candidatures en direction des conseils généraux.
- Phase de sélection des projets reçus dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011. Dans le cas des 14 référents Alzheimer[25] ayant mis en place la commission consultative de sélection, l'intégralité des conseils généraux a été invitée à siéger dans 13 cas[26] (93%). Dans ces 13 situations, l'intégralité des conseils généraux a siégé en commission dans 11 cas sur 13 (85%).

  Les référents Alzheimer évaluent la participation des conseils généraux à la commission de sélection des projets présentés dans le cadre de l'appel à candidatures 2011 comme ayant été proactive[27] dans 6 des 14 situations (43%), active 6 des 14 situations (43%), passive 2 des 14 situations (14%).
- Phase de suivi. Comme souligné précédemment, 9 des 15 ARS (60%) ont mis en place un comité régional de suivi du Plan National Alzheimer. Dans 6 cas sur 9 (67%), les référents Alzheimer ont associé les conseils généraux à ce comité de suivi régional. Les items du questionnaire ne permettent pas d'examiner les facteurs explicatifs de l'association ou non des conseils généraux à ce comité de suivi régional du Plan National Alzheimer. Toutefois, une interprétation plausible du fait que les conseils généraux n'aient pas été associés dans l'intégralité des cas est de considérer qu'il s'agit d'un plan national Alzheimer, dans lequel le dispositif MAIA est certes une mesure phare, mais n'est que l'une des 54 mesures dont un grand nombre n'implique pas directement les conseils généraux. C'est pourquoi ces derniers sont associés à un moindre niveau qu'attendu dans le cadre du dispositif d'intégration MAIA.

La participation des Conseils généraux au déploiement des dispositifs d'intégration MAIA est recherchée par les référents Alzheimer.

Ceci est confirmé par les référents Alzheimer ayant également participé à la phase d'enquête de terrain.

[25] 1 référent Alzheimer, n'ayant qu'un projet déposé dans le cadre de l'appel à candidature 2011 n'a pas mis en place la commission consultative de sélection. Notons que dans l'échantillon des référents Alzheimer ayant répondu au questionnaire, un autre référent, dans la même situation d'un projet déposé, à tout de même mis en place la commission consultative de sélection.

[26] Une ARS ayant priorisée officiellement le déploiement du dispositif MAIA 2011 sur un nombre restreint de départements, seuls les conseils généraux des départements concernés ont été invités à siéger.

[27] Les items d'appréciation proposés dans le questionnaire sont ceux utilisés par les référents Alzheimer ayant participés à la phase d'enquête de terrain. Bien qu'aucune définition n'ait été donnée dans le questionnaire, l'ensemble des 14 référents Alzheimer ayant mis en place une commission consultative de sélection se sont prononcés sur cette demande d'appréciation.

En effet, ces derniers font état de la mise en œuvre d'une stratégie partenariale visant explicitement l'association des conseils généraux au déploiement du dispositif d'intégration MAIA. Cette dynamique a été recherchée notamment à travers :

- une démarche préalable de présentation du dispositif MAIA : « *J'ai été amenée à présenter le dispositif aussi auprès de certaines instances, notamment, au conseil général […] puisqu'ils ont mis en place un comité de suivi Alzheimer au sein de leur département, donc j'ai présenté le dispositif, en amont de l'appel à projet* » [verbatim d'entretiens].
- une démarche préalable d'explicitation/validation des modalités de mise en place définies par les ARS pour le déploiement du dispositif MAIA en région : « *On s'était mis d'accord avec les Conseils Généraux avant, bien évidemment : comment on imagine les choses, voilà comment on veut faire, on veut décliner ça par territoire, il y a des territoires infra départementaux, tout va bien, mais il y en a des interdépartementaux* » [verbatim d'entretiens].
- une démarche préalable d'association via l'envoi des rapports d'instruction préalablement à la réunion de la commission consultative de sélection : « *Le travail de l'instruction, on a travaillé, en particulier, vraiment, avec les Conseils Généraux, on a envoyé, on a préparé les rapports d'instruction que l'on a envoyés à l'ensemble des membres de la commission, une semaine avant, pour qu'ils puissent quand même avoir lu notre avis, notre analyse sur les dossiers et après, lors de la réunion, ça été un débat sur les dossiers* » [verbatim d'entretien].

Ces données invitent à souligner une stratégie propice au déploiement du dispositif MAIA, attestée par le fait que 14 référents sur 15 (93%) sont d'accord pour estimer que la volonté des Conseils Généraux de voir le dispositif d'intégration MAIA être déployé est un facteur facilitant à la mise en œuvre effective du dispositif. Ce qu'un référent Alzheimer souligne en entretien de la façon suivante : « *Si les Conseils Généraux ne sont pas partant dans ce dispositif, il n'y a pas de chance de réussite de la mise en place* » [verbatim d'entretiens].

Dans un contexte où la quasi-intégralité des référents Alzheimer (n=14/15) estiment que la volonté des Conseils Généraux de voir le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA est un facteur facilitant à la mise en œuvre effective des dispositifs, les référents Alzheimer ont développé une stratégie d'association des conseils généraux. Notamment les conseils généraux ont été associés à la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011 dans 87 % des cas, à la commission consultative de sélection des candidatures dans 93% des cas, au suivi du Plan National Alzheimer à travers le comité régional dans 60% des cas. Un signe de volonté de voir les dispositifs MAIA se déployer est perçu par les référents Alzheimer dans le fait que les conseils généraux sont considérés comme ayant été proactifs ou actifs dans la phase de sélection des projets MAIA à 87%.

Ceci ne fait pas abstraction des difficultés d'engagement réel des conseils généraux dans le dispositif d'intégration MAIA.

Ces difficultés semblent trouver leur explicitation dans quatre éléments principaux :

1. Un dispositif à articuler aux orientations gérontologiques des Conseils généraux définies dans les schémas gérontologiques : « *On les a sentis quand même sur leur propre politique, leur propre mode de fonctionnement* » [verbatim d'entretien].
2. La difficulté de concilier les modalités de déploiement définies nationalement, mises en œuvre régionalement, avec les cadres de référence départementaux des conseils généraux : « *Il faut aussi concilier la demande de l'équipe projet national, d'un découpage infra départemental avec ce que demandent les Conseils Généraux, qu'il y ait une structure départementale. Eux, ne souhaitent pas qu'il y ait une trop grande sectorisation, que ça reste un*

dispositif à l'échelle départementale, donc, dans notre esprit, les deux ne sont pas inconciliables, c'est-à-dire que l'on se dit que l'on pourrait avoir finalement un pilotage départemental avec, ensuite, un fonctionnement décentralisé sur deux, trois sous territoires dans le département » [verbatim d'entretien].

3. La difficulté d'articuler une stratégie régionale de déploiement avec les compétences départementales des conseils généraux, difficulté qui aboutit à des positionnements divers des conseils généraux au sein des régions : « *Les instructions ont été faites conjointement avec les Conseils Généraux, sauf que leur participation a été très inégale selon les départements, il y en a qui se sont investis, d'autres qui ne se sont pas investis, d'autres qui ont fait semblant d'ignorer, c'était vraiment très inégal* » [verbatim d'entretien].
4. L'existence d'une frilosité, voire réticence, à investir une politique d'État, aux vues de l'expérience du dispositif CLIC. Dans un contexte de déploiement financier des dispositifs MAIA jugé non pérenne : « *Les CLIC, au départ, c'était l'État, après, on a gentiment tout donné aux Conseils Généraux, donc c'est pour ça, on me la fait remarquer, on m'a demandé : est-ce que les crédits MAIA sont pérennes ?* » [verbatim d'entretien], un certain nombre de conseils généraux se montreraient frileux « *Je suppose qu'ils ont dû être échaudés à une autre occasion, les CLIC, enfin, j'imagine. Ils sont quand même assez attentifs, enfin sur la défensive* » [verbatim d'entretien], voire réticents : « *L'expérience des CLIC, n'ayant pas de visibilité sur l'avenir MAIA, ils ne souhaitaient pas s'engager pour après, finalement, se retrouver à gérer financièrement des dispositifs, donc ils ont souhaité une prudence, j'ai le courrier* » [verbatim d'entretien], à s'engager dans le dispositif MAIA.

Ces éléments fondamentaux de prise en compte des Conseils généraux quant à leurs cadres de références, propices ou non à leur engagement explicite dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA, semblent être intégrés par les référents Alzheimer. Cela constitue un élément de réceptivité important.

Les référents Alzheimer identifient et prennent en compte 4 catégories de difficultés à l'engagement des conseils généraux dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA :
1) l'articulation aux orientations gérontologiques des Conseils généraux définies dans les schémas gérontologiques,
2) la conciliation des modalités de déploiement définies nationalement, mises en œuvre régionalement, avec les cadres de référence des conseils généraux dans la définition des territoires géographique des MAIA (infra-départemental versus départemental),
3) la difficulté d'articuler une stratégie régionale de déploiement avec les compétences départementales des conseils généraux,
4) l'existence d'une frilosité, voire réticence, de certains conseils généraux à investir une politique d'État, aux vues de l'expérience du dispositif CLIC dans un contexte de déploiement financier des dispositifs MAIA jugé non pérenne.

3.4. PRESSION ENVIRONNEMENTALE A L'ECHELON NATIONAL

Pour examiner le facteur de réceptivité relatif à la pression environnementale, le dispositif d'intégration MAIA étant inscrit dans le cadre du plan National Alzheimer faisant l'objet d'un suivi par un comité national et, spécifiquement au dispositif MAIA, par une équipe projet nationale dédiée, nous mobilisons deux catégories d'items du questionnaire :

1) l'appréciation que les référents Alzheimer ont des procédures de validation et de labellisation du dispositif et la façon dont ils souhaitent être associés,
2) la façon dont les référents ont utilisé les outils proposés par l'équipe projet national en appui méthodologique à la réalisation des missions d'instruction des projets MAIA soumis dans le cadre de l'appel à candidatures 2011.

3.4.1. MAIA : une mesure phare du Plan National Alzheimer

Le contexte juridique de déploiement du dispositif d'intégration MAIA est jugé très majoritairement comme contraignant.

Le déploiement du dispositif MAIA, l'une des mesures phares du Plan National Alzheimer, fait l'objet d'une attention forte : « *On a l'impression quand même d'être vraiment très sollicités, d'une façon un petit peu trop… La pression est très forte, disons que dans d'autres plans, on n'a jamais eu autant de pression, on n'a jamais vu ça* » [verbatim d'entretien]. Dans cette citation deux dimensions sont soulevées : l'une est relative à la pression exercée par les instances et calendriers nationaux sur les ARS pour déployer les mesures du Plan National Alzheimer et notamment le dispositif d'intégration MAIA ; l'autre est relative aux moyens d'accompagnement mis en œuvre nationalement pour favoriser le déploiement de ce dispositif.

Relativement à la pression exercée nationalement sur le niveau régional des ARS, les référents Alzheimer font état d'une série d'éléments contextuels qui aboutissent à une contrainte forte :

- un plan national : « *Quand ça vient du national, je trouve que c'est plus facile à mettre en place que quand c'est un projet régional* » [verbatim d'entretien],
- fortement médiatisé, notamment du fait de l'attention de l'opinion publique en raison des impacts attendus en termes de santé publique : « *Le Plan présidentiel, vous savez que la divulgation de l'information au public et au niveau des partenaires était prévu dans le plan* » [verbatim d'entretien],
- qui explicite le fait que le dispositif MAIA soit une mesure phare : « *Une des mesures phares, je pense parce que c'est une mesure qui répond aussi aux attentes des familles, de trouver une solution, de trouver des réponses, d'avoir un endroit où avoir des interlocuteurs* » [verbatim d'entretien],
- qui fasse l'objet d'un haut niveau d'encadrement : « *Voir comment est géré ce plan, de façon très militaire* » [verbatim d'entretien]
- mais globalement au sein duquel, pour la mesure MAIA, il est estimé que cet encadrement soit positif : « *Je ne ressens pas l'équipe nationale MAIA et comme les autres, comme quelque chose qui nous surveille, qui nous encadre et qui nous juge, c'est vraiment une aide* » [verbatim d'entretien].

3.4.2. Un calendrier de déploiement jugé irréaliste mais qui tend à être respecté

Pour traiter du facteur de la pression extérieure exercée au niveau national, nous proposons de faire un focus sur la thématique du calendrier de l'appel à candidatures MAIA 2011 afin d'exposer la façon dont cette contrainte a été prise en compte dans la double perspective de répondre à la pression nationale et de définir des stratégies d'adaptation régionales.

Le calendrier de déploiement défini nationalement a exercé une contrainte importante sur la façon dont les référents Alzheimer ont travaillé régionalement en interne aux ARS : « *La circulaire est sortie le 13 janvier, il fallait lancer l'appel à projet quinze jours plus tard, ce n'est pas réaliste, ce n'est pas nous donner les bonnes conditions pour travailler et ça, il y a un vrai souci, à mon avis, je ne suis pas certaine que les personnes qui rédigent les textes et qui fixent les calendriers se rendent compte des effectifs des ARS, pour parler clairement. Concrètement, moi, j'ai alerté ma direction quand j'ai vu ça, je me suis dit, cela ne va pas être possible, et on m'a dit, on n'a pas le choix* » [verbatim d'entretien]. La pression extérieure issue des normes de mise en œuvre, notamment en terme de calendrier du déploiement du dispositif MAIA est incorporée au sein des ARS comme contrainte à respecter.

La gestion de ces contraintes, en particulier temporelles, et notamment dans la phase de lancement de l'appel à candidatures MAIA 2011, a engendré pour les référents Alzheimer la nécessité d'un investissement rapide et la mobilisation de différentes équipes intra-ARS, mettant parfois en difficulté les équipes : « *On était contraints puisque les délais, étaient courts, je n'ai plus en tête le timing, mais le moment où il fallait que les candidats soient retenus était assez proche, donc avec le rétro planning, forcément, il fallait diffuser l'appel à candidatures assez tôt* […] *Les équipes souffrent parce que l'on n'a pas le temps de faire le travail normalement* » [verbatim d'entretien] - « *On n'arrive pas à tout faire et sur un dispositif qui nous semble majeur, un dispositif comme MAIA, quand on a bien compris quel était l'objectif, c'est quelque chose de majeur et si on nous demande de faire tout à la va-vite et bien, c'est ça qui, à mon avis, est la cause des dysfonctionnements* » [verbatim d'entretien]

La recherche de méthodes permettant de gérer ces contraintes temporelles a ainsi poussé les référents Alzheimer à un fort investissement des équipes des directions de rattachement des référents, des équipes des directions du siège des ARS, mais aussi des partenaires extérieurs, notamment ceux potentiellement porteurs de dispositifs MAIA : « *On s'en est sortis parce qu'on a poussé les gens un peu […], ce qui fait dire que l'on a dû quand même bien relativement s'organiser, mais enfin, ça été du sport, ce qu'il faut savoir c'est que quand on nous demande de lancer un appel à projet sur les MAIA, on n'est pas dispensé de tout le reste, […], ça vient en plus de tout le travail quotidien qui est déjà très prenant* » [verbatim d'entretien].

Du respect des contraintes résulte la recherche de stratégies d'adaptation du calendrier : « *On envisage d'adapter quand même le calendrier parce qu'il est un peu serré, les étapes qui sont décrites dans le cahier des charges pour arriver à la labellisation, on les suit à la lettre, on invente rien, on suit ce qui est proposé, on ne fait qu'adapter le calendrier parce que c'est un peu serré* » [verbatim d'entretien].

Il est intéressant de noter que les stratégies d'adaptation régionales envisagées ont trait à des éléments de calendrier et non de contenu du dispositif d'intégration MAIA.

3.4.3. Pression nationale et accompagnement national : le compromis

Le caractère marginal des stratégies d'adaptation régionales effectuées par les référents Alzheimer en cette première année de lancement du dispositif d'intégration MAIA de droit commun apparaît être majoritairement explicité par l'encadrement pédagogique et méthodologique mis en œuvre au niveau national.

En effet, la mise à disposition au niveau national d'une expertise en termes d'intégration des services gérontologiques donnée aux référents Alzheimer à travers l'existence d'une équipe projet national dédiée à l'accompagnement de l'implantation du dispositif MAIA est jugée comme un atout pour le déploiement de cette politique publique : « *L'encadrement est vraiment bien fait, les équipes nationales sont compétentes, elles nous aident beaucoup et on peut avoir des échanges facilement, c'est extrêmement simple. […]. C'est appréciable pour nous, parce que nous on se pose des questions pour lesquelles il y a déjà des réponses*» [verbatim d'entretien].

Ainsi, les référents Alzheimer estiment les supports pédagogiques et techniques comme étant performants et aidants à la fois à la compréhension et au déploiement du dispositif : « *A chaque fois que je vais en réunion sur le dispositif MAIA, j'en ressors, non pas avec des questions, mais vraiment avec des réponses et revenir avec des réponses, c'est super[…] c'est pratico pratique, c'est des exemples concrets et c'est un langage simple, clair et précis, voilà tout ce qui me convient* » [verbatim d'entretien].

Un autre élément confirmant l'utilité de l'appui méthodologique fourni par l'équipe projet nationale est donné dans le questionnaire, dans lequel il a été proposé aux référents de coter les facteurs identifiés comme facilitant au déploiement des dispositifs d'intégration MAIA, sur une échelle « tout à fait d'accord, plutôt d'accord - plutôt pas d'accord – pas du tout d'accord ».

Parmi ces facteurs, deux sont relatifs à l'appui méthodologique fourni par l'équipe projet nationale :

- si deux référents Alzheimer ne se prononcent pas sur l'appréciation de l'accompagnement de l'équipe projet nationale, 12 des 13 référents Alzheimer (92%) sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour estimer que l'accompagnement de l'équipe projet nationale est un élément facilitant le déploiement du dispositif d'intégration MAIA, un référent est « plutôt pas d'accord »,
- si un référent Alzheimer ne se prononce pas sur l'appréciation des sessions de formation ouverte par l'équipe projet nationale aux référents Alzheimer, 12 des 14 référents Alzheimer (86%) sont « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour dire que la formation ouverte aux référents Alzheimer est un élément facilitant le déploiement du dispositif MAIA, deux référents sont « plutôt pas d'accord ».

Spécifiquement à l'accompagnement fourni l'équipe projet nationale, l'apport pour l'implantation du dispositif de cet accompagnement est décliné par les référents Alzheimer aux différentes phases de mise en œuvre du dispositif :

- Prise de connaissance du dispositif et de communication autour de l'appel à candidatures MAIA 2011 : « *C'est un dispositif qui est en construction et on s'alimente grâce aussi aux retours du niveau national, on progresse dans la compréhension du dispositif* » [verbatim d'entretien] – « *Leur expliciter* [aux partenaires, notamment potentiels porteurs] *à partir des éléments de notre compréhension et à partir des éléments donnés par l'équipe projet nationale et vendre ce dispositif* » [verbatim d'entretien].
- Procédure de diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011. Précisons que dans 14 situations sur 15, les référents Alzheimer ont rédigé un texte explicatif de la circulaire et

du cahier des charges MAIA au moment de la diffusion de ce dernier sur le site de leur ARS. Dans les textes explicatifs les concepts clés du cahier des charges MAIA sont réinvestis par les référents : « *Une mesure phare […] c'est une expression de la circulaire* » [verbatim d'entretien]. Trois types de concepts clés du cahier des charges sont fréquemment repris dans les textes explicatifs fournis sur le contenu de l'appel à candidatures MAIA : les dispositifs MAIA proposent une « réponse harmonisée, complète et adaptée » (n=4/14), l'intégration vise « la coopération par la co-responsabilisation des acteurs et financeurs sanitaires et médico-sociaux » (n=4/14), les dispositifs MAIA « ne se superposent pas aux structures existantes » (n=4/14). L'utilisation de paragraphes entiers du cahier des charges est ici aussi explicitée par les calendriers de déploiement du dispositif MAIA. « *On avait l'objectif national de toute façon, et c'était la commande du directeur général, le 1er février, il fallait que ce soit sur le site de l'ARS. On lançait l'appel à candidatures, il y n'avait pas de retard à prendre* » [verbatim d'entretien].

5 des 15 référents Alzheimer (33%) ont réalisé un travail préalable de présentation du dispositif à partir des éléments fournis par l'équipe projet nationale, notamment au cours de la réunion de présentation du cahier des charges MAIA réalisée mi-décembre 2010, de façon à ce que l'appel à candidatures soit diffusé sur le site de leur ARS dès la parution de la circulaire le 1er février, favorisant ainsi le montage de projets par les porteurs. Précisons que parmi les 10 cas où l'information de la date de diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011 figurait sur le site de l'ARS, dans 7 cas les référents Alzheimer (70%) ont mis en place une stratégie de diffusion de l'appel à candidatures moins de 3 jours après la parution de la circulaire et que seuls 3 référents Alzheimer (30%) ont diffusé l'appel à candidatures plus d'une semaine après la parution de la circulaire.

- Procédure d'instruction des candidatures : « *Il y avait deux outils : il y avait un rapport type d'instruction de dossier et après une grille de sélection, je me suis servie des deux outils […] C'était des outils qui avaient bien été explicités en plus en réunion* » [verbatim d'entretien].

  Les deux outils construits par l'équipe projet national d'aide à l'instruction des candidatures ont ainsi fait l'objet d'une large utilisation. 8 des 15 référents Alzheimer (53%) ont ainsi utilisé l'outil « rapport d'instruction » intégralement, 7 des 15 référents (47%) majoritairement. La « grille de sélection » des projets, proposant un système de notation permettant de hiérarchiser les projets soumis a fait l'objet d'un moindre degré d'utilisation : 6 des 15 référents Alzheimer (40%) l'ont utilisé intégralement, 4 (26%) majoritairement, 3 (20%) partiellement, 1 non prioritairement (7%) et 1 pas du tout (7%). Le moindre degré d'utilisation de la « grille de sélection » est explicité par le fait que le nombre de projets reçus à l'appel à candidatures 2011 ne rendait pas nécessaire l'application d'un classement des projets comme méthode d'instruction.

- Procédure de conventionnement en cours au moment de l'enquête de terrain, donc ne faisant pas l'objet d'items du questionnaire, pour autant certain discours témoignent eux aussi de l'utilité des supports fournis par l'équipe projet nationale : « *La convention MAIA c'était bien fait, vraiment, je n'ai pas réinventé le monde* » [verbatim d'entretien] – « *Heureusement qu'il y avait cette équipe nationale projet et qui a été vraiment porteuse de bonnes pratiques* » [verbatim d'entretien].

- Procédure anticipée de labellisation. Bien que cette phase du déploiement du dispositif d'intégration MAIA ne soit pas effective, il apparaît intéressant d'y faire référence pour au moins deux raisons. D'une part, 6 des 14 paragraphes explicatifs du contenu de l'appel à candidatures MAIA (43%) font référence à la phase de labellisation qui sera réalisée à 36 mois du démarrage. D'autre part, le contenu de cette procédure de labellisation fait l'objet d'une forte attention des référents Alzheimer. En effet estimant majoritairement que cette procédure de labellisation est pertinente (7 référents Alzheimer

trouvent la procédure de labellisation « tout à fait pertinente », et 6 référents Alzheimer trouvent la procédure de labellisation « plutôt pertinente », 1 référent Alzheimer trouve la procédure de labellisation « plutôt non pertinente »), 14 des 15 référents Alzheimer s'étant prononcés sur cette question souhaitent être associés au processus de définition en cours actuellement. Cette association des ARS au processus de définition du label MAIA est envisagée par les référents Alzheimer comme pouvant être réalisée

- « tout au long du processus » de définition (n=4/14)
- « pour avis sur la base de propositions » (n=8/14)
- uniquement pour la « validation finale » (n=1/14)

La pression environnementale exercée nationalement sur les ARS pour déployer le dispositif d'intégration MAIA, dans des délais temporels très contraints et entrant en conflits d'agenda avec le calendrier de programmation et de planification propre aux ARS, est en partie contrebalancée par l'appui méthodologique fournie par l'équipe projet nationale.

3.5. ADAPTATION LOCALE

Aux vues de l'avancement de la mise en place du dispositif d'intégration MAIA, peu d'éléments peuvent être mobilisés pour traiter le facteur de réceptivité relatif aux adaptations locales effectuées sur le déploiement du dispositif.

Nous traitons trois dimensions :

- l'étendue de la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011,
- l'organisation des partenaires stratégiques et tactiques au sein des tables de concertation,
- la construction et l'organisation des tables de concertation à partir d'une instance de concertation préexistante.

3.5.1. Etendue de la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011

Dans trois régions sur 15 (20%), l'appel à candidatures MAIA a été lancé sur un nombre limité de départements et non sur l'intégralité des départements de la région.

Dans le cas d'une région comportant deux départements, l'appel à candidatures 2011 ciblait prioritairement un département.

Dans le cas d'une région comportant quatre départements, l'appel à candidatures 2011 ciblait prioritairement deux départements.

Dans le cas d'une région comportant six départements l'appel à candidatures 2011 ciblait prioritairement deux départements.

Dans ces trois cas, la diffusion de l'appel à candidatures à un nombre prédéterminé de départements a été officielle (n=1) ou officieuse (n=2).

Selon les référents Alzheimer ayant développé cette stratégie d'adaptation locale, un ne se prononce pas sur les facteurs pris en compte pour définir cette stratégie d'adaptation locale. Parmi les 2 référents s'étant prononcés, les raisons pour lesquelles cette adaptation a été réalisée sont relatives :

1) au positionnement des conseils généraux vis-à-vis des dispositifs MAIA (n=2/2)
2) à la prise en compte des territoires des MAIA expérimentales[28] (n=2/2)

[28] Dans les trois régions d'ARS concernées, il y a une MAIA expérimentale.

3) à la réalisation d'un diagnostic populationnel (n=2/2)

4) à la réalisation d'un diagnostic organisationnel (n=2/2)

Ces critères de priorisation des départements à partir desquels les référents Alzheimer ont ciblé la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011 peuvent être considérés comme l'expression d'une réceptivité au déploiement du dispositif MAIA.

En effet les critères 2, 3 et 4 traduisent explicitement des items de sélection proposés par l'équipe projet nationale dans l'outil d'instruction « grille de sélection », tandis que le critères 1, c'est-à-dire le positionnement explicite des conseils généraux à travailler à l'intégration des services dans le cadre des MAIA est considéré comme une condition d'implantation du dispositif d'intégration MAIA.

Une stratégie d'adaptation locale consistant à prioriser le déploiement du dispositif d'intégration MAIA sur un nombre restreint de départements a été mise en place par 3 référents Alzheimer sur 15.
La priorisation des départements à été effectuée à partir d'une analyse croisant 4 variables : 1) positionnement des conseils généraux vis-à-vis des dispositifs MAIA, 2) prise en compte des territoires des MAIA expérimentales, 3) diagnostic populationnel, 4) diagnostic organisationnel.

3.5.2. Organisation des tables de concertation stratégique et tactique

Une autre dimension pour laquelle il est possible de constater des stratégies d'adaptation locale est relative à l'organisation de la concertation stratégique et tactique.

À partir du cahier des charges MAIA dans lequel il est précisé que : « Avec le développement des MAIA, afin de ne pas multiplier les tables, la table stratégique pourra être commune à plusieurs dispositifs MAIA » [extrait cahier des charges MAIA], les référents Alzheimer ont établi différentes stratégies d'adaptation locale.

Effectivement pour ce qui a trait à la construction de la table de concertation, parmi les 15 référents Alzheimer, 3 référents ne se prononcent pas tandis que les 12 autres envisagent des stratégies diverses puisque :

- 6 des 12 référents Alzheimer (50%) ont établi de construire une table de concertation stratégique par dispositif MAIA,
- 5 des 12 référents Alzheimer (42%) ont établi de construire une table de concertation stratégique par département[29],
- 1 des 12 référents Alzheimer (8%) ont établi de construire une table de concertation stratégique par région.

Ces différentes stratégies d'adaptation locale sont difficilement interprétables car il n'y a pas de caractéristiques communes aux ARS, région et référents Alzheimer constitutifs de chacun des trois types de stratégie. Les tailles des régions, les tailles des ARS, le nombre de projets à déployer par type de stratégie, sont hétérogènes.

[29] En commentaire libre dans le questionnaire, l'un de ces 5 référents précise que ce choix a été opéré avec les conseils généraux de la région, et que ce choix est officiel.

La moitié des référents Alzheimer a prévu de construire une table de concertation stratégique par dispositif MAIA, l'autre moitié prévoit très majoritairement de construire une table de concertation stratégique par département tandis qu'un référent Alzheimer envisage une table régionale.

Un autre aspect d'adaptation locale relatif à la table de concertation stratégique porte sur la périodicité à laquelle les référents Alzheimer ont déterminé de réunir la table :

- 1 des 15 référents Alzheimer (7%) a établi de réunir la table de concertation stratégique « de une fois par mois à une fois par trimestre »,
- 10 des 15 référents Alzheimer (67%) ont établi de réunir la table de concertation stratégique « de une fois par trimestre à une fois par semestre »,
- 4 des 15 référents Alzheimer (26%) ont établi de réunir la table de concertation stratégique « de une fois par semestre à une fois par an ».

L'interprétation à donner à ces résultats est ici également rendue difficile par l'hétérogénéité des ARS, régions et référents Alzheimer constitutifs de chacun des trois types de stratégie.

Toutefois constatons un défaut de réceptivité dans le cas des 4 référents Alzheimer ayant établi de réunir la table de concertation stratégique « de une fois par semestre à une fois par an », car cette périodicité de concertation risque de ralentir le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA, cette densité de prise de décision stratégique n'étant pas propice à l'impulsion d'orientations et d'incitatifs.

Le tiers des référents Alzheimer a prévu de réunir la(es) table(s) de concertation stratégique « de une fois par trimestre à une fois par semestre » (n=10/15).

Concernant la table de concertation tactique, des stratégies d'adaptation locale sont également déployées par les référents Alzheimer.

En terme de périodicité, deux référents ne se prononcent pas sur la fréquence de réunion de la table de concertation tactique, l'un d'eux précise en commentaire libre dans le questionnaire que « cela peut dépendre des MAIA ». Concernant cet item, sur lequel 13 des 15 référents se sont prononcés, portant sur la périodicité à laquelle les référents Alzheimer envisagent de voir la table de concertation tactique être réunie par les pilotes locaux :

3 des 13 référents Alzheimer (23%) estiment que la table de concertation tactique devrait être réunie « de une fois par mois à une fois par trimestre »,

- 6 des 13 référents Alzheimer (46%) estiment que la table de concertation tactique devrait être réunie « de une fois tous les 2 mois à une fois tous les 4 mois »,
- 4 des 13 référents Alzheimer (31%) estiment que la table de concertation tactique devrait être réunie « de une fois tous les 4 mois à une fois tous les 6 mois ».
- 0 des 13 référents Alzheimer estiment que la table de concertation tactique devrait être réunie à une périodicité « supérieure au semestre 6 mois. »

L'interprétation à donner à ces résultats est ici aussi rendue difficile par l'hétérogénéité des ARS, régions et référents Alzheimer constitutifs de chacun des trois types de stratégies.

Comme précédemment, il est malgré tout possible de souligner un défaut de réceptivité dans le cas des 4 référents Alzheimer ayant établi de réunir la table de concertation tactique « de

une fois tous les 4 mois à une fois tous les 6 mois », car cette périodicité de concertation risque de ralentir le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA.

La majorité des référents Alzheimer estiment que la(es) table(s) de concertation tactique devrai(en)t être réunie(s) « de une fois par trimestre à une fois tous les 4 mois » (n=9/13).

3.5.3. Constitution des tables de concertation sur des instances préexistantes

La troisième dimension d'adaptation locale repérée dans l'étude porte sur le fait de construire les tables de concertation stratégique et tactique à partir d'instances de concertation préexistantes.

En effet, dans le cahier des charges MAIA il est précisé que :

- « La table stratégique se compose des décideurs et des financeurs. Il est possible de s'appuyer sur un comité préexistant et de le faire évoluer pour lui faire prendre une dimension stratégique. La table de concertation stratégique comprend : le Directeur général de l'ARS ou son représentant mandaté, le représentant du (des) Conseil(s) général(aux) concerné(s), les représentants des caisses de retraite, les représentants des professionnels de santé libéraux, les représentants des associations d'usagers et toute autre représentation utile de niveau stratégique. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, …) ; il s'agit d'un élément déterminant de la co-responsabilité » [extrait cahier des charges MAIA].
- « La table tactique se compose des responsables et directeurs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux qui accompagnent ou prennent en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sur le territoire concerné. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime (mandat, lettre de mission, *etc.*) c'est un élément déterminant de la co-responsabilité » [extrait cahier des charges MAIA].

Notamment, les instances de gouvernance des ARS, en particulier les commissions spécialisées[30] de coordination des politiques publiques au niveau stratégique et les conférences de territoire au niveau tactique auraient pu être mobilisées comme instances de concertation préexistantes investies par les référents Alzheimer pour déployer les dispositifs d'intégration MAIA, sous réserve de compositions, établies par décrets, adéquates.

Seuls 2 des 15 référents Alzheimer (13%) ont prévu de construire les tables de concertation stratégique et tactique à partir d'instances de concertation préexistantes.

Ces instances de concertation préexistantes ont été mises en place par l'ARS dans un cas, et par le porteur du projet retenu dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011 dans l'autre cas.

En ce qui concerne la table stratégique, la table préexistante est intitulée « gouvernance institutionnelle des filières » dans un cas et composée du ou des Conseils Généraux (cf. territoires interdépartementaux), de l'ARS, de la CARSAT, de la MSA, de l'animateur de filière et du pilote MAIA ; dans l'autre cas la table est dite « comité de pilotage des réseaux » et sa composition n'est pas fournie par le répondant.

[30] Selon les cas sur personnes âgées, dépendance, autonomie, vieillissement, prise en charge coordonnée, *etc.*

En ce qui concerne la table tactique, la table préexistante est intitulée « comité de pilotage des filières » dans un cas et composée des décideurs locaux de chaque catégorie d'acteurs, non nommée dans l'autre cas, sa composition n'est pas fournie non plus.

Dans les deux cas des référents Alzheimer ayant établi de construire les tables de concertation stratégiques et tactiques sur la base d'instances préexistantes, la périodicité de réunion, demandée dans le questionnaire, n'a pas été fournie. Cette réponse est disponible par l'extraction des réponses fournies aux items relatifs à l'organisation périodique des tables de concertation.

Tandis que dans le premier cas, le référent Alzheimer témoigne d'un défaut de réceptivité dans le sens où il a établi de réunir la table de concertation stratégique « de 1 fois par semestre à une fois par an » et la table tactique « de une fois tous les 4 mois à une fois tous les 6 mois », l'autre cas fait état d'une périodicité de réunion de la table stratégique « de 1 fois par trimestre à une fois par semestre » et de la table tactique « de 1 fois tous les 4 mois à une fois tous les 6 mois ».

Pour le cas où le répondant a fourni des informations sur la composition des tables de concertation, l'absence de représentants des professionnels et des usagers peut être constatée.

Globalement, il apparaît dans ces deux situations un risque de voir se développer des instances de gouvernance dédiées au projet d'un porteur et non au projet d'un territoire.

Les référents Alzheimer, à l'occasion du suivi du déploiement en continu à travers le management des pilotes, de la validation des dispositifs MAIA à 18 mois du démarrage et de la labellisation des dispositifs MAIA à 36 mois du démarrage auront la possibilité d'exercer une vigilance sur ce sujet.

Dans les deux cas, la composition et/ou la périodicité de réunion des tables stratégique et tactique sont en décalage avec le cahier des charges MAIA et font encourir le risque de voir se développer le projet d'un porteur et non le projet d'un territoire.

Les référents Alzheimer auront à exercer une vigilance sur ces éléments en vue de la validation puis de la labellisation des dispositifs MAIA.

3.6. CLARTE DES OBJECTIFS

Pour examiner le facteur de réceptivité relatif à la clarté des objectifs du dispositif d'intégration MAIA, deux items du questionnaire sont mobilisés :

1) l'appréciation que les référents Alzheimer font des besoins auxquels le dispositif MAIA est susceptible d'apporter des réponses,
2) les facteurs identifiés comme facilitant le déploiement du dispositif MAIA.

Dans la mesure où ce facteur de réceptivité profondément qualitatif apparaît quelque peu difficile à interpréter à travers la méthode du questionnaire, nous apporterons des précisions et des éclaircissements à partir de l'analyse qualitative menée sur les données documentaires et d'entretien semi-directifs conduits auprès des référents Alzheimer ayant participé aux deux phases de l'étude à partir des verbatim d'entretiens.

3.6.1. Besoins identifiés et attentes vis-à-vis du dispositif MAIA

Les référents Alzheimer ont identifié, dans 100% des questionnaires retournés, des besoins auxquels le dispositif d'intégration MAIA est susceptible d'apporter des réponses.

Il a été proposé aux référents de coter les besoins auxquels le dispositif pourrait apporter des réponses, sur une échelle graduée de « tout à fait d'accord » - « plutôt d'accord » - « plutôt pas d'accord » – « pas du tout d'accord ».

Les réponses fournies permettent de hiérarchiser les besoins identifiés par les référents Alzheimer et de les classer en niveau de consensus :

1) Améliorer l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social : « tout à fait d'accord » (n=12) et « plutôt d'accord » (n=3).

2) Améliorer l'accessibilité aux services pour les usagers : « tout à fait d'accord » (n=11) et « plutôt d'accord » (n=4).

3) Éviter les chevauchements des services : « tout à fait d'accord » (n=11) et « plutôt d'accord » (n=4).

4) Garantir l'accompagnement individualisé des personnes âgées en situation complexe : « tout à fait d'accord » (n=11) et « plutôt d'accord » (n=4).

5) Améliorer la lisibilité des services existants pour les usagers : « tout à fait d'accord » (n=9) et « plutôt d'accord » (n=6).

6) Améliorer l'efficience du système gérontologique : « tout à fait d'accord » (n=6) et « plutôt d'accord » (n=7), « ne se prononce pas » (n=2).

7) Améliorer l'articulation entre Hôpital et Ville : « tout à fait d'accord » (n=10) et « plutôt d'accord » (n=4), « plutôt pas d'accord » (n=1).

8) Améliorer la lisibilité des services existants pour les professionnels : « tout à fait d'accord » (n=9) et « plutôt d'accord » (n=5), « plutôt pas d'accord » (n=1).

9) Améliorer la qualité des prises en charge (*ex*. taux d'hospitalisation, de réadmission, *etc*.) : « tout à fait d'accord » (n=7) et « plutôt d'accord » (n=6), « plutôt pas d'accord » (n=2).

10) Améliorer le recueil des données sur les besoins des personnes âgées : « tout à fait d'accord » (n=2) et « plutôt d'accord » (n=11), « plutôt pas d'accord » (n=1), « ne se prononce pas » (n=1).

11) Améliorer le recueil des données sur les parcours des personnes âgées :« tout à fait d'accord » (n=3) et « plutôt d'accord » (n=9), « plutôt pas d'accord » (n=2), « ne se prononce pas » (n=1).

Ces données invitent à conclure que les besoins identifiés auxquels le dispositif d'intégration MAIA est susceptible d'apporter des réponses portent en premier lieu sur l'organisation des services en vue d'améliorer les réponses apportées aux usagers et de faciliter le travail des professionnels. Les attentes en termes d'impact sur la qualité des prises en charge figurent en 9ème position sur 11.

Ce résultat est intéressant à souligner car il met en exergue une compréhension élevée du dispositif d'intégration MAIA : MAIA réfère à des modalités organisationnelles visant à améliorer les réponses apportées aux usagers et à faciliter le travail des professionnels. Les impacts de la gestion de cas en terme de qualité des prises en charges ne représentent pas le cœur du dispositif pour les référents Alzheimer.

Relativement aux deux dernières positions, portant sur le recueil des données sur les besoins et les parcours des personnes âgées, nous proposons une interprétation. Le fait que les besoins identifiés sur le recueil de données relatives aux besoins et parcours des personnes âgées figurent en dernières positions reflète, selon nous, le contexte de passation du

questionnaire dans lequel le déploiement du dispositif débutait et donc dans lequel la question de la composante du système d'information partageable n'était pas la composante principalement investie par les référents Alzheimer, qui sont de plus en attente d'orientation de l'équipe projet nationale sur ce sujet. Cette précision fournie, les référents Alzheimer sont tout de même très attentifs au recueil des données sur les besoins et les parcours des personnes âgées puisqu'ils sont majoritairement « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour estimer que le dispositif d'intégration MAIA pourrait apporter des réponses à cette problématique.

Les besoins identifiés auxquels le dispositif d'intégration MAIA est susceptible d'apporter des réponses portent en premier lieu sur l'organisation des services (en vue d'améliorer les réponses apportées aux usagers et de faciliter le travail des professionnels).

3.6.2. Facteurs facilitant l'implantation du dispositif MAIA

Par ailleurs, il a été proposé aux référents de coter les facteurs identifiés comme facilitant le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA, sur une échelle graduée de « tout à fait d'accord » - plutôt d'accord » - « plutôt pas d'accord » – « pas du tout d'accord ».

Les réponses fournies permettent de hiérarchiser les facteurs identifiés par les référents Alzheimer comme facilitant le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA et de les classer en niveau de consensus de la façon suivante :

1) Liens historiques : « tout à fait d'accord » (n=10) et « plutôt d'accord » (n=5).
2) La volonté du Conseil Général : « tout à fait d'accord » (n=12) et « plutôt d'accord » (n=2), « plutôt pas d'accord » (n=1)
3) L'implication des sphères hospitalières : « tout à fait d'accord » (n=9), « plutôt d'accord » (n=5), « plutôt pas d'accord » (n=1)
4) La petite taille du territoire des dispositifs MAIA : « tout à fait d'accord » (n=2), « plutôt d'accord » (n=6), « plutôt pas d'accord » (n=3), « pas du tout d'accord » (n=1), « ne se prononce pas » (n=2).
5) La grande taille du territoire des dispositifs MAIA : « tout à fait d'accord » (n=1), « plutôt d'accord » (n=2), « plutôt pas d'accord » (n=6), « pas du tout d'accord » (n=1), « ne se prononce pas » (n=5).

Les référents Alzheimer identifient prioritairement comme facteurs facilitant le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA la nature des partenariats historiques stratégiques (avec les conseils généraux) et tactiques (avec les sphères hospitalières).

Le fait que les réponses fournies quant à la taille du territoire d'exercice des dispositifs MAIA soient très diverses et surtout qu'un certain nombre de référents Alzheimer ne se prononce pas sur cet item peut être interprété comme un signe de réceptivité significatif en termes de clarté des objectifs. En effet, compte tenu des attentes vis-à-vis du dispositif MAIA relatives à l'amélioration de l'organisation des services, plus que la taille du territoire de la MAIA, c'est davantage le fait que le territoire d'action de la MAIA soit cohérent avec les parcours de santé des usagers et les territoires d'action des professionnels qui doit être considéré comme un facteur facilitant.

Les référents Alzheimer identifient comme facteurs facilitant le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA la nature des partenariats historiques stratégiques et tactiques, notamment respectivement avec les conseils généraux et les sphères hospitalières.

3.6.3. Persistance de controverses

Au-delà des données du questionnaire, il est nécessaire de poursuivre l'analyse proposée de ce facteur de réceptivité relatif à la clarté des objectifs dans la mesure où l'analyse documentaire et l'analyse qualitative des entretiens est davantage nuancée.

En effet, commençons par mettre l'accent sur la clarté des objectifs telle qu'elle est rendue visible dans la façon dont le dispositif a été incorporé ou non dans les outils de programmation des ARS, en particulier dans le cadre du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Dans les 6 SROMS rendus publics au moment de l'enquête, un seul fait état de l'ensemble de la méthodologie MAIA (description explicitée des 6 axes), de l'objectif (intégrer l'ensemble des services gérontologiques sur un territoire prédéfini) et des perspectives de déploiement régional des dispositifs d'intégration MAIA. Dans les 5 autres cas, le dispositif MAIA est présenté comme un nouveau dispositif de coordination ciblant les personnes âgées en perte d'autonomie (n=2), ou ciblant les personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (n=3).

Dans la majorité des SROMS des ARS, le dispositif d'intégration MAIA est présenté comme un nouveau dispositif de coordination ciblant les personnes âgées en perte d'autonomie, ou ciblant les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Cet élément d'analyse documentaire reflète les deux principaux défauts de clarté des objectifs du dispositif d'intégration MAIA : la cible (Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées *versus* personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle), l'organisation (Maison/structure *versus* modalités d'organisation territoriales).

3.6.3.1. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées versus personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle

Le dispositif d'intégration MAIA étant l'une des mesures du Plan National Alzheimer, de nombreuses controverses existent et perdurent sur la question de la cible du dispositif : « *Est-ce que c'est Alzheimer dépendance ou est-ce que c'est dépendance au sens large et si c'est dépendance au sens large, c'est tout autre […] on met en place une organisation, mais on a l'air d'emblée, d'élargir le champ, alors ça va être un peu compliqué cette affaire-là* » [Verbatim d'entretien]

Cette dimension, déjà longuement documentée[31], nous en proposons quelques illustrations complémentaires à partir des réponses fournies par les référents Alzheimer en entretien semi-directif à la question suivante : « Comment définissez-vous le dispositif MAIA ? » :

1. « *C'est un groupe de professionnels qui sont liés par le fait qu'ils ont à prendre en charge des gens qui ont une maladie d'Alzheimer, qui évolue inexorablement, mais qui évolue toujours vers la gravité* » [Verbatim d'entretien],
2. « *Mettre du lien dans toutes ces politiques là et à destination des personnes Alzheimer, même cela s'est orienté sur toutes les personnes âgées dépendantes et donc, ça a évolué et concrètement, j'ai encore du mal à comprendre le dispositif* » [Verbatim d'entretien] – « *Il y avait juste un petit entrefilet dans le cahier des charges et dans les circulaires, disant que c'était Alzheimer et dépendance*[…] *on ne nous a pas trop précisé ce que cela voulait dire cette dépendance*» [Verbatim d'entretien],
3. « *C'est organiser sur un territoire de proximité les réponses que l'on peut apporter aux malades d'Alzheimer et aux aidants, et aux personnes âgées, c'est vrai que ce n'est pas que pour les*

[31] Se référer au rapport final PRISMA-France 2011, et aux rapports des experts MAIA.

malades Alzheimer, cela doit être étendu à l'ensemble des personnes âgées, donc organiser les réponses pour qu'il y ait une réponse unique» [Verbatim d'entretien].

Dans ces citations la problématique de la cible « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées » versus « personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle » est interprétée de façons différentes :

- dans le premier cas, le référent Alzheimer associe *stricto sensu* le dispositif d'intégration MAIA à la cible Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées,
- dans le second cas, les référents Alzheimer considèrent qu'il y a une évolution au cours de l'institutionnalisation du dispositif MAIA de la cible Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées vers la cible personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle,
- dans le troisième cas, le référent Alzheimer considère qu'il y aura une évolution au cours de l'implantation en région du dispositif MAIA de la cible Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées vers la cible personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle.

La coexistence de ces trois interprétations des référents Alzheimer quant à la cible du dispositif d'intégration MAIA démontre l'importante ambigüité qui demeure sur cette question.

3.6.3.2. Maison/Structure versus modalités d'organisation territoriales et la question d'un nouveau dispositif de coordination

Le dispositif d'intégration MAIA, ayant été impulsé par le Plan National Alzheimer, de nombreuses controverses existent et perdurent sur la question de la cible et sur la création d'un nouveau dispositif de coordination en particulier compte tenu de la signification de l'acronyme : « *Dans l'imaginaire collectif, on est sur cette notion de « maison », d'un nouveau dispositif qui aurait pignon sur rue* » [Verbatim d'entretien].

De même que précédemment, cette dimension, déjà longuement documentée[32], nous en proposons quelques illustrations complémentaires à partir des réponses fournies par les référents Alzheimer en entretien semi-directif. A la question de la prise de connaissance du dispositif : « Quand et comment avez-vous connu le dispositif MAIA ? Qu'en avez-vous pensé au départ ? Votre opinion a-t-elle changé ? », certains référents Alzheimer ont répondu :

- « *Je ne voyais pas concrètement ce que cela pouvait représenter, surtout que MAIA, ça veut dire maison, donc je voyais quelque chose déjà en dur et je ne voyais pas comment je pouvais développer un dispositif sans penser à une structure, des murs, en fait, comme la MDPH, par exemple, la Maison de l'Autonomie, donc, ça m'a paru compliqué comme dispositif en terme de compréhension* »[Verbatim d'entretien]
- « *Une espèce de confusion sur ce que c'était, notamment dû au terme de maisons, c'est clair que là-dessus il y a quelque chose qui pêche, ça ne participe pas à la lisibilité du dispositif* » [Verbatim d'entretien]

La définition de l'acronyme MAIA par « « Maison » rendant le dispositif peu lisible, les référents Alzheimer se trouvent confrontés à des difficultés d'explicitations :

- tant en interne : « *J'ai clairement dit et on a eu un gros problème, tout le monde le pense, un des mes collègues a dit : peut-être remplacer « Maison» par « Méthode », on est plus sur ça et je pense qu'il a raison, c'est un processus, ce n'est pas, oui, voilà, changer le terme de « maisons » et ça ne suffira pas, parce que derrière, il faut ré expliquer, il faut rabâcher* » [Verbatim d'entretien]

[32] Se référer au rapport final PRISMA-France 2011, et aux rapports des experts MAIA.

- qu'auprès des partenaires : « *le terme « Maison », ça prête tellement à confusion. Quand on vous l'explique à Paris, oui, on comprend, mais il faut voir qu'après, nous, on a à transmettre une information à des gens qui ne sont pas nécessairement, on se sert de la sémantique mais voilà, « Maison », pour eux, c'est une maison, et à nous de dire: attendez dans la MDPH, il y a bien maison […] Beaucoup de gens ont dit : donc c'est une structure, et nous c'est vraiment pour dire : justement, ce n'est pas une structure, mais ça a été un peu oublié* » [Verbatim d'entretien]

La dénomination du dispositif d'intégration MAIA, entretenant des confusions entre la création de nouvelle structure et la construction de nouvelles modalités d'organisation territoriales en matière de coordination, il y aurait une dynamique propice à la considération selon laquelle MAIA serait un nouveau dispositif de coordination concurrençant les autres (CLIC, Réseaux, MDA) :

- « *MAIA c'est de la coordination et la mise en place de gestionnaires de cas puisque les gestionnaires de cas, par contre, ils ont bien compris que ces gestionnaires de cas allaient faire le travail à la place de quelqu'un d'autre, un CLIC niveau 3 ou un réseau fait un travail de gestionnaire de cas, donc ils ont bien compris que le gestionnaire de cas qui était là pour s'occuper des cas difficiles allait se retrouver sur le même terrain que le réseau qui s'occupe déjà de cas difficiles ou le CLIC de niveau 3 qui s'occupe déjà d'évaluation des cas difficiles, donc, là, je pense qu'il y aura un temps de calage entre les différents acteurs pour ne pas qu'il y ait de conflit entre la MAIA, les réseaux et les CLIC* » [Verbatim d'entretien],
- *« Je n'ai pas encore tout compris, je ne suis pas certaine que les usagers s'y retrouvent, mais oui, ils*[Les Conseils Généraux] *ont des maisons pour l'autonomie et des relais pour l'autonomie aussi, c'est un peu compliqué, qui regroupent PA et PH, donc eux, c'est leurs dispositifs et du coup, ils ne se voient pas soutenir un autre dispositif »* [Verbatim d'entretien].

Deux thèmes témoignant un manque de clarté des objectifs du dispositif d'intégration MAIA perdurent : la cible (Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées *versus* personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle) et la nature du dispositif (Maison/structure *versus* modalités d'organisation territoriales). Ce défaut de réceptivité est observable tant chez les référents Alzheimer, les équipes des ARS ainsi que les partenaires extérieurs pour ce qui est de la question de la cible. Tandis que dans le cas de la nature du dispositif, ce défaut de réceptivité est le fait des équipes intra-ARS et des partenaires extérieurs, selon les référents Alzheimer.

3.7. QUALITE ET COHERENCE DE LA POLITIQUE DE CHANGEMENT

Les ARS ont compétence sur un très large champ des politiques de la santé, et le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA touche un large champ d'action, ce qui implique l'association d'un grand nombre de structures, établissements et professionnels de santé.

Les ARS ont des responsabilités tout autant en termes de définition des modalités d'action dans le champ gérontologique que d'autorisation et financement d'un grand nombre d'acteurs et structures impliqués dans le dispositif d'intégration MAIA.

Pour ces raisons, les outils de gouvernance des ARS en termes de modalités de gouvernance et d'instruments de programmation doivent être mobilisés de façon cohérente avec l'objectif d'intégration.

Cette dimension a été traitée par une série de questions portant :

- d'une part sur la mobilisation des instances de gouvernance (CRSA, Commission de coordination des politiques publiques[33], Conférences de territoire) et,
- d'autre part sur les outils de programmation et de planification (PSRS, SROS, SROMS, programmes d'action[34]).

3.7.1. Mobilisation des instances de gouvernance

Pour connaître la façon dont le dispositif MAIA a été présenté et discuté au sein des ARS en termes de présentation des objectifs et des moyens d'intégration des services, la question posée était la suivante : « À votre connaissance, le dispositif MAIA a été discuté dans les instances de gouvernance de votre ARS ? ».

Tableau 28. Présentations et discussions du dispositif d'intégration MAIA au sein des instances de gouvernance des ARS

	CRSA	Commission de coordination des Politiques Publiques	Conférences de Territoire
Cas 1	Oui	Oui	Non
Cas 2	Oui	Oui	Ne sait pas
Cas 3	Oui	Ne sait pas	Oui
Cas 4	Ne sait pas	Oui	Oui
Cas 5	Ne sait pas	Oui	Oui
Cas 6	Oui	Non	Non
Cas 7	Non	Non	Non
Cas 8	Non	Non	Non
Cas 9	Non	Non	Ne sait pas
Cas 10	Non	Non	Ne sait pas
Cas 11	Non	Non	Ne sait pas
Cas 12	Ne sait pas	Non	Ne sait pas
Cas 13	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
Cas 14	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
Cas 15	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas

A la connaissance des référents Alzheimer, le dispositif d'intégration MAIA n'a été présenté et discuté dans l'ensemble des trois instances de gouvernance des ARS dans aucun des 15 cas étudiés. Et, à la connaissance des référents Alzheimer, le dispositif d'intégration MAIA n'a été présenté et discuté dans aucune des trois instances de gouvernance de leur ARS dans 3 cas.

Ces données globales mises en perspective, un certain nombre de remarques préalables à l'examen complet des situations de chacune des trois instances de gouvernance doivent être faites.

[33] Sans distinction entre les conférences plénières et les conférences spécialisées.

[34] Non défini au moment de l'enquête, la question était formulée au futur « Prévoyez-vous d'inscrire l'objectif d'intégration dans les programmes d'action de votre ARS ? » et « Prévoyez-vous d'inscrire les modalités précises de déploiement du dispositif dans les programmes d'action de votre ARS ? »

Tout d'abord, il est intéressant de constater le nombre important de situations pour lesquelles les référents Alzheimer ne savent pas se prononcer : à 38%, les référents Alzheimer ne savent pas si le dispositif d'intégration MAIA a été présenté et discuté dans les instances de gouvernance de leur ARS.

Ensuite, constatons que lorsque les référents Alzheimer déclarent que le dispositif MAIA a été discuté et présenté dans les instances de gouvernance des ARS, c'est le plus souvent le cas par combinaison de 2 instances (n=5), plutôt qu'1 instance (n=1). Ainsi est-il possible de considérer que le fait de présenter et de discuter le dispositif d'intégration MAIA dans une instance de gouvernance est associé avec la mobilisation d'une autre instance de gouvernance. En effet :

- Dans le cas de la CRSA, la commission de coordination des politiques publiques est associée (n=2/4), ou les conférences de territoires (n=2/4)
- Dans le cas de la commission de coordination des politiques publiques, la CRSA est associée (n=2/4), ou les conférences de territoires (n=2/4)
- Dans le cas des conférences de territoire, la CRSA est associée (n=1/3) ou la commission de coordination des politiques publiques (n=2/3),

Enfin, nous devons souligner que le groupe quantitativement le plus important (n=6) est constitué de référents Alzheimer déclarant soit que le dispositif d'intégration MAIA n'a pas été présenté et discuté dans l'une ou l'autre des instances de gouvernance, soit ne pas savoir si cela a été le cas.

Pour autant, les réponses doivent être examinées avec précautions dans la mesure où ces instances de gouvernance et de concertation des ARS ont été installées récemment.

Constatons effectivement que les instances de gouvernance sont des entités jeunes, en cours d'installation et donc dont l'identité et les modalités de travail sont en cours de définition et/ou de consolidation. Il résulte de cet élément de contexte, conjugué au fait que la période d'étude coïncide avec le travail d'élaboration des PSRS, le fait qu'un certain nombre de référents Alzheimer mettent l'accent sur la volonté d'une dynamique de concertation autour du dispositif MAIA difficile à opérationnaliser : « *J'avais prévu de faire une présentation en commission de coordination et puis ça ne s'est pas fait…* » [verbatim d'entretien]. « *Ils étaient sur d'autres choses dans les travaux de la CRSA, ils étaient dans les travaux du schéma, je pense qu'il y a eu peut-être un trop plein de sollicitations* » [verbatim d'entretien].

C'est la raison pour laquelle, pour chacune des 3 instances de gouvernance, nous présenterons le calendrier d'installation des instances lorsqu'il est rendu public, avant d'examiner les résultats sur la façon dont le dispositif d'intégration a été présenté et discuté dans ces instances de gouvernance.

Le dispositif MAIA a été faiblement investi dans les instances de gouvernance des ARS (CRSA, Commission de Coordination des Politiques Publiques, Conférences de Territoire). L'installation récente de ces instances de gouvernance peut en être un facteur explicatif. Dans le temps, l'incorporation du dispositif d'intégration MAIA dans les ordres du jour des instances de gouvernance constituera un facteur propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

3.7.1.1. Mobilisation de la CRSA

Relativement à la CRSA, constatons que dans le cas des 8 ARS ayant rendu public les modalités de mise en place des CRSA, les CRSA ont été installées au deuxième semestre 2010 et la composition des commissions de la CRSA ont été fixées par arrêtés au deuxième semestre 2011 dans 6 des 8 cas. Faute d'informations publiques sur les réunions et ordre du jour[35] des CRSA, nous ne sommes pas en mesure de savoir quel travail de concertation a été mené durant cette année 2011. Parmi les 6 ARS ayant arrêté la composition de la CRSA, 4 ont publié des rectificatifs de composition (de 1 à 4 rectificatifs), attestant du caractère non installé de cette commission de concertation.

Relativement à la CRSA, pour l'ensemble des 15 ARS, dans le cas des 8 ARS ayant fourni l'information, il est possible de dire que les CRSA fonctionnent depuis moins d'un an.

Pour autant, à la question « À votre connaissance, le dispositif MAIA a été discuté dans les instances de gouvernance de votre ARS, CRSA ? »

- 4 des 15 référents Alzheimer répondent « oui » (27%)
- 5 des 15 référents Alzheimer répondent « non » (33%)
- 6 des 15 référents Alzheimer répondent « ne pas savoir » (40%)

Le fait que 40% des référents Alzheimer ne savent pas si le dispositif d'intégration MAIA a été discuté en CRSA appelle à examiner s'il existe un lien avec le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer. Parmi les 6 référents Alzheimer ne sachant pas si le dispositif d'intégration MAIA a été discuté en CRSA, 4 occupent des positionnements hiérarchiques internes à leur direction de niveau n-3, 1 est situé à un niveau n-4 et 1 à un niveau n-1. Parmi les 4 référents Alzheimer répondant que le dispositif MAIA y a été discuté, 3 sont positionnés à un niveau n-2 et un référent à un niveau n-4. Il n'y a pas d'autres caractéristiques communes aux situations de ces 6 référents Alzheimer : la taille des effectifs des ARS est variée, ainsi que la taille de la région et la formation initiale des référents Alzheimer. Les modalités d'exercice de la mission référent Alzheimer n'influent pas non plus, ni les modalités internes d'organisation des ARS « sectorielle », « semi-sectorielle », « intersectorielle ».

Une grande partie des référents Alzheimer (40%) ne sait pas si le dispositif d'intégration MAIA a été discuté en CRSA. La majorité de ces référents sont positionnés à des niveaux hiérarchiques n-3 et n-4.

3.7.1.2. Mobilisation de la commission de coordination des politiques publiques

Relativement aux commissions de coordination des politiques publiques, le caractère récent de la mise en place de ces commissions est également constatable : dans les cas des 8 ARS ayant rendu public sur leur site internet les arrêtés de nomination des membres des commissions, la période de mise en place s'étale de juillet 2010 (n=2) à septembre 2011 (n=1), avec une concentration au dernier trimestre 2010 (n=3).

Pour autant, à la question « À votre connaissance, le dispositif MAIA a été discuté dans les instances de gouvernance de votre ARS, commission de coordination des politiques publiques ? »

- 4 des 15 référents Alzheimer répondent : oui (27%)

[35] Dans 3 cas l'agenda des réunions est rendu public, dans 2 cas des comptes-rendus de réunions plénières sont publics, dans 2 cas des rapports d'activités sont publics

- 7 des 15 référents Alzheimer répondent : non (46%)
- 4 des 15 référents Alzheimer répondent ne pas savoir (27%)

Le fait que le dispositif d'intégration MAIA ait été discuté en commission de coordination dans seulement 4 cas sur 15 et ne l'ait pas été dans près de la moitié des cas (n=7/15) témoigne d'un défaut de réceptivité aux vues des compétences attribuées à cette instance de gouvernance consacrée à la coordination des politiques publiques, objet au cœur du dispositif d'intégration MAIA.

Le dispositif d'intégration MAIA a été présenté et discuté en commission de coordination des politiques publiques dans une minorité d'ARS (n=4/15).

Par ailleurs, il y a dans le cas de cette instance de gouvernance une tendance à un « effet positionnement hiérarchique » dans la mesure où les 4 référents Alzheimer déclarant ne pas savoir si le dispositif d'intégration MAIA a été présenté et discuté en commission de coordination des politiques publiques sont à des positionnements hiérarchiques de niveau n-3 (n=3) et n-4 (n=1). Inversement l'intégralité des référents Alzheimer positionnés à des niveaux n-1 et n-2 savent si le dispositif y a été présenté et discuté. Il n'y a pas d'autres caractéristiques communes aux situations de ces 4 référents Alzheimer.

Il y a une tendance à un effet taille dans le fait de savoir si le dispositif a été présenté et discuté en commission de coordination des politiques publiques.

3.7.1.3. Mobilisation des conférences de territoire

Relativement aux conférences de territoire, constatons que dans le cas des 12 ARS ayant rendu public sur leur site internet les arrêtés de nomination des membres, la période de mise en place est concentrée sur la fin de l'année 2010/le début d'année 2011 (soit de novembre 2010 à février 2011 : 9 cas) ; les 3 autres situations d'ARS font état d'une mise en œuvre entre mars et septembre 2011. Quel que soit le cas de figure, les conférences de territoire fonctionnent depuis moins d'un an.

Pour autant, à la question « À votre connaissance, le dispositif MAIA a été discuté dans les instances de gouvernance de votre ARS, conférences de territoire ? »

- 3 des 15 référents Alzheimer répondent : oui (20%)
- 4 des 15 référents Alzheimer répondent : non (27%)
- 8 des 15 référents Alzheimer répondent ne pas savoir (53%)

Dans le cas des conférences de territoire, il n'y a pas d'« effet positionnement hiérarchique » sur le fait de savoir si oui ou non le dispositif MAIA y a été présenté et discuté[36].

Le constat selon lequel plus de la moitié des référents Alzheimer (n=8/15) ne sait pas si le dispositif MAIA a été présenté et discuté en conférences de territoire témoigne potentiellement de difficultés de déploiement. Dans la mesure où le dispositif d'intégration MAIA s'appuie méthodologiquement et empiriquement sur une étroite collaboration formalisée entre l'ensemble des acteurs locaux des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les conférences de territoires apparaissent constituer une instance de gouvernance à privilégier. Les référents Alzheimer devront être vigilants à cette dimension au fil du déploiement du dispositif.

[36] Il n'y a pas d'autres caractéristiques communes aux situations de ces 4 référents Alzheimer.

Plus de la moitié des référents Alzheimer (n=8/15) ne sait pas si le dispositif MAIA a été présenté discuté en conférence de territoires, sans qu'il y ait de tendance à un effet hiérarchique. Le dispositif d'intégration MAIA n'a été discuté et présenté en conférences de territoire selon les référents Alzheimer que dans 3 cas. Les référents Alzheimer témoignent d'un faible investissement des conférences de territoire, ce qui, à terme peut constituer une dynamique défavorable au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

3.7.1.4. Synthèse des stratégies de mobilisation des instances de gouvernance des ARS

Nonobstant la prise en compte du caractère particulièrement récent de l'installation des instances de gouvernance des ARS, il est possible de voir trois tendances.

Il y a une première tendance à ce que le positionnement hiérarchique intra-direction de rattachement ait un impact sur la connaissance des modalités de gouvernance des politiques de santé régionales. Les 3 référents Alzheimer répondant ne pas savoir si le dispositif MAIA a été présenté et discuté dans les 3 instances de gouvernance sont positionnés hiérarchiquement au sein de leur direction de rattachement à un niveau n-3.

Il y a une seconde tendance à ce que la taille de l'ARS ait un impact sur la connaissance des modalités de gouvernance des politiques de santé régionales. La majorité des 3 référents Alzheimer répondant ne pas savoir si le dispositif MAIA a été présenté et discuté sont inscrits dans des ARS de petite taille (de « 100 à 300 agents ») (n=2/3). La tendance est ici contre-intuitive.

Il y a une tendance à ce que l'organisation interne aux ARS de type « semi-sectorielle » soit peu propice à la connaissance des modalités de gouvernance des politiques de santé régionales : les 3 référents Alzheimer ne sachant pas si le dispositif d'intégration MAIA a été présenté et discuté dans chacune des 3 instances de gouvernance sont inscrits dans de ARS de type « semi-sectorielle ».

3 des 15 référents Alzheimer déclarent ne pas savoir si le dispositif MAIA a été discuté dans les 3 instances de gouvernance internes à leur ARS. Les 3 référents sont inscrits dans des ARS dont l'organisation interne est « semi-sectorielle », de petite taille (de « 100 à 300 agents ») (n=2/3) et sont positionnés hiérarchiquement au sein de leur direction de rattachement à un niveau n-3.

3.7.2. Outils de programmation

La thématique de l'inscription du dispositif d'intégration MAIA dans les outils de programmation des ARS a été traitée à travers une série de questions séquentielle de la démarche de programmation :

- l'inscription du dispositif dans les orientations stratégiques du PSRS,
- l'inscription du dispositif dans les priorités du SROS, l'inscription du dispositif dans les priorités du SROMS puis les modalités de déploiement du dispositif dans le SROMS,
- et l'inscription du dispositif dans les priorités des programmes d'action puis les modalités de déploiement du dispositif d'intégration MAIA dans les programmes.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des réponses des référents Alzheimer sur chacun des 6 items sur lesquels il leur était demandé de se prononcer.

Tableau 29. Inscription du dispositif d'intégration MAIA dans les outils de programmation des ARS

	Orientation dans PSRS	Orientation dans SROS	Orientation dans SROMS	Modalités de déploiement dans SROSM	Orientation dans programmes d'action	Modalités déploiement dans programmes d'action
Cas 1	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Cas 2	Oui	Ne se prononce pas	Oui	Oui	Oui	Oui
Cas 3	Oui	Ne sait pas	Oui	Oui	Oui	Oui
Cas 4	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Cas 5	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Cas 6	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Ne sait pas
Cas 7	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Cas 8	Oui	Ne sait pas	Oui	Oui	Oui	Oui
Cas 9	Ne sait pas	Oui	Oui	Non	Ne sait pas	Oui
Cas 10	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Ne sait pas
Cas 11	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Ne sait pas
Cas 12	Ne se prononce pas	Oui	Oui	Oui	Ne se prononce pas	Ne se prononce pas
Cas 13	Ne se prononce pas	Ne sait pas	Ne se prononce pas	Oui	Oui	Oui
Cas 14	Ne sait pas	Ne sait pas	Oui	Non	Oui	Non
Cas 15	Non	Non	Non	Non	Ne sait pas	Ne sait pas

Le fait que ce tableau soit compliqué à lire peut être considéré comme l'un des premiers signes des difficultés, ou du retard, voire de l'absence de stratégies claires de programmation et de planification du dispositif d'intégration MAIA dans les outils des ARS.

Préalablement à l'examen détaillé de la façon dont le dispositif d'intégration est inscrit dans chacun des 4 outils de programmation, il convient de faire un certain nombre de constats généraux.

En premier lieu, constatons que seuls 4 référents Alzheimer savent si le dispositif d'intégration est inscrit dans l'ensemble des 4 outils de programmation. Ces 4 référents Alzheimer partagent pour seule caractéristique commune le fait d'être positionnés hiérarchiquement dans leur direction de rattachement à des niveaux n-3 et n-4[37]. Précisons que 2 autres référents connaissent la façon dont le dispositif d'intégration est inscrit ou non dans l'ensemble des 4 outils de programmation mais choisissent de ne pas se prononcer sur 1 ou deux des outils de programmation.

En second lieu, constatons que dans un cas, le dispositif d'intégration n'est pas inscrit ni dans le plan ni dans les schémas et que le référent Alzheimer en question ne sait pas s'il sera inscrit dans les programmes d'action.

Ensuite, constatons que le dispositif d'intégration MAIA étant perçu comme un dispositif médico-social, il figure certes dans les SROMS, néanmoins le fait que 4 référents Alzheimer ne savent pas s'il est inscrit dans le SROS de leur ARS pose des questions d'articulation de l'ensemble des services gérontologiques, soit la cohérence de la politique interne de l'ARS avec le cœur du dispositif d'intégration MAIA.

Enfin, constatons une tendance dans 3 situations à ce que les outils de programmation des ARS soient davantage considérés comme outils d'orientation que comme outils de

[37] Les tailles des régions, les tailles des ARS, et les modalités d'organisation interne sont hétérogènes.

planification. Ceci est attesté par le fait que dans ces 3 cas, les modalités de déploiement du dispositif d'intégration ne sont pas prévues ni dans le SROMS ni dans les programmes d'action.

L'inscription du dispositif d'intégration en tant qu'orientation affichée est réalisée dans le cadre des SROMS. Cette réalisation est cohérente avec le fait que le dispositif d'intégration MAIA est un dispositif dit médico-social. Une attention particulière doit néanmoins être apportée au contenu des SROS, notamment pour garantir l'articulation avec les orientations spécifiques aux centres hospitaliers, aux réseaux de santé et filières gériatriques. Or 4 référents ne connaissent pas le contenu du SROS de leur ARS et 3 déclarent que l'orientation d'intégration des services gérontologiques n'est pas une orientation du SROS de leur ARS.

3.7.2.1. Inscription dans les PSRS

A la question, « L'objectif d'intégration des services gérontologiques est-il l'une des orientations définies dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS) ? », les référents Alzheimer déclarent :

- Oui (n=6)
- Non (n=5)
- Ne pas savoir (n=2)
- Ne pas se prononcer (n=2)

L'objectif d'intégration des services gérontologiques est l'une des orientations des PSRS dans plus d'un tiers des cas étudiés (n=6/15) et ne l'est pas dans un tiers des cas (n=5/15).

Ces réponses appellent différentes catégories de commentaires.

D'une part, les référents Alzheimer ne sachant pas si l'objectif d'intégration figure dans le PSRS sont des référents occupant des postes de niveaux n-4 en interne à leur direction de rattachement. Ce résultat pourrait signifier que l'absence de positionnement hiérarchique décisionnel est peu propice à la connaissance des outils de programmation et à la mission de planification du déploiement des MAIA donné aux ARS.

Par ailleurs, les référents Alzheimer ne sachant pas si l'objectif d'intégration figure dans le PSRS, sont des référents inscrits dans des ARS dont l'organisation interne est « semi-sectorielle » et de petite taille (de « 100 à 300 agents »).

Il y a une corrélation entre le fait de savoir si l'objectif d'intégration des services gérontologiques est l'une des orientations des PSRS et le type d'organisation interne à l'ARS, ainsi que la taille de l'ARS et le positionnement hiérarchique du référent Alzheimer.

D'autre part, la lecture des PSRS publiés sur les sites des ARS (n=11) invite à prendre quelques précautions sur l'interprétation à donner à ces résultats.

Il apparaît que les référents Alzheimer aient eu une compréhension de la question et/ou une lecture des PSRS variées.

Ainsi parmi les 6 référents Alzheimer ayant répondu que l'inscription de l'intégration des services gérontologiques est une orientation du PSRS de leur ARS, cette orientation est comprise en termes de coordination de soins et services offerts aux personnes âgées :

- Exemple 1 : « Objectif : Améliorer la coordination des acteurs. [Dont] Les personnes en situation de perte d'autonomie bénéficient souvent d'intervenants multiples en fonction des compétences à mobiliser sur chaque situation individuelle. La capacité des acteurs à

se coordonner et à se compléter est un facteur de réussite et un gage de qualité dans tous les aspects de la prise en charge » [extrait PSRS].

- Exemple 2 « Objectif: Assurer la coordination des soins et des autres prestations d'aide à domicile des personnes âgées. [Dont] Des dispositifs ont été développés ou expérimentés (Réseau, MAIA). Il convient de les organiser de façon cohérente sur l'ensemble du territoire régional et de les coordonner avec ceux des Conseils Généraux » [extrait PSRS].

Parmi les 5 référents Alzheimer ayant répondu que l'inscription de l'intégration des services gérontologiques n'est pas une orientation du PSRS de leur ARS, l'orientation en termes de coordination de soins et services offerts aux personnes âgées est également présente dans les PSRS :

- Exemple 1 : « Objectif : Améliorer la coordination des acteurs. [Dont] Les personnes en situation de perte d'autonomie bénéficient souvent d'intervenants multiples en fonction des compétences à mobiliser sur chaque situation individuelle. La capacité des acteurs à se coordonner et à se compléter est un facteur de réussite et un gage de qualité dans tous les aspects de la prise en charge » [extrait PSRS].
- Exemple 2 : « Objectif : Développer la coordination, l'articulation, les réseaux. [Dont] Garantir une coordination des acteurs de proximité des champs sanitaire, médico-social et social pour garantir la continuité des parcours et la satisfaction des besoins. » [extrait PSRS].
- Exemple 3 : « La coordination des acteurs est un maillon essentiel du parcours du patient âgé en particulier chez le patient Alzheimer. Une meilleure prise en charge et suivi s'appuie sur une étroite collaboration formalisée entre les acteurs. A ce titre les différents schémas proposent de poursuivre le dispositif MAIA ; il constitue un guichet unique pour les patients Alzheimer. Il s'agit d'un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et médico-social, permettant de construire pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, un parcours de prise en charge personnalisé, en offrant une réponse graduée et adaptée à chaque situation » [extrait PSRS]

L'intégration des soins et services est associée de façon plus ou moins directe à l'objectif de coordination des soins et services présent dans les PSRS. Les référents Alzheimer en font toutefois des lectures différentes dans la façon de considérer ou non l'intégration comme orientation du PSRS de leur ARS.

L'analyse de discours effectuée dans le cas des référents Alzheimer ayant participé aux deux phases de l'étude nous amène à proposer comme interprétation à ce différentiel de lecture des référents la prise en compte des configurations territoriales préexistantes en matière de coordination gérontologique.

En effet, il apparaît par exemple que dans le cas d'une région n'ayant pas de méthode prédéfinie au moment de l'écriture du PSRS pour organiser la coordination gérontologique, le dispositif MAIA ait été saisi comme une méthode à développer et pour cette raison inscrit comme orientation stratégique : *« C'est vrai que la MAIA, elle a été bienvenue, finalement, par rapport à notre PSRS où l'on avait mis comme objectif qu'il fallait coordonner les coordonnateurs, après du coup, c'est super comme idée, mais comment on fait ça ? Il y a MAIA qui arrive, alors du coup, ce n'est tombé du ciel, voilà, ça s'est bien goupillée, ça c'est bien synchronisé »* [verbatim d'entretien].

Inversement dans le cas d'une région ayant une méthode prédéfinie au moment de l'écriture du PSRS pour organiser la coordination gérontologique, le dispositif MAIA n'a pas été inscrit comme orientation stratégique « *On les a appelées filières gérontologiques pour associer le médico-*

social, le Conseil Général, les services à domicile, le social, la CRAM, c'est surtout là-dessus qu'on a axé notre travail d'organisation gérontologique » [verbatim d'entretien].

Les référents Alzheimer associent l'orientation d'intégration des services gérontologiques dans les PSRS à l'objectif de coordination des soins et services présent dans les PSRS. Dans cette perspective, le fait de considérer ou non l'orientation d'intégration des services gérontologiques comme l'une des orientations des PSRS est fonction de la préexistence d'une méthode pour organiser la coordination gérontologique en région.

Compte tenu des larges marges de manœuvre données par le législateur aux ARS dans la définition du contenu des PSRS, les PSRS étudiés sont très variables : les extrêmes se situant de moins de 20 pages comprenant des orientations générales à plus de 300 pages comprenant les schémas d'organisation voire les programmes.

Dans le premier cas du PSRS de 20 pages, l'orientation générale permettant de considérer que l'intégration des services gérontologiques est l'une des orientations, réfère, par exemple, à : « Coordonner l'offre de soins existante [dont] Articuler et mettre à niveau le projet de soins et le projet d'accompagnement médicosocial » [extrait PSRS].

Dans le second cas du PSRS de plus de 300 pages, le contenu les orientations des schémas en lien avec l'intégration des services l'orientation générale permettant de considérer que l'intégration est l'une des orientations, réfère, par exemple, à : « En complément des dispositifs précédents, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA) ont pour vocation d'être la porte d'entrée unique pour l'accueil, l'orientation et la prise en charge. Il s'agit de remédier à l'insuffisante articulation de tous les services, pour aboutir à une prise en charge coordonnée et plus soutenue. La [région] a fait le choix d'un dispositif MAIA original, fédératif, tendant à privilégier un déploiement interdépartemental sur plusieurs territoires pour déboucher à terme sur un maillage régional » [extrait PSRS].

Cette donnée que constitue le haut degré de variation des contenus des PSRS est importante à souligner car effectivement les PSRS définissant les grandes orientations régionales, les orientations spécifiques sont à aller rechercher dans les schémas SROS et SROMS.

Les PSRS sont très variables d'une ARS à l'autre : de 20 à plus de 300 pages, les orientations sont soient très générales soient détaillées en termes d'orientations vers l'intégration des services gérontologiques.

3.7.2.2. Inscription dans les SROS

Concernant le schéma d'organisation des soins, la question posée était la suivante, à la question : « L'objectif d'intégration des services gérontologiques est-il l'une des orientations définies dans le Schéma régional de l'offre sanitaire (SROS)? », les référents Alzheimer déclarent :

- Oui (n=7)
- Non (n=3)
- Ne pas savoir (n=4)
- Ne pas se prononcer (n=1)

L'objectif d'intégration des services gérontologiques est l'une des orientations des SROS dans près de la moitié des cas étudiés (n=7/15) et ne l'est pas dans 3 cas.

De la même façon que pour les réponses fournies à l'outil de programmation PSRS, ces réponses appellent différentes catégories de commentaires.

D'une part, les 3 référents Alzheimer ne sachant pas si l'objectif d'intégration figure dans le SROS, sont des référents occupant des postes de niveaux n-2 (n=2) et n-3 (n=1) et n-4 (n=1). Les référents Alzheimer ne sachant pas si l'objectif d'intégration figure dans le PSRS, sont des référents inscrits dans des ARS dont l'organisation interne est « sectorielle » (n=1) « semi-sectorielle » (n=3) et majoritairement de petite taille, c'est-à-dire dont les effectifs sont compris entre « 100 à 300 agents » (n=3), l'autre cas correspondant à une ARS de grande taille supérieure à 600 agents (n=1).

4 des 15 référents Alzheimer ne savent pas si l'objectif d'intégration des services gérontologiques est l'une des priorités du SROS de leur ARS. Ils présentent pour caractéristique commune d'être inscrits dans des ARS de petite taille dont l'organisation est de type « semi-sectorielle ».

D'autre part, la lecture des SROS publiés sur les sites des ARS (n=4) invite à prendre quelques précautions sur l'interprétation à faire de ces résultats.

Tout d'abord, dans un seul des 7 cas de référents Alzheimer déclarant que l'objectif d'intégration est une orientation du SROS, le SROS en question est publié. Cette orientation est définie de la façon suivante : « Faire évoluer les articulations entre les réseaux de santé et l'ensemble des professionnels de santé. Les réseaux de santé, de par leur nature transversale, ne relèvent ni de l'ambulatoire, ni de l'hospitalier, sont à l'interface de la prévention, du soin et du médico-social. Il est nécessaire de clarifier et faire évoluer leurs articulations avec : les professionnels de santé de 1er recours, les attentes devront être redéfinies, de nouvelles relations formalisées et les structures qui existent sur les territoires, intervenant au domicile (HAD, SSIAD, EMS APA) ou hébergeant des patients (EHPAD), sachant que de nouveaux acteurs naissent régulièrement (MAIA) » [extrait SROS].

Ensuite, dans le cas d'un des 3 référents déclarant que l'orientation de l'intégration des services gérontologiques n'est pas une orientation du SROS, il est pourtant possible de lire dans le SROS en question que dans le volet pathologies Alzheimer le plan d'action est notamment d' : « Informer et coordonner l'accompagnement par le déploiement sur le territoire du dispositif intégré MAIA » [extrait SROS].

Dans la configuration des 2 référents ne se prononçant pas, dans l'un des deux cas, ceci pourrait s'expliquer par la mise en œuvre d'une orientation redondante voire concurrente en matière d'intégration des services « Accompagner le développement des plateformes territoriales de services (structures proposant : hébergement permanent et temporaire, accueil de jour, halte répit, SSIAD, SAAD, CLIC, MAIA) » [extrait SROS].

Enfin, dans l'un des quatre cas de référents Alzheimer déclarant ne pas savoir si l'intégration des services gérontologiques est une orientation du SROS, apparait une situation problématique dans la mesure où dans le SROS en question il est possible de lire: « Pour ce qui concerne le vieillissement, les priorités transversales concernant le SROS sont [Notamment] la plus grande structuration des filières de soins gériatriques : l'organisation formelle des articulations entre les établissements, professionnels et services est à renforcer, de même que les partenariats avec l'hospitalisation à domicile, les médecins traitants, les acteurs médico-sociaux et les structures de coordination (CLIC, réseaux de santé, MAIA) [et notamment] la coordination des différentes professions intervenantes doit être facilitée que ce soit pour améliorer les interventions des SSIAD, des infirmières libérales, des masseurs kinésithérapeutes ou des services sociaux des collectivités territoriales. Les plateformes territoriales de coordination doivent contribuer à renforcer cette prise en charge globale. Dans ce cadre, l'expérience des réseaux de santé gérontologiques peu s'avérer précieuse. Il faudra aussi tenir compte des actions menées dans le cadre des MAIA » [extrait SROS]. Cette dernière précision du SROS semble montrer qu'une articulation entre les orientations du

SROS et SROMS est recherchée, notamment dans le cadre du développement des MAIA. Aussi apparaît-il surprenant que le référent Alzheimer concerné par cette situation ne soit pas saisi du travail d'articulation promu, travail au centre de ses missions de déploiement des dispositifs d'intégration MAIA.

La lecture des SROS publiés sur les sites des ARS au moment de l'étude (n=4), montre que l'orientation d'intégration des services gérontologiques est souvent portée par d'autres dispositifs que MAIA : réseaux de santé gérontologiques, plateformes territoriales de services, plateformes territoriales de coordination. Dans ces dispositifs, MAIA est fréquemment considérée comme un des services du dispositif.

3.7.2.3. Inscription dans les SROMS

Concernant le schéma d'organisation médico-sociale, à la question: « L'objectif d'intégration des services gérontologiques est-il l'une des orientations définies dans le Schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS) ? », les référents Alzheimer déclarent :

- Oui (n=13)
- Non (n=1)
- Ne pas savoir (n=0)
- Ne pas se prononcer (n=1)

L'objectif d'intégration des services gérontologiques est l'une des orientations des SROMS dans près de l'intégralité des cas étudiés (n=13/15) et ne l'est pas dans 1 cas.

De la même façon que pour les réponses fournies aux outils de programmation PSRS et SROS, ces réponses appellent différentes catégories de commentaires.

D'une part, comme explicité précédemment, les référents Alzheimer étant en très grande majorité rattachés à des directions, sous-directions, départements, pôles, services ou unités médico-sociales, ces derniers connaissent parfaitement le contenu des SROMS de leur ARS, d'où le fait qu'aucune référent Alzheimer déclare ne pas savoir si l'objectif d'intégration des services gérontologiques est l'une des orientations définies dans du SROMS de leur ARS.

D'autre part, dans le cas du référent déclarant que l'orientation d'intégration des services gérontologiques n'est pas une orientation du SROMS, à la lecture du SROMS il est fait état d'une orientation « Poursuivre le dispositif MAIA » [extrait SROMS].

Enfin, dans le cas du référent ne se prononçant pas, ceci pourrait s'expliquer par l'énoncé d'une action « Mutualiser les moyens d'information, de coordination et d'articulation entre les structures sanitaires et médico-sociales (réseaux gérontologiques, CLIC, Conseils Généraux, établissements, MAIA, *etc.*) » [extrait SROMS] qui situe donc les MAIA comme un service gérontologique et non comme un dispositif d'intégration des services gérontologiques.

Parmi les 13 référents déclarant que l'objectif d'intégration des services gérontologiques est l'une des orientations définies dans le SROMS de leur ARS, trois orientations y sont rattachées.

Dans la mesure où seuls 6 SROMS étaient rendus public au moment de l'étude, il paraît intéressant de poursuivre l'exposé analytique des SROMS avec les discours tenus par les 7 référents Alzheimer ayant participé aux deux phases de l'étude (par enquête de terrain et par questionnaire) :

- Une orientation « coordination des intervenants » avec une acceptation relative aux services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie « *On l'a vu au niveau du schéma,*

on a fait des auditions, la coordination, voilà tout le monde nous attend là-dessus : qu'est-ce que vous allez faire de plus ? Je leur réponds : mais la MAIA va nous aider à impulser quelque chose et à montrer que l'on peut, effectivement, coordonner tout le monde, moi, j'y crois » [verbatim d'entretien] et une acceptation relative aux services offerts aux personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée : « *C'était un peu une réponse aux questions qui étaient posées sur, justement, la coordination des soins. En disant, une des réponses, en tous les cas, pour la maladie d'Alzheimer, ce sera les MAIA* ». [verbatim d'entretien]

- une orientation « lisibilité des dispositifs gérontologiques » (en particulier à domicile, mais aussi en articulation des entrées et sorties hospitalières) articulant les concepts de filières gériatriques et/ou gérontologiques : « *L'intérêt de ce dispositif, ça sera de mettre un peu plus de lisibilité à ce qui existe, quel que soit le financeur, quel que soit le lieu où c'est, et donc cette notion,* […], *c'était ce que l'on a essayé de faire, nous, dans nos filières de rendre plus lisible, parce que la MAIA devra donner cette lisibilité, cela fera partie des informations qu'elle donnera aux prestataires qui prennent en charge ces personnes, je crois que l'un des grand intérêt, c'est cette lisibilité du dispositif* » [verbatim d'entretien].
- une orientation « fluidité des parcours pour les personnes âgées » : « *une MAIA, c'est un mini schéma pour personnes âgées parce que c'est vraiment ça, nous, l'objectif du schéma, c'est de faciliter le parcours de vie d'une personne âgée, une MAIA, clairement, c'est ça, un mini schéma* » [verbatim d'entretien].

L'analyse croisée des SROMS publiés sur les sites des ARS au moment de l'étude (n=6), et des discours des référents Alzheimer ayant participés aux deux phases de l'étude montre que l'orientation d'intégration des services gérontologiques est déclinée en trois orientations différentes : 1) « coordination des intervenants », 2) « lisibilité des dispositifs gérontologiques », 3) « fluidité des parcours pour les personnes âgées »

Par ailleurs, dans la mesure où le développement du dispositif MAIA est très majoritairement inscrit comme orientation des SROMS, il est intéressant d'affiner l'inscription qui en est faite. Ceci est rendu possible par les réponses fournies à une deuxième question : « Les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA sont-elles inscrites dans le Schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS) ? » :

- 9 référents Alzheimer déclarent que les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA sont inscrites dans le SROMS,
- 6 référents Alzheimer déclarent que les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA ne sont inscrites pas dans le SROMS.

Les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA sont inscrites dans les SROMS dans plus de la moitié des cas étudiés (n=9/15) et ne le sont pas dans 6 cas des 15 cas.

La lecture des SROMS publiés sur les sites des ARS (n=6) invite à prendre quelques précautions quant à la lecture de ces résultats.

Il apparaît que les référents Alzheimer aient eu une compréhension de la question et/ou une lecture des SROMS variées.

Ainsi parmi les 9 référents Alzheimer ayant répondu que les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA sont inscrites dans le SROMS, dont 4 SROMS sont publiés, les modalités sont déclinées :

- Exemple 1 : « En accord avec les conseils généraux, les MAIA ont vocation à se développer dans les prochaines années pour couvrir progressivement l'ensemble du

territoire et se substituer alors aux autres dispositifs de coordination pour éviter la superposition de plusieurs portes d'entrée » [extrait SROMS].

- Exemple 2 : « En région, en collaboration avec divers partenaires, et principalement les conseils généraux, l'ARS s'attache à la mise en place du dispositif MAIA [..]. La [région] a fait le choix d'un dispositif MAIA original, fédératif, tendant à privilégier un déploiement interdépartemental sur plusieurs territoires pour déboucher à terme sur un maillage régional » [extrait SROMS].
- Exemple 3 : « Labelliser progressivement de nouvelles MAIA dans la perspective d'une couverture régionale en 2013 » [extrait SROMS].
- Exemple 4 : « La création des MAIA. Action 1 : Lancer un appel annuel à candidatures dès les parutions des circulaires budgétaires. Action 2 : Suivre le fonctionnement des MAIA et veiller à l'articulation entre les équipes sanitaires, médico-sociales et sociales » [extrait SROMS].

Parmi les 6 référents Alzheimer ayant répondu que les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA ne sont pas inscrites dans le SROMS, dont 2 SROMS sont publiés, les modalités sont déclinées :

- Exemple 1 : « L'ensemble des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (formation des aidants, Équipes spécialisées Alzheimer, plateforme de répit, accueil de jour, dispositif MAIA, etc.) participent des orientations du SROMS et ont vocation à se développer dans la région pour une couverture optimale des territoires de santé en fonction des enveloppes nationales dédiées à ces actions » [extrait SROMS].
- Exemple 2 : « Promouvoir la mise en place des MAIA » [extrait SROMS].

La lecture des SROMS publiés sur les sites des ARS au moment de l'étude (n=6), montre que les modalités précises de déploiement du dispositif d'intégration MAIA sont de deux ordres distincts : 1) un développement progressif en accord avec les partenaires stratégiques, en particulier les conseils généraux (n=2), 2) une implantation suivant le cadre réglementaire (circulaire budgétaire, lancement appel à candidatures, suivi et contrôle, labellisation) (n=4). L'absence de modalités précises de déploiement du dispositif d'intégration MAIA réfère à une stratégie d'affichage de promotion du dispositif.

Il paraît nécessaire de poursuivre la lecture de la façon dont le déploiement des dispositifs intégrés MAIA est inscrit ou non dans les SROMS, dans les cas où les référents déclarent que le déploiement des dispositifs intégrés MAIA est une orientation de leur SROMS, mais que les modalités précises de déploiement ne sont pas inscrites dans les SROMS.

Les référents Alzheimer arguent cette situation par trois catégories d'éléments :

- Un dispositif trop récent, voire encore expérimental, car non inscrit dans un Plan pérenne : « *C'est un peu tôt pour pouvoir l'écrire, donc ce qui est inscrit, c'est plus des collaborations et des coopérations renforcées et organisées au sein d'un territoire* » [verbatim d'entretien]. « *On dit que l'on est dans le déploiement, alors que l'on a l'impression que l'on est encore dans de l'expérimental* […] *On a des assurances orales, qu'il y aura un Plan Alzheimer après 2012 et qu'il y en aura d'autres, on est quand même un petit peu en difficulté pour bâtir un schéma là-dessus* » [verbatim d'entretien].
- L'absence de visibilité du nombre de MAIA par région à déployer : « *Le nombre de MAIA à terme avec la généralisation et le maillage complet, c'est quand même très, très important et ce serait très important que l'on sache où l'on va parce que, pour le moment, on est quand même très*

embêtés » [verbatim d'entretien]. « *On n'a pas de visibilité sur, le nombre de dispositifs que l'on va avoir, donc, comment dire si on en a 30 ou si on en a 50, on n'a pas les mêmes exigences* » [verbatim d'entretien].

- un dispositif localement implanté bien que de responsabilité départementale et régionale « *C'est deux MAIA sur tout le territoire, il y a huit territoires de santé, donc ce n'est pas quelque chose de complètement régionalisé, ça reste deux projets, je ne vais pas dire deux projets locaux, mais deux projets territorialement bien définis qui ne concernent pas l'ensemble du territoire de santé, donc pour l'instant, on n'a pas intégré ça dans les projets* » [verbatim d'entretien]. « *On sait que l'année prochaine, on en aura deux de plus et que ça ne va pas couvrir tout le territoire, cela n'a pas de sens actuellement* » [verbatim d'entretien].

Les référents Alzheimer déclarant que le déploiement des dispositifs intégrés MAIA est une orientation de leur SROMS, mais que les modalités précises de déploiement ne sont pas inscrites, l'explicitent pas trois catégories d'éléments : 1) un dispositif nouveau, complexe et peu connu, difficile à inscrire dans un schéma 2) la généralisation d'un dispositif sans visibilité des moyens financiers et humains affectés régionalement, bloquant les possibilités de planification, 3) Un dispositif interdépartemental ne couvrant pas l'ensemble de la région, rendant difficile la programmation régionale.

Ces trois catégories d'éléments traversent, selon les discours tenus par les référents Alzheimer interviewés dans la phase d'enquête de terrain, l'ensemble des difficultés à exercer la mission de programmateur du déploiement de la politique publique d'intégration MAIA.

3.7.2.4. Inscription dans les programmes d'action

Au moment de la passation du questionnaire, le travail de définition des programmes d'action commençait, d'où une question formulée au futur : « Prévoyez-vous d'inscrire l'objectif d'intégration dans les programmes d'action de votre ARS ? ». Les référents Alzheimer déclarent :

- Oui (n=11)
- Non (n=1)
- Ne pas savoir (n=2)
- Ne pas se prononcer (n=1)

L'objectif d'intégration des services gérontologiques sera l'une des orientations des programmes d'action des ARS dans la grande majorité des cas étudiés (n=11/15) et ne le sera pas dans 1 cas.

A la seconde question : « Prévoyez-vous d'inscrire les modalités précises de déploiement du dispositif dans les programmes d'action de votre ARS ? »

- Oui (n=7)
- Non (n=3)
- Ne pas savoir (n=4)
- Ne pas se prononcer (n=1)

Les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA seront inscrites dans les programmes d'action dans près de la moitié des cas étudiés (n=7/15) et ne le seront pas dans 3 des 15 cas.

Précisons que dans le cas des programmes d'action « l'effet positionnement hiérarchique » des référents Alzheimer apparaît incertain : les référents Alzheimer qui ne savent pas si oui ou non l'objectif d'intégration des services gérontologiques sera l'une des orientations des

programmes d'action sont à des niveaux n-3 (n= 1) et, n-2 (n=1) ; et les référents Alzheimer qui ne savent pas si oui ou non Les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA seront inscrites dans les programmes d'action sont à des niveaux n-4 (n= 1), n-3 (n= 2), et n-2 (n=1).

Comme nous l'avons souligné à travers notre analyse des résultats relatifs à la façon dont l'orientation d'intégration des services est inscrite ou non dans les schémas d'organisation (SROS et SROMS) des ARS, il apparaît que cette inscription semble ambiguë. Si elle est apparue parfois (2 cas) comme une méthode pour atteindre l'objectif de coordination des services et de continuité des parcours, l'orientation d'intégration des services à travers le dispositif MAIA est plus fréquemment articulée de façon ambiguë avec les dispositifs filières gériatriques ou filières gérontologiques. Il apparait que ce soit à travers les outils programmes d'action que l'articulation entre les différents dispositifs de coordination gérontologique sera travaillée. En atteste ces deux citations :

- « *Les orientations, c'est améliorer les filières et améliorer le lien entre le domicile et les institutions, entre le sanitaire et le médico-social, après, comment ça va se décliner, ça sera plus tard dans les programmes* » [verbatim d'entretien],
- « *On n'a pas envisagé encore quelle forme ça allait prendre* [entre filières et MAIA], *la composition des commissions, les tables, et puis le programme de travail, c'est pour la fin de l'année* [dans le cadre des programmes d'action] » [verbatim d'entretien].

3.7.3. Retard et insuffisances de déploiement du dispositif d'intégration MAIA dans les outils de gouvernance et de programmation des ARS

Bien que la synthèse des stratégies de déploiement du dispositif d'intégration MAIA à travers l'analyse de la compatibilité des politiques internes définies dans les outils de programmation et de planification PSRS, SROS, SROMS et programmes d'action soit rendue difficile du fait de l'importante hétérogénéité des situations et du manque de données documentaires rendues publiques, deux tendances semblent se dessiner.

Il y a une première tendance, relativement à l'ensemble des quatre outils de programmation, à ce que le positionnement hiérarchique intra-direction de rattachement n'ait pas d'impact sur la connaissance et le pouvoir décisionnel des référents Alzheimer quant à l'inscription du dispositif d'intégration dans les outils de programmation des ARS. Ce résultat apparaît contre-intuitif dans la mesure où il aurait pu être considéré qu'un référent Alzheimer occupant un poste hiérarchiquement élevé puisse avoir davantage de marge de manœuvre dans les orientations stratégiques de son agence en termes d'intégration des services gérontologiques.

Il y a une seconde tendance à ce que le mode d'organisation interne des ARS n'ait pas d'impact sur la connaissance et l'inscription du dispositif d'intégration MAIA dans les outils de programmation des ARS. Ce qui apparait comme un résultat surprenant. En effet, l'hypothèse selon laquelle une organisation de type « semi-sectorielle » et « intersecotrielle » soit propice à l'inscription du dispositif d'intégration MAIA dans les outils de programmation et planification des ARS aurait pu logiquement être posée.

Ces tendances mises en perspectives, il nous semble surtout intéressant de souligner les difficultés énoncées par les référents Alzheimer à définir une politique interne à travers les outils de programmation cohérente avec le dispositif d'intégration MAIA :

1) un dispositif nouveau, complexe et peu connu, difficile à inscrire dans un schéma,

2) la généralisation d'un dispositif sans visibilité des moyens financiers et humains affectés régionalement, bloquant les possibilités de planification,

3) un dispositif infradépartemental ne couvrant pas l'ensemble de la région, rendant difficile l'exercice de programmation régionale.

Ces difficultés pourraient expliquer le fait que parmi 6 référents Alzheimer déclarant que les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA ne sont inscrites dans le SROMS, 3 déclarent qu'elles ne le seront pas non plus dans le cadre des programmes d'action, et 2 ne se prononcent pas. Cet élément atteste à nouveau du conflit d'agenda entre le calendrier de déploiement des MAIA et le calendrier de programmation des ARS.

Il y a un conflit d'agenda entre le calendrier de déploiement des MAIA et le calendrier de programmation des ARS entravant un travail de programmation cohérent avec le dispositif d'intégration MAIA.

L'une des conséquences la plus visible a été fournie à travers l'analyse des contenus des 4 SROS publiés, dans lesquels l'intégration des services gérontologiques est portée par d'autres dispositifs (réseaux de santé gérontologiques, plateformes territoriales de services, plateformes territoriales de coordination) et/ou dans lesquels le dispositif d'intégration MAIA est considéré comme un service gérontologique à coordonner dans d'autres dispositifs d'intégration.

3.8. RELATIONS MANAGERIALES

Le traitement du facteur de réceptivité relatif aux relations managériales établies par les référents Alzheimer et les porteurs et pilotes de dispositifs MAIA a été réalisé à travers l'analyse des données disponibles conformément à l'état d'avancement du déploiement du dispositif d'intégration MAIA, c'est-à-dire :

- Les caractéristiques portant sur l'implication des référents Alzheimer dans la phase expérimentale (degré de participation des référents, appréciation du travail d'intégration des MAIA expérimentales, mise en contact entre MAIA expérimentale(s) et porteurs de projets dans le cadre de l'appel à candidatures 2011)
- les caractéristiques dans lesquelles les référents Alzheimer ont été sollicités par les porteurs de projets dans le cadre du montage des projets présentés de l'appel à candidatures MAIA 2011,
- les caractéristiques dans lesquelles les référents Alzheimer ont accompagné les porteurs de projets non retenus dans le cadre de l'appel à candidatures 2011,
- les caractéristiques dans lesquelles, les référents Alzheimer ont défini des procédures de management des porteurs de projet et des pilotes retenus dans le cadre de l'appel à candidatures 2011.

3.8.1. Liens à la phase expérimentale

7 des 15 référents Alzheimer (47%) ayant participé à la phase questionnaire ont eu une(des) MAIA expérimentale(s) en déploiement dans leur région durant les années 2009 et 2010.

Au titre de leurs fonctions antérieures à la création des ARS (c'est-à-dire avant avril 2010), 3 des 7 référents Alzheimer ont participé à la phase expérimentale. La participation des référents Alzheimer s'exerçait soit par la combinaison d'une participation à la table de

concertation stratégique et de la production d'avis techniques aux pilotes locaux (n=2), soit uniquement en participant à la table de concertation stratégique (n=1).

Au titre de leurs fonctions actuelles au sein de l'ARS (c'est-à-dire depuis avril 2010), 7 des 7 référents Alzheimer ont participé à la phase expérimentale (100%). La participation des référents Alzheimer s'exerçait soit par la combinaison d'une participation à la table de concertation stratégique et de la production d'avis techniques aux pilotes locaux (n=3), soit uniquement en participant à la table de concertation stratégique (n=4).

7 référents Alzheimer ont participé à la phase expérimentale en 2009 et 2010. Dans 4 cas, les référents Alzheimer ont siégé à la table de concertation stratégique. 3 référents Alzheimer ont participé à la phase expérimentale en combinant une représentation à la table de concertation stratégique et un investissement dans la production d'avis techniques aux pilotes locaux

Notons que les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales au déploiement des MAIA expérimentales dans 5 des 7 cas (71%). L'association des délégations territoriales se fait par une participation à la table de concertation stratégique dans les 5 cas. Dans 2 cas il y a une représentation conjointe de l'ARS siège à travers la participation des référents Alzheimer et des délégations territoriales de l'ARS à la table de concertation stratégique Parmi les 5 cas, dans 3 cas le référent Alzheimer ne participe pas à la table de concertation stratégique, il y a donc, dans 3 cas, une représentation, exclusive en table de concertation stratégique par les délégations territoriales. Cette représentation exclusive de l'ARS au niveau des délégations territoriales au sein de la table stratégique peut apparaître sous-optimale car les délégations territoriales n'ont pas d'autonomie décisionnelle, et donc de pouvoir de représentation engageant au sein de la table de concertation stratégique. Dans un cas, l'implication de l'ARS dans le déploiement du dispositif ne s'est pas traduite par une participation en table de concertation stratégique, ainsi dans 1 cas l'ARS n'était pas représentée en table de concertation stratégique pendant la phase expérimentale ni par le référent Alzheimer ni par la délégation territoriale. Dans les deux autres cas il y a une représentation conjointe de l'ARS siège à travers la participation des référents Alzheimer et des délégations territoriales de l'ARS à la table de concertation stratégiques.

Au cours de la phase expérimentale, dans 5 des 7 cas, les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à la table de concertation stratégique. Dans 2 cas il y a une représentation conjointe de l'ARS siège à travers la participation des référents Alzheimer et des délégations territoriales de l'ARS. Dans 3 cas, la représentation de l'ARS en table de concertation stratégique a été exclusivement mise en œuvre par les délégations territoriales, cette représentation de l'ARS est sous-optimale du fait de l'absence d'autonomie décisionnelle des délégations territoriales.

Les référents Alzheimer évaluent le travail d'intégration réalisé par les MAIA expérimentales positivement. En effet, les référents Alzheimer sont :

- Tout à fait d'accord pour estimer que la(es) MAIA expérimentale(s) déployé(es) dans leur région ont réuni l'ensemble des partenaires stratégiques dans 3 sur 7 cas (43%) et plutôt d'accord dans 4 cas sur 7 (57%).
- Tout à fait d'accord pour dire que la (es) MAIA expérimentale(s) déployé(es) dans leur région ont réuni l'ensemble des partenaires tactiques dans 3 cas sur 7 (43%) cas et plutôt d'accord dans 4 cas sur 7 (57%).

- Tout à fait d'accord pour dire que la(es) MAIA expérimentale(s) déployé(es) dans leur région ont apporté des réponses aux besoins des personnes âgées dans 2 cas sur 7 (28%) cas et plutôt d'accord dans 5 cas sur 7 (72%).
- Tout à fait d'accord pour dire que la (es) MAIA expérimentale(s) déployé(es) dans leur région ont amélioré les pratiques d'information et d'orientation dans 3 cas sur 7 (43%) cas et plutôt d'accord dans 3 cas sur 7 (43%), et plutôt pas d'accord dans 1 cas sur (14%) sur 7 cas.
- Tout à fait d'accord pour dire que la(es) MAIA expérimentale(s) déployé(es) dans leur région ont diffusé des outils d'évaluation multidimensionnelle dans 1 cas sur 7 cas (14%) et plutôt d'accord dans 5 cas sur 7 (72%), et plutôt pas d'accord dans 1 cas sur 7 (14%).

Ces appréciations positives du travail d'intégration réalisé par les MAIA expérimentales sont quelque peu plus nuancées lorsque l'on s'intéresse à l'appréciation faite par les référents Alzheimer en phase d'enquête de terrain.

Parmi les 7 référents Alzheimer ayant participés aux deux phases de l'étude, 3 ont eu une MAIA expérimentale.

Tout d'abord, parmi ces 3 référents Alzheimer, 2 considèrent qu'ils n'étaient pas parties-prenantes de la MAIA expérimentale : « *On était au courant qu'il y en avait une, mais on a eu aucune information* » [verbatim d'entretien] « *On était invité en table stratégique, mais comment dire, en spectateur, je n'étais pas tellement impliquée* » [verbatim d'entretien]. Ce résultat invite à prendre des précautions par rapport aux réponses fournies dans le questionnaire.

Ensuite si le 3ème référent, partie-prenante de la MAIA expérimentale déployée dans sa région, considère que : « *C'est vrai que l'expérience a l'air positive* » [verbatim d'entretien], les trois référents Alzheimer ont mis en exergue un certain nombre de carences et de difficultés. Il s'agit notamment :

- D'une table stratégique incomplète : « *On a aussi la Mairie, le CCAS de la ville qui est quand même assez important et qui ne s'entend pas du tout avec le Conseil Général et qui a refusé toute participation dans la MAIA* » » [verbatim d'entretien], et d'une concertation stratégique complexe : « *Il y a eu tout un procès d'intention qui a été fait par le CODERPA* » [verbatim d'entretien],
- D'une table tactique incomplète : « *Ils n'avaient pas inclus l'hôpital juste à côté !*» [verbatim d'entretien],
- De difficultés d'articulation entre les deux tables de concertation : « *L'histoire de la table stratégique et de table tactique qui étaient un peu mélangées* » [verbatim d'entretien],
- De difficultés de construction du guichet intégré : « *C'est justement là que se jouent les synergies et que devraient se faire les coordinations, le problème, on tombe dans les problèmes de personnes, de chasse gardée*, […], *ce n'est pas vraiment, en plus du guichet intégré, parce que le guichet intégré, ça ne marche que si on accepte de transférer ou de travailler ensemble* » [verbatim d'entretien],
- De difficultés dans la mise en place de la gestion de cas : « *Il y a eu une montée en charge très, très lente* […], *c'est plutôt des histoires de légitimité sur les gestionnaires, il y en a* [tant] *qui veulent s'en aller, c'est qu'il y a un malaise, a priori* […]. *On aura toujours le problème du secret médical, quand elles accompagnent quelqu'un en consultation, je pense que le soignant en face, un gestionnaire de cas qui n'est pas profession médicale, il attend dehors* » [verbatim d'entretien].

Néanmoins, 5 des 7 référents Alzheimer des ARS ayant eu dans leur région une(des) MAIA expérimentale(s) ont incité les porteurs de projets à l'appel à candidatures 2011 à contacter les pilotes des MAIA expérimentales afin d'échanger. Notons par ailleurs, que deux référents

Alzheimer n'ayant pas eu de MAIA expérimentale dans leur région, ont incité les porteurs de projet à l'appel candidature 2011 à contacter les pilotes des MAIA expérimentales des régions limitrophes à la leur.

Ces éléments témoignent de la volonté des référents Alzheimer de mutualiser les éléments de connaissance et de stratégies d'implantation du dispositif entre les porteurs et les pilotes de dispositifs MAIA en cours de déploiement.

Parmi les 7 référents Alzheimer ayant eu dans leur région une(des) MAIA expérimentale(s), 5 ont incité les porteurs de projets à l'appel à candidatures 2011 à contacter le(es) pilote(s) local(aux) de la(des) MAIA expérimentale(s). Parmi les 8 référents Alzheimer n'ayant pas eu de MAIA expérimentale dans leur région, 2 ont incité les porteurs de projets à l'appel à candidatures 2011 à contacter les pilotes des MAIA expérimentales.

3.8.2. Accompagnement des porteurs de projets dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011

Dans le cas de 10 des 15 référents Alzheimer (67%), les porteurs de projet à l'appel à candidatures MAIA de 2011, ont contacté les référents Alzheimer pour leur poser des questions sur le cahier des charges, la circulaire, et/ou le dispositif MAIA.

Les caractéristiques régionales entendues ici en termes de taille de la région, de taille des ARS et de nombre de projets développés en 2011 ne semblent pas avoir d'impact sur le fait que les porteurs de projet aient ou non recours aux référents Alzheimer. En effet, les porteurs de projet ayant eu recours aux référents Alzheimer pour construire leur projet MAIA dans le cadre de l'appel à candidatures 2011 sont situés dans des régions dont la taille varie entre 1 et 8 départements, dont la taille des ARS varie de moins de 200 agents à plus de 800 agents, et dont le nombre de projets MAIA développé en 2011 varie de 1 à 3 projets.

Pour autant, constatons que dans le cas des 3 référents Alzheimer présentant pour caractéristiques communes d'être implantés dans de grande région (de 6 à 8 départements), de comporter un grand nombre d'agents (de 600 à plus de 800 agents et plus de 800) et d'avoir la responsabilité de développer un nombre important de projets MAIA (3) ont toutes été contactées par les porteurs de projets.

Considérant cet élément, il est possible de dire qu'il y a un effet taille sur la façon dont les partenaires stratégiques et tactiques sollicitent les référents Alzheimer des ARS afin de déployer localement les dispositifs MAIA.

Les questions posées par les porteurs portaient prioritairement sur le concept de guichet intégré, puis sur la question du territoire MAIA et enfin sur les partenaires concernés.

10 des 15 référents Alzheimer ont été contacté par les porteurs de projet à l'appel à candidatures MAIA de 2011. Les questions posées portaient prioritairement sur le concept de guichet intégré, puis sur la question du territoire MAIA et enfin sur les partenaires tactiques concernés. Les 3 référents Alzheimer présentant pour caractéristiques communes d'être implantés dans de grande région (de 6 à 8 départements), de comporter un grand nombre d'agents (plus de 600 agents) et d'avoir la responsabilité de développer un nombre important de projets MAIA (n=3) ont tous été contactés par les porteurs de projets à l'appel à candidatures 2011.

3.8.3. Accompagnement des porteurs de projets non retenus dans le cadre de l'appel à candidatures 2011

A l'issue de l'instruction des candidatures de l'appel à candidatures 2011, 9 des 15 référents Alzheimer (60%) ont fait des recommandations aux porteurs de projets non retenus par courrier et/ou réunions.

Selon les référents Alzheimer interviewés l'objectif était double :

- d'une part l'explicitation « *J'étais venue leur expliquer les raisons du refus, enfin du refus, ce n'est pas vraiment un refus, on a plutôt préféré l'autre dossier* » [verbatim d'entretien], et,
- d'autre part l'amélioration des projets dans la perspective d'une candidature au prochain appel à candidatures 2012 : « *Comme on n'aimerait quand même couvrir l'ensemble du territoire national et donc régional, ce serait bien que certains se sentent la vocation d'être porteur pour une MAIA et comme c'est des projets qui ne sont pas très simples à monter, il faut les anticiper donc là, pour 2011, on a retenu nos deux candidats, mais pour 2012 si certains peuvent déjà commencer à travailler dessus, c'est plutôt une bonne chose* » [verbatim d'entretien].

4 référents ont émis des recommandations à l'intégralité des porteurs de projets MAIA non retenus, 3 à la majorité des porteurs de projets, et 2 à certains des porteurs de projets MAIA non retenus.

Ces 9 référents sont inscrits des régions de taille variée (de 2 à 8 départements), dans des ARS de grande et de petite taille en termes de nombre d'agents (de 100 à 300 agents et supérieur à 800 agents) et dans des perspectives de déploiement en nombres de projets MAIA à déployer diverses (de 1 à 3). De même que dans le cas des accompagnements réalisés auprès des porteurs de projets par les référents Alzheimer, les caractéristiques régionales entendues en tant que taille de la région, taille des ARS et nombre de projets développés en 2011 ne semblent pas avoir d'impact significatif sur le fait que les référents Alzheimer aient réalisé un accompagnement des porteurs non retenus.

Pour autant, constatons que dans le cas des 4 référents Alzheimer ayant pour caractéristiques communes d'être implantés dans une grande région (de 6 à 8 départements), de comporter un grand nombre d'agents (de 600 à plus de 800 agents et plus de 800) et d'avoir la responsabilité de développer un nombre important de projets MAIA (3), tous ont contactés les porteurs de projets pour leur émettre des recommandations. Considérant cet élément, il est possible de constater que les référents Alzheimer inscrits dans de grandes ARS ont tendance à accompagner les porteurs de projets dans l'objectif de favoriser le déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

Les recommandations émises par les référents Alzheimer aux porteurs de projets non retenus dans le cadre de l'appel à candidatures 2011 portaient prioritairement sur le concept de guichet intégré, puis sur les partenaires concernés et enfin sur la question du territoire MAIA.

9 des 15 référents Alzheimer ont fait des recommandations aux porteurs de projets non retenus dans le cadre de l'appel à candidatures 2011. Les recommandations émises par les référents portaient prioritairement sur le concept de guichet intégré, puis sur les partenaires concernés et enfin sur la question du territoire MAIA. Dans le cas des 3 référents Alzheimer présentant pour caractéristiques communes d'être implantés dans de grande région (de 6 à 8 départements), de comporter un grand nombre d'agents (plus de 600 agents), les porteurs de projets non retenus ont systématiquement bénéficié de recommandations en vue d'une re-candidature dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2012.

Précisons enfin que la réalisation conjointe d'un accompagnement auprès des porteurs de projets à l'appel à candidatures 2011 et d'un accompagnement des porteurs de projets non retenus en 2011 en vue d'une nouvelle candidature en 2012 a été réalisé par 6 des 15 référents Alzheimer (40%).

Les caractéristiques de ces situations sont les suivantes :
- dans 4 cas sur 6, les référents Alzheimer sont inscrits dans des régions de grande taille (de 6 à 8 départements)
- dans 3 cas sur 6, les référents Alzheimer sont inscrits au sein d'ARS de grande taille (de 600 à 800 agents et supérieurs à 800 agents départements)
- Le déploiement du dispositif en termes d'orientation stratégique et de modalités de déploiement est inscrit dans les outils de programmation des ARS : dans PSRS (2 cas sur 6), dans SROS (1 cas sur 6) et dans SROMS (3 cas sur 6).

Ces 6 situations semblent témoigner d'une volonté de porter le dispositif, auprès des acteurs tactiques, afin de favoriser le déploiement régional des dispositifs d'intégration MAIA.

6 des 15 référents Alzheimer ont réalisé à la fois un accompagnement auprès des porteurs de projets à l'appel à candidatures 2011 et un accompagnement des porteurs de projets non retenus en 2011. Ces référents Alzheimer présentent comme caractéristiques communes d'être majoritairement inscrits dans des régions de grande taille, dans des ARS dont les effectifs sont importants. Une autre caractéristique commune réside dans le fait que fréquemment, dans le cas des référents Alzheimer ayant réalisé ces deux types d'accompagnement, l'objectif d'intégration des services est inscrit dans les outils de programmation de l'ARS (PSRS, SROS, SROMS).

3.8.4. Accompagnement des porteurs de projets retenus dans le cadre de l'appel à candidatures 2011

À l'issue de l'instruction des projets soumis à l'appel à candidatures 2011, les référents Alzheimer ont accompagné les porteurs dans le processus de recrutement des pilotes locaux MAIA.

Parmi les 14 référents Alzheimer[38] ayant répondu à cet item pour lequel plusieurs réponses possibles étaient proposées :

- 8 des 14 référents Alzheimer (51%) ont émis des avis sur les CV des pilotes MAIA
- 3 des 14 référents Alzheimer (21%) ont participé au recrutement des pilotes MAIA
- 10 des 14 référents Alzheimer (71%) ont validé la candidature retenue par le porteur.

Il convient d'affiner la présentation de ces résultats afin d'avoir une représentation des modalités d'accompagnement des référents Alzheimer vis-à-vis des porteurs de projet dans le cadre du recrutement des pilotes MAIA.

En effet, parmi les 10 référents Alzheimer ayant validé la candidature retenue par le porteur, 5 référents Alzheimer ont exercé uniquement cette activité dans le cadre du recrutement du pilote local MAIA. Il s'agit d'une procédure administrative définie dans la circulaire.

Par ailleurs, un seul référent a exercé un accompagnement des porteurs de projet dans le cadre du recrutement des pilotes MAIA combinant à la fois des avis sur les CV, la participation aux entretiens, et la validation finale de la candidature retenue par le porteur.

[38] Un référent Alzheimer ne se prononce pas sur cet item.

3 référents Alzheimer ont participé aux entretiens de recrutement des pilotes locaux, ce qui témoigne d'un investissement important dans l'accompagnement des porteurs. Parmi ceux-ci, 1 référent Alzheimer a exercé un accompagnement des porteurs de projet dans le cadre du recrutement du pilote local combinant avis sur les CV soumis dans le projet initial, la participation aux entretiens, et la validation finale de la candidature retenue par le porteur. A contrario, 5 référents Alzheimer ont accompagné les porteurs de projet MAIA retenus en 2011 uniquement via la validation finale de la candidature, répondant ainsi à la consigne minimale du cahier des charges.

3.8.5. Définition de modalités de management des pilotes locaux MAIA

Nous avons abordé la question du management des référents Alzheimer vis-à-vis des pilotes locaux MAIA à travers une question générale relative au positionnement du référent par rapport au pilote dans le cadre de la concertation stratégique: A la question « Il est recommandé à l'ARS d'accompagner le pilote dans la constitution et l'animation de la table stratégique. Pensez-vous que cette recommandation soit pertinente ? » :

- la grande majorité des référents Alzheimer répond « oui, tout à fait » (n=6/15), ou « oui, plutôt » (n=5/15),
- une minorité estime que « non plutôt pas » (n=4/15).

Le besoin d'accompagnement des pilotes locaux au niveau stratégique estimé élevé, amène à s'intéresser à la thématique des modalités précises de management définies par les référents Alzheimer.

Nous nous sommes attachés à savoir si les référents Alzheimer ont défini les modalités de management des pilotes locaux MAIA.

5 des 15 référents Alzheimer (33%) ont défini des modalités de management des pilotes locaux MAIA.

Ces 5 référents Alzheimer présentent pour unique caractéristique commune le fait d'avoir un seul projet en déploiement dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011[39].

Tableau 30. Modalités de management du(es) pilote(s) local(aux) et nombre de dispositif MAIA créés en 2011

	1 MAIA créée en 2011	2 MAIA créées en 2011	3 MAIA créées en 2011
Définition des modalités de management du(es) pilote(s) local(aux)	5	0	0
Absence de définition des modalités de management du(es) pilote(s) local(aux)	7	1	2

Il y a une tendance à ce que moins les référents Alzheimer ont de dispositifs MAIA à déployer, plus ils ont investi la thématique de la définition des modalités de management des pilotes locaux.

[39] Dans un des 5 cas, il ya également une MAIA expérimentale en cours d'entrée en droit commun sur le territoire.

Les 5 référents Alzheimer ayant définis des modalités de management du(es) pilote(s) local(aux) présentent pour caractéristique commune le fait d'avoir un projet en déploiement dans leur région au cours de l'année 2011. Aucun des 3 référents Alzheimer ayant plusieurs projets en déploiement n'avaient défini de procédure de management des pilotes locaux au moment de l'étude.

Les modalités de management des pilotes locaux MAIA définies par les 5 référents Alzheimer sont diverses :

- réunions périodiques (n=4),
- rapports périodiques (n=2),
- accompagnement dans les restitutions des états d'avancement en table de concertation stratégique (n=3),
- catégorie autre (alimentée par échanges téléphoniques, n=3).

Il convient d'affiner la présentation de ces résultats afin d'avoir une représentation des modalités d'accompagnement des référents Alzheimer vis-à-vis des pilotes locaux MAIA.

Parmi les 5 référents Alzheimer ayant défini des modalités d'accompagnement des pilotes locaux MAIA, dans 1 cas ces modalités ne sont envisagées qu'à travers des réunions téléphoniques ; cette situation faisant état d'une définition minimale de modalités de management des pilotes locaux MAIA.

Inversement, dans le cas de l'un des 5 référents, la définition des modalités de management des pilotes locaux MAIA est envisagée de façon fine, précisant également les périodicités : réunion périodique trimestrielle, accompagnements dans les restitutions d'état d'avancement en table de concertation stratégique, restitutions trimestrielles.

Dans les trois autres cas, les modalités de management associent réunions périodiques entre référents Alzheimer et pilotes locaux MAIA et accompagnements dans les restitutions d'état d'avancement en table de concertation (n=2), réunions périodiques entre référents Alzheimer et pilotes locaux MAIA et échanges téléphoniques (n=1).

Relativement à la définition de modalités de management des pilotes locaux MAIA, il est possible de conclure sur deux éléments :

1) les 5 référents ayant investi cette thématique ont adopté une stratégie de management proximale : le pilote local MAIA est en lien direct avec le référent Alzheimer.
2) La période de passation du questionnaire correspondante à un délai approximatif de 6 mois post conventionnement des porteurs de MAIA retenus et de 3 mois post recrutement des pilotes, le fait que seuls 5 référents Alzheimer ont défini des modalités de management des pilotes locaux MAIA témoigne d'un retard à l'investissement des référents Alzheimer quant à cette partie de la fonction qui leur a été attribuée juridiquement dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

5 référents Alzheimer ont défini une stratégie de management des pilotes locaux de type proximale : le pilote local MAIA est en lien direct avec le référent Alzheimer à travers des réunions périodiques (n=3), des accompagnements aux restitutions des états d'avancement en table de concertation stratégique (n=3).
Il y a un retard d'investissement des référents Alzheimer quant la fonction d'accompagnement du(es) pilote(s) local(aux) à travers la définition de procédures de management.

3.8.6. Réceptivité et hétérogénéité des modalités d'accompagnement des porteurs de projets et des pilotes locaux MAIA

Pour conclure sur le facteur de réceptivité relatif aux relations managériales entre référents Alzheimer, porteurs de projets MAIA et pilotes locaux MAIA, deux groupes semblent se dessiner.

En effet, en considérant les trois variables relatives à l'accompagnement des porteurs de projets dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011 préalablement au dépôt, à l'accompagnement des porteurs de projets non retenus dans le cadre de l'appel à candidatures 2011 et à la définition des modalités de management des pilotes locaux MAIA, deux catégories de stratégies distinctes des référents Alzheimer sont constatables.

En effet, force est de constater qu'effectivement aucun des 15 référents Alzheimer n'a à la fois investi la thématique de l'accompagnement des porteurs de projets potentiels et retenus et la thématique de l'accompagnement des pilotes locaux MAIA.

1) Un premier groupe privilégie un accompagnement des porteurs de projets potentiels et retenus dans la perspective d'un appui tactique au déploiement du dispositif d'intégration MAIA (n=6). Un référent Alzheimer, ayant participé aux deux phases de l'étude par entretiens semi-directif et questionnaire, explicite cette stratégie de la façon suivante : « *L'ARS a été vraiment moteur sur tout le Plan Alzheimer […] il y a tout à construire et tout à comprendre, donc notre rôle, c'est un rôle pédagogique, de pédagogie, de faire comprendre aux uns et aux autres, c'est quoi le dispositif, qu'est-ce que l'on peut mettre en place, qu'est-ce que l'on recherche, donc d'où l'intérêt de l'ARS, d'aller sur le terrain, de parler devant telle ou telle personne en essayant de leur expliciter à partir des éléments de notre compréhension et à partir des éléments donnés par l'équipe nationale projet et vendre ce dispositif, voilà, c'est du VRP* » [verbatim d'entretien].

2) Un second groupe privilégie un accompagnement des pilotes locaux dans la perspective d'appui opérationnel au déploiement du dispositif d'intégration MAIA (n=5). Un référent Alzheimer, ayant participé aux deux phases de l'étude par entretiens semi-directif et questionnaire, explicite cette stratégie de la façon suivante : « *La mobilisation des acteurs sur le papier, c'est bien, après, Il va falloir le mobiliser concrètement sur le terrain, donc je crois que ça va être un sacré boulot pour le pilote et pour moi, je crois qu'il va falloir qu'on travaille vraiment ensemble, il va falloir montrer que l'ARS est présente pour ne pas laisser le pilote tout seul pour monter son projet*» [verbatim d'entretien].

Aucun des 15 référents Alzheimer n'a à la fois investi la stratégie de l'accompagnement des porteurs de projets potentiels et retenus et celle de l'accompagnement des pilotes locaux MAIA.
Un premier groupe privilégie l'accompagnement des porteurs de projets (potentiels et non retenus) (n=6), un second groupe, l'accompagnement des pilotes locaux (n=5).
1 référent Alzheimer n'a développé aucune stratégie de management ni des porteurs potentiels et non retenus, ni des pilotes locaux.
Les 3 autres référents privilégient l'accompagnement des porteurs non retenus dans le cadre de l'appel à candidatures MAIA 2011.

4. DISCUSSION AUTOUR DE LA QUALIFICATION DU RÔLE DE L'ARS DANS LE DISPOSITIF MAIA

Au titre de conclusion des entretiens semi-directifs de la phase d'enquête de terrain et des items de la phase questionnaire, il a été demandé aux référents Alzheimer de qualifier le rôle donné par le législateur aux ARS dans le cadre du dispositif d'intégration MAIA.

Au cours de la phase d'enquête de terrain, les 11 référents Alzheimer interviewés ont fait part de 6 catégories de rôles des ARS dans le cadre du déploiement du dispositif MAIA :

1) Porter le dispositif MAIA c'est-à-dire l'afficher auprès des partenaires stratégiques comme un dispositif clé de l'ARS,
2) Impulser le dispositif MAIA c'est-à-dire expliquer aux partenaires tactiques la méthode et le contenu du dispositif et les inciter à s'y inscrire,
3) Programmer la mise en œuvre du dispositif MAIA, c'est-à-dire planifier le déploiement du dispositif au sein de la région,
4) Accompagner pédagogiquement le dispositif MAIA, c'est-à-dire expliquer aux partenaires tactiques et stratégiques la méthode et le contenu du dispositif,
5) Accompagner méthodologiquement le porteur du dispositif MAIA,
6) Accompagner méthodologiquement le pilote du dispositif MAIA.

Non exclusifs les uns des autres, les référents ont associé ces 6 rôles de différentes façons.

Les référents Alzheimer, identifient 6 rôles donnés aux ARS dans le cadre du déploiement du dispositif d'intégration MAIA.

Ces 6 rôles correspondent aux deux principales fonctions légales : 1) Programmer l'implantation d'une politique publique d'intégration des services déclinée à travers les rôles « porter le dispositif », « impulser le dispositif », « programmer la mise en œuvre du dispositif », et 2) Accompagner le déploiement d'une politique publique d'intégration des services déclinée à travers les rôles « accompagner pédagogiquement le dispositif », « accompagner méthodologiquement le porteur du dispositif », « «accompagner méthodologiquement le pilote ».

La question de la qualification du rôle de l'ARS vis-à-vis du dispositif MAIA a été posée en conclusion du questionnaire.

Sur une échelle de 1 à 10, correspondante à « pas du tout d'accord » jusqu'à « tout à fait d'accord », il était demandé aux référents Alzheimer de coter chacun des 6 rôles.

Les réponses fournies permettent de hiérarchiser les perceptions des référents Alzheimer quant aux rôles donnés aux ARS dans le cadre du déploiement du dispositif d'intégration MAIA de la façon suivante :

1) Programmer la mise en œuvre du dispositif (Note moyenne : 7,285 – Max : 10/ Min : 5)
2) Accompagner pédagogiquement le dispositif (Note moyenne : 8,846 – Max : 10/ Min : 2)
3) Accompagner méthodologiquement le porteur du dispositif (Note moyenne : 7,285 – Max : 10/ Min : 2)
4) Impulser le dispositif (Note moyenne : 7,066 – Max : 9/ Min : 3)

5) Porter le dispositif (Note moyenne : 6,769 – Max : 10/ Min : 2)

6) Accompagner méthodologiquement le pilote (Note moyenne : 6,733 – Max : 10/ Min : 1)

Une autre façon de hiérarchiser les perceptions des référents Alzheimer quant aux rôles donnés aux ARS vis est de considérer le degré de consensus en considérant le niveau de variation des notations fournies par chacun des 15 référents Alzheimer pour chacun des 6 rôles.

En prenant en compte le degré de consensus, la hiérarchisation des rôles varie légèrement ; elle prend la forme suivante :

1) Programmer la mise en œuvre du dispositif : note 10 (n=6), note 9 (n=4), note 7 (n=2), note 5 (n=1), ne se prononce pas (n=2)

2) Impulser le dispositif : note 10 (n=1), note 9 (n=4), note 8 (n=1), note 7 (n=3), note 6 (n=3), note 5 (n=2), note 3 (n=1)

3) Accompagner méthodologiquement le porteur du dispositif : : note 10 (n=1), note 9 (n=1), note 8 (n=6), note 7 (n=4), note 6 (n=1), note 4 (n=1), note 2 (n=1)

4) Porter le dispositif : note 10 (n=1), note 9 (n=2), note 8 (n=3), note 6 (n=4), note 5 (n=2), note 2 (n=1), ne se prononce pas (n=2)

5) Accompagner méthodologiquement le pilote : note 10 (n=1), note 9 (n=1), note 8 (n=5), note 7 (n=4), note 5 (n=1), note 4 (n=2), note 1 (n=1)

6) Accompagner pédagogiquement le dispositif : note 10 (n=2), note 9 (n=3), note 8 (n=3), note 7 (n=2), note 6 (n=1), note 5 (n=1), note 4 (n=1), note 2 (n=1), ne se prononce pas (n=1).

L'absence de consensus observable dans ces cotations est le fruit d'une part des non réponses apportées par certain référent relativement à trois rôles, et d'autre part des réponses fournies par trois référents Alzheimer. L'un cote bas pour trois rôles « Accompagner pédagogiquement le dispositif » (note 2), « Accompagner méthodologiquement le porteur du dispositif » (note 2), « Accompagner méthodologiquement le pilote » (note 1). Un autre cote bas le rôle « Porter le dispositif » (note 2). Le troisième référent Alzheimer cote bas le rôle « Impulser le dispositif » (note 3).

Constatons en outre que 6 référents cotent sur une fourchette haute de 7 à 10 l'intégralité des 6 rôles.

Les moyennes des notations effectuées par les référents Alzheimer aboutissent à hiérarchiser les représentations des rôles donnés aux ARS vis-à-vis du dispositif MAIA de la façon suivante : 1) Programmer la mise en œuvre du dispositif, 2) Accompagner pédagogiquement le dispositif, 3) Accompagner méthodologiquement le porteur du dispositif, 3) Impulser le dispositif, 5) Porter le dispositif, 6) Accompagner méthodologiquement le pilote. Pour autant, il n'y a pas de consensus majoritaire au sein des 15 référents Alzheimer relativement à chacun des 6 rôles.

Avant d'analyser dans le détail ces cotations aux vues de l'ensemble des éléments collectés et présentés dans ce rapport nous souhaitons souligner que dans la grande majorité des cas (n=11/15 – 73%), si l'on considère pour chacun des 15 référents Alzheimer les cotations fournies à chacun des 6 rôles, il est possible de constater que les référents Alzheimer identifient les deux principales fonctions que le législateur leur a données dans le sens où les cotations hautes s'équilibrent dans chacune des deux catégories de fonctions.

4 situations semblent faire exception à cette règle majoritaire. Dans 3 cas, les référents Alzheimer identifient principalement un rôle de programmation d'implantation : notamment les cotations fournies aux rôles « Programmer la mise en œuvre du dispositif » et « Porter le dispositif » sont élevées (de 8 à 10) tandis que les cotations données à « Accompagner le pilote » et « Accompagner le porteur » sont basses ou moyennes (de 1 à 6). Dans 1 cas, le mouvement est inverse : les cotations fournies aux rôles « Programmer la mise en œuvre du dispositif » et « Porter le dispositif » est moyennes (5 dans les deux cas), tandis que les cotations données à « Accompagner le pilote » et « Accompagner le porteur » sont hautes (8 dans les deux cas).

Par ailleurs, nous souhaitons préciser qu'il n'y a pas d'effets taille de la région, taille des effectifs de l'ARS, positionnement hiérarchique intra direction de rattachement, ni de corrélation avec le nombre de dispositifs MAIA à déployer en 2011, ni avec le nombre de candidatures reçues, explicatifs des cotations effectuées par les référents.

La grande majorité des référents Alzheimer a identifié les deux fonctions données aux ARS dans le cadre du déploiement du dispositif d'intégration MAIA (n=11/15). 3 référents Alzheimer identifient principalement un rôle de programmation d'implantation, 1 référent identifie essentiellement un rôle d'accompagnement d'implantation.

4.1. COTATION DES ROLES DONNES AUX ARS: « EFFETS DE CALENDRIER » ET « BIAIS METHODOLOGIQUE »

Un « effet de calendrier » peut être constaté entre la période d'étude correspondante à la phase d'enquête de terrain par entretiens semi-directifs et la passation du questionnaire.

Au moment de la réalisation de l'enquête de terrain, le premier rôle que les 11 référents Alzheimer énonçaient spontanément était relatif à l' « Accompagnement des pilotes locaux MAIA » (n=7/11-soit 64%) et une relance portant sur le rôle de programmation du déploiement d'une politique publique a été effectué dans 5 cas. Inversement au cours de la passation du questionnaire, les cotations effectuées relativement rôle d'accompagnement des pilotes locaux MAIA aboutissement à une hiérarchisation en dernière position, tandis que les cotations fournies au rôle de programmateur du déploiement des dispositifs MAIA aboutissent à une hiérarchisation en première position.

Une première interprétation porte sur un possible « effet de calendrier ». Effectivement, au moment de la réalisation de l'enquête de terrain les référents Alzheimer étaient interviewés en phase post sélection des projets soumis à l'appel à candidatures MAIA 2011, tandis qu'au moment de la passation du questionnaire, les référents Alzheimer ont répondu en phase de finalisation de la rédaction des schémas d'organisation sanitaire et médico-sociale (SROS et SROMS). Il en résulte une attention plus particulière des référents Alzheimer aux modalités d'accompagnement opérationnel du déploiement des dispositifs MAIA au cours de la phase d'enquête de terrain et aux modalités de programmation du déploiement des dispositifs d'intégration MAIA au cours de la phase questionnaire.

Une autre interprétation est méthodologique. Dans le cas de la phase d'enquête de terrain par entretiens, les référents Alzheimer répondaient spontanément à la question de la qualification du rôle donné aux ARS, sans que des propositions de qualification leur soient fournies, tandis que dans le questionnaire des items précis étaient proposés.

Ces précisions fournies, nous allons analyser ces résultats en confrontant les cotations effectuées par les référents Alzheimer aux stratégies effectivement mises en œuvre afin de

déterminer le degré de cohérence interne, et donc l'existence ou non d'« effet de représentation ».

4.2. REPRESENTATION DES ROLES DES ARS ET PRATIQUES EFFECTIVES

Nous proposons d'examiner les cotations fournies aux différents rôles ces résultats en confrontant le niveau de cotation donné par les référents Alzheimer aux stratégiques effectivement mises en œuvre par les référents Alzheimer afin de déterminer le degré de cohérence interne et donc de cerner les effets de représentation.

Pour cela, nous croisons, pour chacun des rôles, l'effectivité des stratégies mises en place à travers l'analyse des variables s'y rattachant renseignées dans l'ensemble du questionnaire.

Dans le cas du rôle « Programmer la mise en œuvre du dispositif », les variables à examiner afin de déterminer le degré de cohérence interne sont au nombre de deux :

1) le dispositif est inscrit dans les outils de programmation des ARS (PSRS, SROS, SROMS, inscription prévue dans les programmes d'action), ces outils définissant les orientations et stratégies de programmation et de planification des ARS,
2) le dispositif MAIA est discuté au sein des instances de gouvernance des ARS (CRSA, commissions de coordination des politiques publiques et conférences de territoires), ces instances étant à la fois décisionnelles en termes de programmation et de planification, mais aussi en terme d'implantation.

Les référents Alzheimer, qu'ils cotent haut ou bas, le rôle de programmation de la mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA n'ont pas mis en place des stratégies effectives d'inscription du dispositif d'intégration MAIA dans les outils de programmation et de mobilisation des instances de gouvernance significativement diversifiées.
Le degré de cohérence interne entre la représentation du rôle « programmer la mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA » et les pratiques effectives de programmation étant relativement faible, un effet de représentation est constatable.

Dans le cas du rôle « Accompagner pédagogiquement le dispositif », c'est-à-dire expliquer aux partenaires tactiques et stratégiques la méthode et le contenu du dispositif d'intégration MAIA, les variables à examiner afin de déterminer le degré de cohérence interne sont :

1) le dispositif MAIA est discuté au sein des instances de gouvernance des ARS (CRSA, commissions de coordination des politiques publiques et conférences de territoires), ces instances décisionnelles réunissant les acteurs stratégiques (dans le cas de la CRSA et des commissions de coordination des politiques publiques), et les acteurs tactiques (dans le cas des conférences de territoire),
2) les référents Alzheimer ont mis en place un comité de suivi régional de la mise en œuvre du Plan National Alzheimer, regroupant des acteurs stratégiques et tactiques et il est réuni selon une périodicité préétablie comprise entre « 1 fois par trimestre à une fois par semestre »,
3) les référents Alzheimer ont mis en place une commission consultative large de sélection des candidatures à l'appel à projet 2011, composée des parties prenantes stratégiques des dispositifs d'intégration MAIA.

Les stratégies effectives des référents Alzheimer en termes d'accompagnement pédagogique des partenaires tactiques et stratégiques sur la méthode et le contenu du dispositif d'intégration MAIA montrent un niveau de cohérence relativement bas avec les cotations effectuées. Très peu de stratégies de mobilisation des instances de gouvernance interne aux ARS, dans lesquelles des présentations et discussions aux acteurs stratégiques et tactiques du dispositif d'intégration MAIA, ont été mises en œuvre. La composition des commissions de sélection des candidatures MAIA minimale n'a pas été propice au développement d'une dynamique pédagogique. Il n'y a pas de différence significative entre le niveau de cotation effectué et le fait d'avoir mis en place un comité régional de suivi du Plan National Alzheimer.
Le faible niveau de cohérence interne entre les cotations effectuées et la réalisation du rôle d'accompagnement pédagogique des acteurs appelle également à souligner un effet de représentation.

Dans le cas du rôle « Accompagner méthodologiquement le porteur du dispositif », les variables à examiner portent sur 2 variables :

1) les référents Alzheimer accompagnent les porteurs de projets dans le cadre l'appel à candidatures 2011,
2) les référents Alzheimer accompagnent les porteurs de projets non retenus en 2011 en vue d'une re-candidature en 2012.

Les stratégies effectives des référents Alzheimer en termes d'accompagnement méthodologique des porteurs de projets MAIA sont cohérentes avec les cotations effectuées.
Les référents Alzheimer cotant haut accompagnent les porteurs de projet dans le cadre de l'appel à candidatures 2011 dans l'intégralité des cas et accompagnement les porteurs de projets non retenus en vue d'une re-candidature dans la majorité des cas. Inversement, les référents Alzheimer cotant bas accompagnent les porteurs de projets dans le cadre de l'appel à candidatures dans la moitié des cas et jamais ils n'accompagnent les porteurs non retenus en vue d'une re-candidature en 2012.
Il y a cohérence interne entre les cotations effectuées et les stratégies de réalisation du rôle d'accompagnement méthodologique des porteurs de projets MAIA.

Dans le cas du rôle« Impulser le dispositif »[40], c'est-à-dire expliciter aux partenaires tactiques la méthode et le contenu du dispositif et les inciter à s'y inscrire, sept variables doivent être examinées afin de déterminer le degré de cohérence avec les stratégies effectives :

1) le dispositif est inscrit dans le SROMS et il est prévu de l'inscrire dans les programmes d'action, cela constitue un élément d'affichage des priorités d'action de l'ARS important en terme d'impulsion symbolique et financière ?
2) le dispositif MAIA est discuté au sein des conférences de territoires, instance de gouvernance qui réunit, dans chaque territoire de santé, les acteurs tactiques,
3) les référents Alzheimer ont diffusé, en complément au site de leur ARS, l'appel à candidatures par mailings et/ou courriers aux conseils généraux et aux porteurs

[40] Précisons qu'un des référents a ajouté un commentaire libre : « Attention, je pense qu'il faut préciser ARS Siège ou délégations territoriales. Impulser le dispositif MAIA peut être une mission de la délégation dans le cadre de l'animation territoriale difficile à mettre en œuvre par le siège ». Cette ARS attribue une cotation basse (3) au rôle d'impulser le dispositif. Ce commentaire fait écho à la façon dont nous avons analysé la manière dont les référents Alzheimer mobilisent les délégations territoriales.

potentiels, afin de diffuser l'information et de favoriser quantitativement les dépôts de projets,

4) les référents Alzheimer ont associé les délégations territoriales à la diffusion de l'appel à candidatures, à l'examen des projets, à la rédaction des rapports d'instruction examinés en commission consultative de sélection, afin d'assurer la proximité,
5) les référents Alzheimer sollicités ont répondu aux questions des porteurs de projets à l'appel à candidatures 2011,
6) les référents Alzheimer ont incité les porteurs de projets non retenus à re-candidater à l'appel à candidatures 2012 en leur faisant des recommandations,
7) dans le cas des référents Alzheimer inscrits dans des régions dans lesquelles des MAIA expérimentales ont eu lieu en 2009 et 2010, ces derniers ont incité les porteurs de projets à l'appel à candidatures 2011 à contacté les pilotes des MAIA expérimentales.

Le niveau de cohérence entre les notations effectuées et les stratégies effectives relatives à l'exercice du rôle « impulser le dispositif d'intégration MAIA » est divers selon les variables examinées.
Il y a cohérence pour les variables relatives à 1) l'association des délégations territoriales dans le cadre de la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011, 2) l'accompagnement des porteurs de projet non retenus en vue d'une candidature en 2012, 3) la mise en contact des porteurs de projets avec le(s) pilote(s) local(aux) des MAIA expérimentales.
Il n'y a pas cohérence pour les variables relatives à 1) l'inscription du dispositif d'intégration MAIA dans les SROMS, 2) la diffusion de l'appel à candidatures MAIA 2011 aux Conseils Généraux et porteurs de projets potentiels, 3) l'accompagnement des porteurs de projets dans le cadre de l'appel à candidatures 2011.
Pour deux variables, l'important nombre de non réponses au sens où les référents déclarent « ne pas savoir » ne permet pas d'estimer le degré de cohérence : il s'agit d'une part de la mobilisation des instances de gouvernance « conférences de territoire » et d'autre part de l'inscription prévue du dispositif d'intégration MAIA dans l'outil de programmation « programmes d'action ».
Les stratégies effectives cohérentes avec l'exercice du rôle « impulser le dispositif d'intégration MAIA » ne s'exercent pas principalement sur des dynamiques d'affichage du dispositif d'intégration MAIA comme orientation de l'ARS mais davantage sur des dynamiques d'activation et de veille auprès des acteurs locaux, porteurs potentiels de MAIA.

Dans le cas du rôle « Porter le dispositif »[41], c'est-à-dire l'afficher auprès des partenaires stratégiques comme un objectif clé de l'ARS, les variables à examiner afin de déterminer le degré de cohérence entre les notations effectuées et les stratégies effectives sont de quatre ordres :

1) le dispositif est inscrit dans le SROMS et il est prévu de l'inscrire dans les programmes d'action,
2) le dispositif MAIA est discuté dans les CRSA et commissions de coordination des politiques publiques,
3) un comité de suivi régional a été mis en place, et il est réuni selon une périodicité préétablie comprise entre « 1 fois par trimestre à une fois par semestre »,

[41] Précisons que deux référents Alzheimer ne se sont pas prononcés sur ce rôle. L'un des deux précise en commentaire libre : Sur porter le dispositif: il faut en effet l'afficher comme un dispositif clé, mais pas de l'ARS, un dispositif clé des partenaires stratégiques, si l'on veut réussir l'intégration des services ».

4) les référents Alzheimer estiment légitime d'accompagner le pilote dans la constitution et l'animation de la table stratégique qui doit, selon eux, être réunie de « 1 fois par trimestre à 1 fois par semestre ».

Le niveau de cohérence entre les cotations effectuées par les référents Alzheimer du rôle « porter le dispositif » et les stratégies effectives mises en œuvre dans cette perspective est divers selon les variables examinées.
L'intégralité des référents Alzheimer cotant haut ont : 1) inscrit le dispositif d'intégration MAIA dans le cadre du SROMS et prévu de l'inscrire dans le cadre des programmes d'action tandis que pour ce dernier cas c'est minoritairement la stratégie adoptée par les référents Alzheimer cotant bas, 2) mis en place un comité de suivi régional du Plan National Alzheimer réunissant les acteurs stratégiques selon une périodicité prédéterminée, tandis que cette stratégie est minoritaire parmi les référents Alzheimer cotant bas, 3) prévu d'accompagner le pilote dans l'animation de la concertation stratégique.
Par contre, un important défaut de cohérence est observable dans la mobilisation des instances de gouvernance « CRSA » et « commission de coordination des politiques publiques » puisqu'aucun des référents Alzheimer cotant haut le rôle de « porter le dispositif » n'a développé de stratégie de présentation et discussion du dispositif d'intégration MAIA au sein de ces instances réunissant les partenaires stratégiques, alors même qu'un des référents cotant bas a adopté une telle stratégie. Le défaut de cohérence entre les cotations effectuées et les pratiques effectives amène là aussi à souligner un effet de représentation.

Dans le cas du rôle « Accompagner le pilote local », c'est-à-dire accompagner méthodologiquement les pilotes locaux des dispositifs d'intégration MAIA, les variables à examiner afin de déterminer le degré de cohérence interne sont des trois ordres :

1) les référents Alzheimer estiment légitime d'accompagner le pilote dans la constitution et l'animation de la table stratégique qui doit, selon eux, être réunie de « 1 fois par trimestre à 1 fois par semestre »,
2) les référents Alzheimer ont participé au processus de sélection des pilotes locaux autrement qu'à la seule phase de validation finale de la candidature retenue par le porteur de projet MAIA (avis émis sur CV, participation aux entretiens de recrutement),
3) les référents Alzheimer ont défini des procédures de management des pilotes.

Relativement au rôle « accompagner le pilote », les référents Alzheimer, qu'ils cotent haut ou bas, ont mis en œuvre des pratiques peu diversifiées en termes de : 1) participation à la sélection des candidatures du(es) pilote(s) local(aux), 2) définition de modalités de management du(es) pilote(s) local(aux) et 3) accompagnement du(es) pilote(s) local(aux) dans l'animation de la concertation stratégique.

Il n'y a pas de cohérence entre les cotations effectuées et les pratiques effectives mises en œuvre, ce qui invite penser qu'il y a un effet représentation relativement à ce rôle.

Il apparait donc que le niveau de cohérence entre les cotations effectuées et les stratégies effectives mises en œuvre soient :

- Elevé pour le rôle « Accompagner méthodologiquement les porteurs de dispositifs d'intégration MAIA »
- Variable pour les rôles
  1) « Porter le dispositif MAIA c'est-à-dire l'afficher auprès des partenaires stratégiques comme un dispositif clé de l'ARS »,
  2) « Impulser le dispositif MAIA c'est-à-dire expliquer aux partenaires tactiques la méthode et le contenu du dispositif et les inciter à s'y inscrire »,
- Bas pour les rôles :
  1) « Programmer la mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA, c'est-à-dire planifier le déploiement du dispositif au sein de la région »,
  2) « Accompagner pédagogiquement le dispositif MAIA, c'est-à-dire expliquer aux partenaires tactiques et stratégiques la méthode et le contenu du dispositif »,
  3) « Accompagner méthodologiquement les pilotes locaux des dispositifs MAIA ».

Ces éléments conduisent à souligner une tendance à un investissement dans le cadre du déploiement du dispositif d'intégration MAIA s'exerçant à travers des stratégies permettant de respecter le mandat de mise en œuvre d'une politique publique inscrite dans un Plan National.

Responsable de l'implantation en région du dispositif d'intégration MAIA, les référents Alzheimer mettent en place des dynamiques d'accompagnement des porteurs d'une part, et d'autre part d'incitation d'engagement des acteurs tactiques favorables à l'implantation du dispositif.

L'investissement plus modéré en termes d'orientation et de planification du dispositif d'intégration dans les politiques gérontologiques régionales, et d'explicitation du dispositif aux acteurs stratégiques et tactiques, pourrait être défavorable à l'implantation pérenne du dispositif d'intégration MAIA en région.

5. MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS

Nous proposons de mettre en perspective les résultats issus de l'étude sous forme synthétique. Conformément au cadre d'analyse adopté relatif au modèle de « réceptivité au changement » (Pettigrew, 1992), nous reprenons les faits saillants relatifs aux 8 facteurs de réceptivité au changement dans le tableau ci-dessous.

Tableau 31. Mise en perspective des résultats

Traduction des facteurs	Mise en perspective des résultats	Valence au déploiement du dispositif MAIA
Personnes clés	La désignation par le DGARS d'un référent Alzheimer au sein de son ARS, chargé de définir une stratégie de déploiement des mesures du Plan National Alzheimer, et notamment des MAIA, constitue un facteur de réceptivité propice au déploiement du dispositif d'intégration.	**+ +**
	Les temps de travail consacrés à la mission de référent Alzheimer sont variables, aucun n'exerce cette mission à 100% ETP. Deux tiers des référents Alzheimer sont hiérarchiquement positionnés en interne à la direction de rattachement à des niveaux n-3 et n-4. Cette donnée appelle à travailler de façon collaborative la mission de référent Alzheimer. Pourtant 6 référents Alzheimer exerce « seul » cette mission. Cette modalité de travail est peu propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.	**-**
Compatibilité organisationnelle	Hiérarchiquement positionnés à des niveaux majoritairement n-3 et n-4 dans des directions « métier » médico-sociales au sein d'ARS de type « sectorielle » ou « semi-sectorielle », les référents Alzheimer ont des missions, compétences et prérogatives exclusivement sur l'organisation et la régulation de l'offre médico-sociale. Cette donnée appelle à la mise en place d'un groupe de travail traitant des mesures du Plan National Alzheimer. 7 référents Alzheimer ont mis en place cette instance. Toutefois, dans deux seuls cas ce groupe de travail réuni l'ensemble des services à compétences dans le champ gérontologique. Le dispositif d'intégration MAIA engageant des acteurs stratégiques et tactiques des champs sanitaire et médico-social, il est nécessaire de mobiliser de façon exhaustive l'ensemble des services des ARS à prérogatives dans les différents domaines du champ gérontologique.	**- -**

	Le déploiement du dispositif d'intégration MAIA appelant la mobilisation des compétences et connaissances des spécificités locales et l'engagement des acteurs locaux, les référents Alzheimer doivent associer les délégations territoriales au déploiement du dispositif. Les délégations, associées de façon très diverse, sont mobilisées essentiellement sur des sujets techniques. Une réflexion sur des modalités d'association plus stratégique des délégations territoriales, entamée par certains référents Alzheimer, constitue une stratégie favorable au déploiement du dispositif MAIA.	**+/-**
Réseaux de coopération inter-organisationnelle	La mise en place d'un comité de suivi régional du Plan National Alzheimer, de type « stratégique » ou « promoteur », a été constatée dans 9 situations. Cette dynamique, engageant les acteurs stratégiques, lorsqu'elle dépasse la seule thématique de la maladie et des maladies apparentées, est favorable au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.	**+**
	Les compositions des commissions consultatives de sélection réalisées sur la base minimale du cahier des charges, ne permettent pas d'utiliser cette instance comme levier de coopération inter-organisationnelle propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.	**-**
	Les référents Alzheimer estiment que la volonté des Conseils Généraux de voir le déploiement des dispositifs d'intégration MAIA est un facteur facilitant à la mise en œuvre du dispositif d'intégration MAIA. C'est pourquoi, ils ont développé des stratégies effectives d'association des Conseils Généraux aux différentes instances stratégiques et phases d'implantation du dispositif. 4 catégories de difficultés à l'engagement réel des Conseils Généraux sont identifiées et prises en compte dans les modalités de coopération définies par les référents Alzheimer.	**+**
Pression environnementale	La pression extérieure exercée au niveau national du fait de l'inscription du dispositif MAIA dans le cadre d'un plan National Alzheimer encadré par des dispositions, en particulier au niveau des calendriers imposés, est jugée contraignante mais engageante. Dans un contexte de questionnements pour les référents Alzheimer quant à la pérennité de la politique d'intégration MAIA aux prochaines mandatures gouvernementales, cette dynamique de pression nationale produit de l'extériorité du dispositif d'intégration MAIA au sein des ARS.	**+/-**
	L'appui méthodologique et technique fourni par l'équipe projet nationale contrebalance la dynamique d'extériorité de la volonté de changement porté par le dispositif d'intégration MAIA. L'accompagnement fourni par l'équipe projet nationale constitue un appui à la compréhension et à la construction d'outils, cette dynamique est favorable au déploiement du dispositif.	**+ +**

Adaptation locale	Peu de stratégies d'adaptations locales ont été envisagées au cours de l'année 2011. Trois référents ont priorisé, majoritairement officieusement, le déploiement des dispositifs sur un nombre restreint de départements à la suite de diagnostics organisationnel et populationnel. Deux référents envisagent de construire les tables de concertation stratégique et tactique sur la base d'instances pré-existantes. Il y a un retard dans l'appropriation du dispositif d'intégration MAIA permettant de définir des stratégies d'adaptation locale propice à l'implantation régionale.	**- -**
Simplicité et clarté des objectifs	Les besoins identifiés par les référents Alzheimer auxquels le dispositif d'intégration MAIA est susceptible d'apporter des réponses portent en premier lieu sur l'organisation des services (en vue d'améliorer les réponses apportées aux usagers et de faciliter le travail des professionnels), ce qui constitue un signe de clarté des objectifs propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA. Par contre, d'importantes controverses demeurent tant au sein des référents Alzheimer, des équipes des ARS ainsi que des partenaires stratégiques et tactiques sur les questions de la cible (Maladie d'Alzheimer ou maladie apparentées versus personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle) et de la création d'un nouveau service (cf. le M de Maison). Les objectifs, en particulier la cible du dispositif, sont peu clairs, et le dispositif considéré complexe. Cette dynamique d'appropriation est peu propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.	**-**
Qualité et cohérence de la politique	Concernant les instances de gouvernance, les référents Alzheimer n'ont pas développé de stratégie de mobilisation cohérente avec le dispositif d'intégration MAIA : à 38% les référents Alzheimer ne savent pas si le dispositif d'intégration MAIA a été présenté et discuté dans les instances de gouvernance de leur ARS. La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et la commission de coordination des politiques publiques, instances de gouvernance réunissant les acteurs stratégiques, les conférences de territoire, instance réunissant les acteurs tactiques, devraient être investies de façon à inscrire le dispositif d'intégration MAIA comme méthode propice au projet des ARS de coordination des politiques de santé dans la finalité de continuité des parcours des usagers.	**- - -**

	Près d'un tiers des référents Alzheimer ne sait pas si l'objectif d'intégration des services est inscrit dans l'outil de programmation SROS, lorsque c'est le cas cet objectif est développé à travers d'autres dispositifs (réseaux de santé gérontologiques, plateformes territoriales de services, plateformes territoriales de coordination) dans lesquels MAIA est fréquemment considéré comme un service à intégrer. Les orientations générales des SROS sont compatibles avec l'objectif d'intégration des services, mais développées dans le cadre de dispositifs concurrents à celui MAIA.	**- - -**
	Par contraste aux SROS, le contenu des SROMS est connu avec précision. L'objectif d'intégration des services gérontologiques est décliné en trois orientations distinctes : 1) « coordination des intervenants », 2) « lisibilité des dispositifs gérontologiques », 3) « fluidité des parcours des personnes âgées ». Les modalités de déploiement sont peu précises. Ces orientations sont compatibles avec l'objectif d'intégration des services, sans que MAIA ne soit considérée comme une méthode dédiée. Au regard des futurs moyens humains et financiers octroyés nationalement dans le cadre de MAIA, des marges de manœuvre régionales semblent privilégiées pour déployer d'autres types de dispositifs d'intégration.	**+**
	Très majoritairement, il est envisagé d'inscrire le dispositif d'intégration MAIA dans les programmes d'action, pour autant les modalités précises de déploiement ne seront définies dans cet outil que dans la moitié des cas. Ultime étape de l'exercice de programmation, une stratégie de planification pourrait être développée dans l'outil programmes d'action.	**-**
Relations managériales	L'appréciation du travail d'intégration réalisé dans le cadre des MAIA expérimentales étant positive, les référents Alzheimer ont développé une stratégie de mise en contact des porteurs de projet MAIA avec les pilotes locaux des expérimentations. Cette stratégie de mutualisation des connaissances et compétences entre porteurs et pilotes locaux est propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.	**+ + +**
	Un accompagnement des porteurs de projet MAIA en vue d'un dépôt dans le cadre de l'appel à candidatures 2011 et de ceux non retenus en vue d'un nouveau dépôt dans le cadre de l'appel à candidatures 2012 est réalisé de façon combinée dans plus d'un tiers des cas étudiés. Ce management des porteurs de projet, favorable à la recevabilité des candidatures dans la perspective de montée en charge du dispositif en région, est propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA.	**+ +**

	L'investissement des référents Alzheimer dans le cadre du recrutement du(es) pilote(s) local(aux) est variable, s'exerçant majoritairement via la validation du(es) pilote(s) local(aux) retenus par les porteurs, et dans 3 cas via une participation aux entretiens de recrutement. La participation des référents Alzheimer au processus de recrutement peut être considérée comme dynamique favorable au ciblage cohérent de ce professionnel, pour lequel l'intégralité des référents Alzheimer s'accorde à penser que son profil est capital par la construction de l'intégration des services aux niveaux tactique et clinique.	+
	Il y a un retard dans l'investissement des référents Alzheimer quant à la fonction d'accompagnement du(es) pilote(s) local(aux) à travers la définition de procédures de management. Seul un tiers des référents a investi cette thématique. Cette dynamique peut, à terme si elle perdurait, freiner le déploiement du dispositif d'intégration faute d'articulation entre les niveaux tactique et stratégique.	-

L'application du modèle de réceptivité au changement à cette étude sur les stratégies de déploiement du dispositif d'intégration MAIA au sein des ARS aboutit à constater des carences s'exerçant essentiellement dans le cadre deux facteurs. Il s'agit, d'une part du facteur relatif à la cohérence de la politique du changement vers l'intégration des services à travers l'inscription du dispositif dans les outils de programmation et de planification des ARS et la mobilisation des instances de gouvernance des ARS, et, d'autre part, du facteur relatif à la compatibilité organisationnelle.

Il est permis de suggérer que l'installation récente des ARS, conjuguée à l'exercice de programmation concomitant à la réalisation de l'étude, impactent ce résultat. En effet, tout d'abord, les ARS réunissant les administrations déconcentrées de l'Etat et certains corps de l'assurance maladie, sont actuellement non assises sur des routines et cultures administratives fortes. Ceci freine la mobilisation de l'ensemble des équipes et services à compétences dans le champ gérontologique, mobilisation nécessaire au déploiement du dispositif d'intégration touchant à la fois les champs médico-social et sanitaire. Ensuite, l'exercice de programmation, réalisé dans des délais extrêmement restreints, et dans un contexte jugé incertain par les référents Alzheimer relativement aux moyens affectés au dispositif d'intégration MAIA, peut expliciter les défauts d'inscription du dispositif d'intégration MAIA comme méthode adéquate à la réalisation du projet des ARS de coordination des politiques de santé dans la finalité de continuité des parcours des usagers.

Dans ce contexte, les ARS ont mis en œuvre des modalités de mobilisation de réseaux de coopération avec les organisations partenaires à compétences dans le champ gérontologique, en particulier les Conseils Généraux, ainsi que les partenaires tactiques, porteurs potentiels de dispositifs d'intégration MAIA. Cette stratégie, propice au déploiement du dispositif d'intégration MAIA permet également de pouvoir respecter les critères d'implantation en région des mesures du plan National Alzheimer.

6. PRÉCONISATIONS

Au regard de l'étude conduite et des résultats présentés dans ce rapport, un certain nombre de préconisations peuvent être formulées.

1) Le positionnement hiérarchique des référents Alzheimer appelle un **soutien formel des directeurs des directions de rattachement** des référents,

2) La mise en place d'un **groupe de travail interne aux ARS** portant notamment sur l'intégration des services gérontologiques doit être poursuivie, ou promue, des instances préexistantes peuvent être utilisées à cette fin,

3) La définition de **modalités d'associations stratégiques des délégations territoriales** dans le déploiement doit être maintenue,

4) La mise en place d'un **comité régional de suivi du Plan National Alzheimer**, dans une perspective d'accompagnement gérontologique (réunissant les acteurs stratégiques dans une stratégie de vieille de la politique de l'ARS et comme levier d'engagement des porteurs de projets pour les ARS) pourrait être institutionnalisée,

5) Il y a lieu de **favoriser les échanges entre les référents Alzheimer** sur les dynamiques et stratégies régionales de déploiement du dispositif d'intégration MAIA, sous l'impulsion de l'équipe projet nationale,

6) Sous l'égide de l'équipe projet nationale, l'auto-accessibilité à une **plate-forme « questions/réponses »** d'échanges entre référents Alzheimer sur les aspects administratifs et pratiques d'implantation des dispositifs MAIA pourrait être envisagée,

7) Une démarche de **simplification de la sémantique et des concepts** associés au dispositif d'intégration MAIA doit être poursuivie,

8) Des **stratégies d'adaptation locale**, en particulier sur la planification par les ARS des modalités de déploiement des dispositifs MAIA sur des territoires priorisés, levier d'appropriation du dispositif pour les ARS, pourrait être soutenues,

9) Il convient d'inclure dans le cahier des charges la **temporalité de réunion des tables de concertation stratégique** adéquate à l'objectif de co-responsabilisation des organismes décideurs,

10) L'intégration des services gérontologiques nécessitant l'engagement concret des conseils généraux, un travail sur la **réceptivité des conseils généraux au dispositif d'intégration MAIA** pourrait être soutenu par l'équipe projet nationale d'une part, et, d'autre part, une étude spécifiquement dédiée à cette question pourrait être conduite en appui,

11) La fin du Plan National Alzheimer en **2012 invite à analyser la transition à l'œuvre au sein des ARS**, d'une part en termes d'anticipation de cette transition par le niveau national (cabinets ministériels et administrations centrales), et d'autre part dans le cadre d'une réflexion spécifique aux travaux de recherche conduit sur le dispositif d'intégration MAIA,

12) L'émergence du dispositif d'intégration MAIA dans les instances de gouvernance ainsi que dans les plans et schémas des ARS, étant un objet de l'intégration des services, un programme de recherche portant sur le **prochain exercice de programmation**, c'est-à-dire à un horizon de 4 ans en 2016, devrait être conduit.

7. CONCLUSION

Notre rapport documente la coexistence d'éléments favorables et défavorables à la réceptivité des ARS au dispositif d'intégration MAIA, et donc à leur capacité à s'inscrire de façon proactive dans le déploiement de cette politique publique d'intégration.

Des éléments, certains contextuels, d'autres conceptuels, apparaissent défavorables à la réceptivité, au sein des ARS, à l'intégration des services gérontologiques portée par le dispositif MAIA.

Le double contexte d'installation récente, voire en cours, des ARS et d'appropriation d'une nouvelle compétence relative au déploiement du dispositif d'intégration MAIA, impactent les stratégies de mise en œuvre de la politique d'intégration des services gérontologiques à travers le dispositif MAIA. Le dispositif d'intégration MAIA implique formellement l'engagement à la co-responsabilisation des parties-prenantes des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. D'une part, cette co-responsabilisation n'est pas systématiquement recherchée en interne aux différents services des ARS à compétences dans le champ gérontologique. D'autre part, elle est rendue difficilement opérationnelle dans le contexte d'instabilité des équipes des ARS. Ces éléments permettent de rejoindre la littérature scientifique portant sur les liens complexes et ambigus entre la concentration des pouvoirs décisionnaires et l'intégration des services. A ces éléments contextuels, propres aux ARS, s'ajoutent un contexte de déploiement national du dispositif d'intégration MAIA comportant, selon les référents Alzheimer, des incertitudes quant aux moyens dédiés, freinant l'appropriation et la définition de modalités opérationnelles.

L'inscription du dispositif d'intégration MAIA dans le cadre d'une politique de santé publique dédiée à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées engendre d'importants questionnements sur la cible du dispositif, tant de la part des référents Alzheimer que de leurs collaborateurs au sein des ARS, mais aussi des partenaires stratégiques et tactiques. L'ensemble de la littérature portant sur l'analyse des politiques publiques (dédiée ou non aux programmes d'intégration des services) invite à mettre en exergue un défaut de clarté du dispositif, lequel entrave la mise en œuvre de la politique publique d'intégration des services gérontologiques à travers MAIA.

Malgré ces éléments défavorables, force est de constater le pragmatisme avec lequel les référents Alzheimer, responsables au sein de leur ARS de mettre en œuvre les mesures du Plan National Alzheimer, ont défini un certain nombre d'innovations de coopération intra et inter organisation favorables au déploiement du dispositif d'intégration MAIA. Que ce soient à travers la mise en place de groupes de travail internes aux ARS transversaux, ou à partir de la création de comités régionaux de suivi, certaines innovations, lorsqu'elles dépassent la thématique de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, laissent présager de dynamiques propices à l'appropriation du dispositif d'intégration MAIA comme orientation de politiques gérontologiques au sein des ARS.

En effet, la continuité de cette stratégie de coopération inter et intra organisation, mise en œuvre pour déployer le mandat d'implantation du dispositif d'intégration MAIA, avec l'accompagnement méthodologique de l'équipe projet nationale, pourrait être propice à l'enjeu fondamental du déploiement de la politique d'intégration : l'appropriation, au sein des ARS, du dispositif MAIA comme méthode adéquate à la coordination des politiques de santé dans la finalité de continuité des parcours des usagers.

8. BIBLIOGRAPHIE

Béland F., Bergman H., Lebel P., Clarfield AM., Tousignant P., Contandriopoulos AP. (2006), "A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial", *Journal of Gerontology: Biological Sciences*; 61: 367-373.

Blanchet A., Gotman A. (1992), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan.

Colvez A., Gay M., Blanchard N., Fagès D. (2002), « Coordination Gérontologique. Pour qui, pourquoi, comment ? », *Gérontologie et Société*; 100: 25-33.

Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodrigez R. (2001), « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures Revue transdisciplinaire en santé*; 8(2):38-52.

Couturier Y., Trouvé H., Gagnon D., Etheridge F., Carrier S., Somme D. (2009). Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France, In : *Revue Liens social et Politique*, n°62: 163-174.

De Stampa M., Vedel I., Mauriat C., Bagaragaza E., Routelous C., Bergman H., Lapointe L., Cassou B., Ankri J., Henrard JC. (2010), "Diagnostic, design and implementation of an integrated model of care in France: A bottom-up process with a continuous leadership", *International Journal of Integrated Car*; 10: e01-e10.

Demers L, Dupuis A, Poirier M. (2002), « L'intégration des services passe-telle par des fusions d'établissements ? », *Santé mentale au Québec*; XXVII(2):74-92.

Demers L., Pelchat Y., Côté G. (2002), « Intégration institutionnelle et intégration des services : L'expérience de la région des Laurentides », *Recherches sociographiques;* XLIII(3):549-576.

Demers L., Saint-Pierre M., Tourigny A., Bonin L., Bergeron P., Rancourt P., Dieleman L., Trahan .L, Caris P., Barrette H. (2005), *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Québec: Ecole Nationale d'administration publique.

Denis J-L, Contandriopoulos AP. (2008), « Gouvernance clinique : discussion et perspective », *Pratiques et organisations des soins*; 39(3):195-199.

Dupuis A, Farinas L, Demers L. (2004), « Gouvernance et fusions d'établissements sociosanitaires », *Revue Gouvernance*; 1(2):25-39.

Ennuyer B. (2006), *Repenser le maintien à domicile; enjeux, acteurs, organisations*, Paris: Dunod.

Etheridge F., Couturier Y., Trouvé H., Saint-Jean O., Somme D. (2009), "Is the PRISMA-France glass half-full or half-empty? The emergence and management of polarized views regarding an integrative change process", *International Journal of Integrated Care*; 9: e01-e011.

Hébert R., Veil A., Raîche M., Dubuis MF., Dubuc N., Toussignant M. '2008), "Evaluation of the Implementation of PRISMA, a Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec", *Journal of integrated care*; 16(6):4-14.

Hébert R., Veil A. (2004), "Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system", *International Journal of Integrated Care*; 4(05): e01-e11.

Hébert R., Durand PJ., Dubuc N., Tourigny A. (2003), " PRISMA: a new model of integrated service delivery for frail older people in Canada", *International Journal of Integrated Care*: e01-e08.

Hébert R., Raiche M., Dubois MF., Gueye NR., Dubuc N., Tousignant M. (2010), "Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in

Quebec (Canada): A quasi-experimental study", *The Journals of Gerontology. Psychological Sciences and Social Sciences*; 65B(1): 107-118.

Henrard JC., Vedel I. (2003), « L'enjeu de la coordination gérontologique en France », *Santé, Société et Solidarité*; Numéro hors série : vieillissement et santé: 77-84.

Johri M., Béland F., Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 18(3): 222-235.

Kodner DL, Kyriacou CK. (2000), "Fully integrated care for frail elderly: two American models", *International Journal of Integrated Care*; 1: e01-e08.

Kodner, D. L. (2006), "Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons", *Health Social Care Community*; 14(5): 384-390.

Lascoumes P., Le Gallès P. (Eds). (2004) *Gouverner par les Instruments*. Paris: Presse Universitaires de Sciences politiques.

Leutz WN. (1999), "Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom", *Milbank Quarterly*; 7(1): 77-110.

Mucchielli A. (1996) *Les Motivations*. Paris: PUF.

Munday B. (2007), *Services sociaux intégrés en Europe*. Strasbourg: Edition du conseil de l'Europe.

Newton J., Graham J., Mcloughlin K., Moore A. (2003), "Receptivity to Change in a General Medical Practice", *British Journal of Management*; 14: 143-153.

Palier B., Bonoli G. (1999), « Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale », *Revue française de science politique*; 49(3):399-420.

Patton M.Q., *Qualitative Evaluation and Research Methods*, 2nd edition, Londres: Sage Publications; 1990.

Pettigrew A.M., Ferlie E., McKee L. (1992), "Shaping Strategic Change. The Case of the NHS in the 1980s", *Public Money and Management*; 12(3): 27-31.

Pierson P. (2000), "Increasing returns, path dependence and the study of politics", *American Political Science Review*; 94: 251-267.

Robine JM., Cheung SLK. (2008), « Nouvelles observations sur la longévité humaine », *Revue Économique*; 59(5): 941-954.

Somme D., Trouvé H., Couturier C., Carrier S., Gagnon D., Lavallart B., Crétin C., Hébert R., Saint-Jean O. (2008), « PRISMA France : Programme d'implantation d'une innovation du système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas », *La Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*; 56(1): 54-62.

Somme D. et Trouvé H. (2009), « Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées : l'expérimentation Prisma France », *L'évaluation des politiques publiques en Europe Cultures et Futurs,* Fouquet A., Méasson L. (Eds), Paris: L'Harmattan: 385-395.

Somme D., Trouvé H., Couturier C., Balard F., Gagnon D., Saint-Jean O. (2011), *PRISMA France : projet pilote sur l'intégration et la gestion de cas*, Éditions Universitaires Européennes, Sarrebruck.

Somme D. et De Stampa M. (2011), "Ten years of integrated care for the older in France", *International Journal of Integrated Care*; 12: e01-e07.

Tabuteau D. (2010), « Loi Hôpital, Patients, santé et Territoires HPST : des interrogations pour demain ! », *Santé Publique*; 22(1): 79-90.

Trouvé H., Couturier Y., Etheridge F., Saint-Jean O., Somme D. (2010b) "Path Dependency : Theoretical framework to reveal of institutional integration. The case of France", *International Journal of Integrated Care,* 2010b; 10: e01-e09.

Trouvé H., Somme D., Couturier Y. (2010a), « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? *Géographie, Économie, Société*; 12: 31-52.

Trouvé H., Veil A., Hébert R., Somme D. The PRISMA France study: Is there a way to measure implementation of integration in di.fferent countries. Krzysztof S. (Ed.). *Health Management*. 2010c, Sciyo: Vienne: 1-18.

Vaarama, M., Pieper R. (Ed.) (2006), *Managing integrated care for older people*. Helsinki, Sweden: STAKES.

Vedel I., De Stampa M., Bergman H., et al. (2009), "Healthcare professionals and managers' participation in developing an intervention: A pre-intervention study in the elderly care context", *Implementation Science*; 4(21): e01-e11.

Weber A. (2006), « Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des français entre 2000 et 2005 », D.R.E.S.S. *Études et résultats*; 491, mai 2006.

9. SIGLES

AAC : Appel À Candidatures

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

CG : Conseil(s) Général(aux)

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DGS : Direction Générale de la Santé

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales,

DRSM : Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie

DT : Délégations Territoriales

EPN : Équipe Projet Nationale

GRSP Groupement régional de santé publique (),

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

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

MRS : Mission Régionale de santé

MSA : Mutualité sociale agricole

PRISMA : Programme de Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

RSI : Régime social des indépendants

SROMS : Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional de l'Offre Sanitaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

EMS APA : Equipes Médico-Sociales de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie

EHPAD: Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SAAD : Services d'Aides A Domicile

HAD : Hospitalisation A Domicile

10. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : ARS - Identité, organisation, gouvernance et programmation

Annexe 2 : Calendrier de l'étude

Annexe 3 : Présentation de l'étude aux référents Alzheimer

Annexe 4 : Formulaire de consentement présenté aux informateurs clés

Annexe 5 : Formulaire de consentement présenté aux référents Alzheimer dans la phase d'enquête de terrain

Annexe 6 : Formulaire de consentement présenté aux référents Alzheimer dans la phase de questionnaire

Annexe 7 : Grille d'entretien semi-directif auprès des informateurs clés

Annexe 8 : Grille d'entretien semi-directif auprès des référents Alzheimer

Annexe 9 : Questionnaire soumis aux 26 référents Alzheimer

ANNEXE 1 : ARS - IDENTITE, ORGANISATION, GOUVERNANCE ET PROGRAMMATION

L'article 118 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 crée les Agences Régionales de Santé (ARS). Les ARS sont entrées en vigueur des ARS le 1er avril 2010. Ce sont des établissements publics à caractère administratif dotés de l'autonomie administrative et financière.

Composition

Chaque ARS réunit des institutions, auparavant dispersées, chargées des politiques de santé dans les régions et les départements :

- la Direction régionale et les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS[42]),
- l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH),
- le Groupement régional de santé publique (GRSP),
- l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie (URCAM),
- la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) en partie (c'est-à-dire relativement au champ de compétence de l'ARS),
- la Mission Régionale de santé (MRS), et la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie (DRSM) en partie (c'est-à-dire relativement au champ de compétence de l'ARS),
- le Régime social des indépendants (RSI) et la Mutualité sociale agricole (MSA), en partie (c'est-à-dire relativement au champ de compétence de l'ARS).
- Au 1er janvier 2011[43], les 26 ARS représentaient + de 9000 agents (84% des personnels issus de l'État, 16% des personnels issus de l'Assurance Maladie) et géraient un montant total des budgets primitifs (personnel, fonctionnement, intervention et investissement) de 1015 Mds € repartis en subventions de l'État (824 Mds €) et financements de l'Assurance Maladie (191 Mds€).

La taille des ARS en termes d'effectifs des agents (siège et délégations territoriales) est variée[44] :

- De 100 à 200 : 5 cas
- De 200 à 300 : 9 cas
- De 300 à 400: 4 cas
- De 400 à 600 : 4 cas
- De 600 à 800 : 2 cas
- Supérieur à 800 : 2 cas

Organisation

Chaque ARS est dirigée par un Directeur Général nommé par décret en Conseil des Ministres. Les 26 Directeurs Généraux des ARS ont été nommés par décret en date du 31 Mars 2010.

[42] Exception faite d'une partie du pôle social des DDASS, rattachée à, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)

[43] Source: Rapport sur les conditions d'installation des ARS, Comité National de Pilotage, 16 Mars 2011.

[44] Source: Rapport sur les conditions d'installation des ARS, Comité National de Pilotage, 16 Mars 2011.

Le directeur général de chaque ARS :

- Signe le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens – CPOM sur une durée de 4 ans avec ses Ministres de tutelle (c'est-à-dire représentant la santé, l'assurance maladie, les personnes handicapées, les personnes âgées),
- Arrête le Projet Régional de Santé - PRS,
- Conclut des conventions avec les collectivités territoriales,
- Accorde les subventions aux organismes de sa responsabilité,
- Autorise la création, la conversion, le regroupement de toutes les activités de soins et l'installation des équipements lourds,
- Nomme les directeurs des centres hospitaliers,
- Informe le préfet compétent et les élus territoriaux en cas de risque sanitaire,
- 2 fois par an, rend compte de ses activités, transmet un état financier au Conseil de surveillance,
- 1 fois par an, rend compte de sa politique de santé et du suivi des avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie – CRSA.

L'organisation interne des ARS est structurée par différentes directions réunies au sein du siège régional, et par des délégations territoriales correspondantes aux départements constitutifs de la région.

Les responsabilités des directions du siège sont la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système. Les organigrammes des ARS font état de trois catégories de directions :

- des directions métiers (type direction de l'offre de soins, direction de l'offre médico-sociale, direction de la santé publique)
- des directions transversales (type direction de la qualité et de l'efficience)
- des directions générales (type ressources humaines).

Les directions métiers sont ensuite sectorisées de façon variable selon les ARS en sous directions dénommées différemment selon les ARS.

Les organigrammes font état de 2 ou 3 niveaux d'organisation interne du siège des ARS.

1. Directions
    1.1. Départements ou pôles ou services
        1.1.1. Pôles, unités ou cellules

Les délégations territoriales ont pour compétence de décliner la politique régionale de l'ARS localement et de servir d'interface pour assurer la proximité, l'accompagnement et la coordination des initiatives et acteurs locaux.

Le nombre d'agents employés dans les directions du siège et les délégations territoriales varient sur une échelle de 80 (ARS Guyane) agents à 1280 (ARS Ile-de-France). Les ARS comprenant entre 150 et 250 agents sont les plus nombreuses.

Compétences et missions

Le champ de compétences de l'ARS est large. Il comprend :

- les professionnels de santé,
- l'ambulatoire,
- l'hôpital,
- le médico-social
- la prévention et la promotion de la santé,
- la veille et la sécurité sanitaire.

Les compétences attribuées aux ARS sont de deux ordres :

1) Régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social :

- Réguler, orienter et organiser l'offre des services en santé,
- Évaluer et promouvoir la qualité des formations des professionnels,
- Autoriser la création des établissements et services sanitaires et médico-sociaux et contrôler leur fonctionnement,
- Définir et mettre en œuvre des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé

2) Pilotage de la santé publique :

- Organiser la veille et la sécurité sanitaires, l'observation de la santé,
- Définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé
- Contribuer à la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet de région

Les missions opérationnelles affectées aux ARS sont les suivantes :

- Régulation et organisation concertées des services de santé (autorisations, allocations des ressources dans le respect du principe de fongibilité asymétrique et contrôle des établissements et services de santé, répartition territoriale de l'offre de soins, qualité et sécurité des pratiques, prise en charge des personnes précaires, action complémentaires de gestion du risque, qualité des formations professionnelles),
- Mise en place de délégations territoriales dans chaque département de leur région,
- Définition des territoires de santé (TS) et mise en place des conférences de territoires,
- Organisation concertée de la permanence des soins et définition de sa rémunération spécifique,
- Autorisation de création, d'extension, après avis de la commission d'appel à projet des établissements et services médico-sociaux, faisant appel à des fonds de l'assurance Maladie,
- Inspection et contrôles des établissements et services médico-sociaux.

Modalités de gouvernance

Au titre d'établissements publics à caractère administratif dotés de l'autonomie administrative et financière, les ARS sont régies par des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens –CPOM- de 4 ans (2010-2013). Les CPOM ont été signés le 8 février 2011 entre le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et Ministère des solidarités et de la cohésion sociale et le, Directeur Général de chaque ARS.

A l'échelon national, les ARS sont pilotées par un conseil national de pilotage – CNP.

Les membres du CNP sont les Ministres du budget et de la sécurité sociale, les directions centrales des Ministères de la santé, de l'Assurance Maladie, des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie - CNSA, et 3 représentants de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie – UNCAM.

Le CNP a pour mission de donner les directives de mise en œuvre de la politique nationale de santé et d'assurer la cohérence des politiques régionales avec la politique nationale.

A l'échelon régional, les modalités de gouvernance mises en place s'effectuent à travers différentes instances représentant le service public régional de la santé :

- Le Conseil de surveillance présidé par le préfet de région, composé de 25 membres maximum représentants de l'État, de l'Assurance Maladie, des collectivités territoriales, et des usagers, est réunit à minima 2 réunions/an afin de contrôler et d'évaluer l'action de l'ARS, il est également consulté sur les orientations stratégiques de l'ARS,
- La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) participe par ses avis à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé en région : elle peut faire toute proposition au DG ARS sur la politique de santé de la région, elle émet des avis sur le plan stratégique régional de santé et sur le projet régional de santé dans son ensemble, et elle organise le débat public. Une fois par an le DG ARS rend compte de la politique de santé à la CRSA et du suivi des avis qu'elle a émis. La CRSA est composée de 100 membres maximum organisés en collèges[45] réunissant les collectivités territoriales, les représentants des professionnels et des usagers, et les organismes de sécurité sociale. La CRSA est organisée en commissions, au nombre de 5 selon la loi :
    1) Commission permanente
    2) Commission spécialisée de la prévention,
    3) Commission spécialisée de l'offre de soins
    4) Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux
    5) Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers
- Les deux commissions de coordination des politiques de santé l'une dédiée à la prévention et l'autre aux prises en charge et accompagnements médicaux-sociaux, assurent la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, santé scolaire, santé au travail, protection maternelle et infantile et dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. Ainsi, dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, elle peut décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé (notamment le schéma régional d'organisation médico-sociale - SROMS) et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. Elle favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale, examine les projets de SROMS et/ou de programmes qui en découlent, examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Enfin, cette commission favorise la complémentarité des actions arrêtées et financées par chacun des membres de cette commission. Elles sont composées des services de l'État (dont préfet de région, recteur d'académie, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, directeur régional des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail, et de l'emploi, directeur départemental de la cohésion sociale

[45] De 5 à 8 collèges selon les ARS.

et de la protection des populations du département du chef-lieu de la région), des collectivités territoriales (conseil régional, conseil général, communes et intercommunalités) et des organismes de sécurité sociale (CRAV, CRAM, RSI, MSA).

- Les conférences de territoire participent à identifier les besoins locaux et les réponses à ces besoins. Il existe une conférence de territoire par territoire de santé et à ce titre elle participe à la mise en œuvre du projet régional de santé. La loi précise dans son article L1434-17 que « la conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ». Elle est constituée de deux instances :
  - le bureau élabore les projets d'avis et de propositions, et prépare les réunions de l'assemblée plénière ;
  - l'assemblée plénière se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son président.

  Les conférences de territoires regroupent les acteurs des territoires de santé (hôpitaux, établissements d'hébergement, maisons de santé, médecins libéraux, infirmiers, *etc*.) constituées d'un bureau et réunies en instance plénière (au moins 2/an). Les séances ne sont pas publiques, sauf décision contraire du président. Cependant, les avis et les propositions de la conférence sont rendus publics. Les procès-verbaux des séances sont transmis dans un délai d'un mois au directeur général de l'ARS.

Outils de programmation et de planification

Selon l'article D1434-1 du Code de Santé Publique, le projet régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Le PRS comporte plusieurs composantes :

- le plan stratégique régional de santé (PSRS) fixe les priorités régionales et les objectifs généraux. Chaque ARS doit avoir arrêtée son PSRS au plus tard fin mai 2011.
- Les 3 schémas régionaux. Chaque ARS doit avoir arrêtée ses schémas au plus tard fin septembre 2011.

1) Schéma régional de l'offre de soins (SROS), détermine les modalités d'organisation de l'offre de soins (pour les établissements et services soumis à autorisations) et de l'offre de soins ambulatoires (pour l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé) dans un objectif d'efficience notamment en définissant les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins,
2) Schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS), détermine les modalités d'organisation médico-sociale régionale pour améliorer la qualité de vie d'une population diversifiée, en lui apportant des réponses adaptées tout au long de son parcours
3) Schéma régional de la prévention (SRP), détermine les modalités d''organisation de la prévention, de la promotion de la santé et de la santé environnementale et la sécurité sanitaire

- Les programmes d'application : PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins), le PRGDR (programme régional de gestion du risque), PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de

la perte d'autonomie), le programme de télémédecine en particulier. Chaque ARS doit avoir arrêtée ses programmes d'application fin décembre 2011.

Aux vues de ces différentes composantes et échéanciers, les PRS des ARS seront arrêtés fin décembre 2011.

Cette présentation succincte de l'identité, des modalités d'organisation et de gouvernance des ARS conduit à souligner le caractère particulièrement récent de la mise en place opérationnelle de cette importante réforme institutionnelle qui constitue la création des ARS. Ainsi, l'année 2011, au cours de laquelle les instances de gouvernance ont été installées, les outils de programmation et de planification définis, constitue une année charnière pour la structuration d'une nouvelle entité et identité de décideurs régionaux des politiques de santé.

Ce contexte est important à souligner, dans la mesure où, comme nous allons le développer dans le chapitre suivant, cette dynamique d'installation des ARS a engendré un calendrier interne aux ARS peu compatible avec le calendrier de réalisation de l'étude.

ANNEXE 2 : CALENDRIER DE L'ETUDE

Étape 1 (Février 2011- Avril 2011) : élaboration de l'enquête de terrain avec les informateurs clés et l'analyse documentaire

- Février : 1) élaboration de l'échantillon des ARS incluses dans l'étude empirique à partir de l'analyse de la documentation, 2) validation du guide d'entretiens semi-directifs.
- Mars : 1ère vague d'entretiens semi-directifs avec les informateurs-clés (n=5, les 3 membres de l'équipe Projet nationale de la CNSA, un membre de la DGCS, un membre de la DGOS). Objectif : validation de l'échantillon des ARS participant à l'enquête de terrain. Les informateurs clés ont mis l'accent au cours de cette phase sur les risques de faible faisabilité de l'étude en raison du calendrier des ARS relatif au travail de programmation (rédaction des PSRS, SROS, SROMS). Décision prise : révision de l'échantillon prédéfini, définition d'un nouvel échantillon, réalisation d'une procédure de pré-sondage. L'équipe projet nationale réalise le pré-sondage. Les 11 ARS visées ont donné leur accord de participation.
- Avril - Mai : Entrée en contact entre responsable scientifique et référents Plan National Alzheimer pour : 1) présentation de l'étude, 2) signature du protocole de participation à l'étude, 3) rendez-vous pour entretien semi-directif.

Étape 2 (Juin 2011- Août 2011) : réalisation de l'enquête de terrain

- Juin - Juillet : Réalisation des 11 entretiens auprès des 11 référents Alzheimer des ARS ayant déclarés accepter de participer à l'étude (taux de participation = 100%). Les entretiens semi-directifs ont été réalisés par réunion visuelle dans 9 cas, par réunion téléphonique dans 2 cas.

  L'échantillonnage des 11 référents Alzheimer des ARS ayant participé à l'enquête de terrain couvre l'ensemble de la France (Nord, Sud, Est, Ouest et DOM) et conduit à une couverture importante des dispositifs intégrés MAIA : 7 des 17 dispositifs expérimentés en 2009 - 2010 et 19 des 40 des nouveaux dispositifs financés en 2011.
- Août : Traitement des entretiens par analyse thématique de contenu informatisée (Nvivo 8)

Étape 3 (Septembre 2011-Octobre 2011) : réalisation de l'enquête empirique

- Septembre : synthétise des résultats de l'analyse qualitative par entretiens dans un questionnaire (100 questions). Travail de réduction en équipe interdisciplinaire (70 questions).
- 1ère quinzaine d'octobre : 2nde vague d'entretiens semi-directifs auprès des informateurs clés. Objectifs : 1) présentation du questionnaire et du besoin de réduire les items, 2) validation de l'envoi du questionnaire réduit à 54 questions.

Étape 4 (14 Octobre 2011- 18 novembre 2011)

- Passation du questionnaire soumis aux référents Alzheimer des 26 ARS : délais de retour 8 Novembre. Au 7 novembre : retour de 8 questionnaires (taux de retour : 30%).
- Prolongation du délai de retour au 18 novembre. Au 18 novembre : retour de 7 questionnaires supplémentaires.

15 référents Alzheimer des ARS ont répondu au questionnaire.

Le taux de retour des questionnaires est de 58%.

L'échantillon des 15 référents Alzheimer des ARS ayant répondu à la phase questionnaire est caractérisé de la façon suivante :

- Degré d'exposition : 7 ont été exposées à la phase expérimentale (elles représentent 11 des 17 MAIA expérimentales conduites en 2009 et 2010), 8 n'ont pas été exposées,
- Couverture des dispositifs intégrés MAIA créés en 2011 : elles représentent 20 des 40 nouveaux dispositifs créés en 2011.

Parmi les 11 référents Alzheimer des ARS de la phase d'enquête de terrain, 7 ont participé à la phase questionnaire.8 référents Alzheimer des ARS non inclus dans la phase d'enquête de terrain ont participé à la phase questionnaire.

Bien que l'exhaustivité des ARS ne soit pas atteinte, la représentativité est importante :

- 19 des 26 ARS sont incluses dans l'étude (taux de représentativité des ARS : 73%)
- 14 des 17 MAIA expérimentales sont incluses dans l'étude (taux de représentativité des MAIA expérimentales : 82%)
- 29 des 40 MAIA créées en 2001 incluses dans l'étude (taux de représentativité des MAIA créées en 2011 : 72,5%)

Étape 5 (Décembre 2011) : analyse

Traitement des 15 questionnaires

Analyse croisée : questionnaires (n=15), documentations (organigrammes et outils de programmation des ARS - n=15), et entretiens pour le cas des référents ARS ayant participés aux deux phases (n=7)

Étape 6 (Janvier 2012)

Rédaction du rapport final

Étape 7 (Février 2012)

Remise du rapport final

Restitution des résultats de l'étude aux référents ARS.

ANNEXE 3 : PRESENTATION DE L'ETUDE AUX REFERENTS ALZHEIMER

Étude sur la stratégie des Agences Régionales de Santé (ARS)
dans l'instruction et le déploiement des dispositifs
« *Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer* » (MAIA)

Contexte

Les dispositions légales du déploiement de la mesure 4 du Plan Nation National Alzheimer 2008-2012, portant sur les dispositifs intégrés MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer), attribuent aux ARS la compétence dans l'instruction des candidatures et le contrôle du cahier des charges des MAIA.

L'équipe projet nationale (EPN) assure un soutien méthodologique auprès des ARS. Pour ce faire elle s'appuie notamment sur des missions d'expertise en capacité de produire des travaux d'études. L'EPN a eu l'opportunité de solliciter une étude concernant les modalités de déploiement des dispositifs MAIA mises en place par les ARS.

Cette étude a été confiée à la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG) sous la direction de Mme Hélène Trouvé, ingénieur de recherche.

Objet

L'étude porte sur le rôle des ARS dans les modalités d'instruction et de mise en œuvre des dispositifs MAIA.

L'étude se déroule en deux temps :

- Juin - août 2011 : une enquête de terrain auprès d'une dizaine d'ARS.
- Octobre - novembre 2011 : un questionnaire soumis aux 26 ARS.

Méthode

L'enquête de terrain vise à établir une catégorisation des rôles tenus par les ARS dans l'instruction et le déploiement des dispositifs MAIA.

L'échantillon sera construit sur la base du volontariat déclaré des référents Alzheimer (ou de leur représentant) en contact avec l'EPN.

L'échantillon de l'enquête de terrain vise à répondre à trois critères :

- La couverture géographique du territoire national,
- Le niveau d'exposition de la région au(x) dispositif(s) intégré(s) MAIA : ARS exposées et non exposées à la phase expérimentale (2009-2010), avec à l'issue de cette phase, une diversité des résultats expérimentaux (validés avec recommandation, validés sous réserve et non validés),
- La diversité statutaire des porteurs de projets intégrés MAIA (CLIC, Réseau de santé, Conseil Général, GCSMS, MDPH, *etc.*).

Dans chaque ARS enquêtées, les référents Alzheimer (ou leur représentant) seront interviewés (durée approximative de l'entretien : 1H30) et une étude documentaire sera conduite. Un formulaire de consentement de participation à l'étude, garantissant l'anonymat de l'interviewé et de son ARS de rattachement, sera signé. L'EPN n'aura à accès à aucune donnée nominative.

Les résultats obtenus seront formalisés dans un questionnaire.

Le questionnaire sera adressé à l'ensemble des référents Alzheimer (ou leur représentant) des 26 ARS.

Restitution

Une restitution des résultats de l'étude sera faite à l'ensemble des ARS. Une réunion de restitution, avec support écrit, aura lieu en janvier 2012.

ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PRESENTE AUX INFORMATEURS CLES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

OBJET
Etude au sein des Agences Régionales de Santé sur les dispositifs d'intégration MAIA.

RESPONSABLE
Hélène Trouvé, PhD., Ingénieur de Recherche, Fondation Nationale de Gérontologie-FNG.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION
Votre participation est sollicitée à l'intérieur de l'étude sur les projets d'intégration MAIA (Mesure 4 du Plan National Alzheimer 2008-2012).
Votre participation comprend deux entrevues individuelles, à votre bureau ou dans autre un lieu approprié, à votre convenance. L'une précède l'enquête de terrain ; elle porte essentiellement sur la procédure d'appel à candidature MAIA. L'autre précède l'enquête par questionnaire ; elle porte essentiellement sur le démarrage du déploiement des dispositifs MAIA.
D'une durée approximative de deux heures, ces entrevues sont enregistrées et retranscrites intégralement.

CONFIDENTIALITÉ
Conformément aux aspects réglementaires et éthiques (notamment les articles L.1121-3 et R.5121-13 du code de la santé publique) l'ingénieur de recherche prend toutes les précautions nécessaires à la confidentialité des informations relatives aux personnes qui se prêtent à l'étude, notamment en ce qui concerne leur identité ainsi que les résultats obtenus.
Les règles de confidentialité concernent les informations nominatives, le statut, et le rattachement qui n'apparaissent sur aucun document. Les informations recueillies lors de l'entrevue sont dépersonnalisées. Toute la communication sur l'étude et les résultats de l'étude est anonymisée.
Les enregistrements sont détruits après l'étude et les documents écrits sont conservés, selon les règles prescrites, pour une durée de dix ans.
Pour autant, vous avez toujours la possibilité de refuser de répondre à certaines questions si vous le désirez.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION
Hormis l'accès aux résultats de l'étude, vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant à cette étude.

INCONVÉNIENTS
Nous sommes conscients que l'entrevue prend de votre temps. Cependant, vous êtes parmi les personnes les mieux placées pour nous aider à mieux comprendre notre objet d'étude.

RISQUES
Votre collaboration ne comporte aucun risque puisqu'il s'agit d'une entrevue avec vous. De plus, le matériel de l'étude n'étant pas accessible à votre employeur ou à l'organisation qui vous emploie, il ne peut en aucun cas servir à évaluer votre pratique.

RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION
Vous pourrez mettre un terme à votre participation en tout temps. Si vous vous retirez de l'étude, nous détruirons, à votre demande, tous les documents qui vous concernent.

INFORMATIONS SUR L'ETUDE
Nous répondrons à toutes les questions que vous poserez à propos de l'étude à laquelle vous acceptez de participer.
Vous pouvez joindre directement et préalablement la responsable de l'étude, Madame Hélène Trouvé :
Par téléphone, au 01 56 09 31 50
Par courriel, h.trouve@fng.fr
Par courrier, Fondation Nationale de Gérontologie – 49 Rue Mirabeau – 75016 Paris

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

J'ai compris tous les termes du présent formulaire, je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation et je consens à participer à l'étude.

Signature du participant : _____

DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard.

Signature du chercheur ou de son représentant :_____

Fait à _____, le _____

ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PRESENTE AUX REFERENTS ALZHEIMER DANS LA PHASE D'ENQUETE DE TERRAIN

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

OBJET
Étude au sein des Agences Régionales de Santé sur les dispositifs intégrés MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer) inscrits dans le cadre du Plan National Alzheimer 2008-2012.

RESPONSABLE
Hélène Trouvé, PhD., Ingénieur de Recherche, Fondation Nationale de Gérontologie-FNG.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION
Votre participation est sollicitée à l'intérieur de l'étude sur les projets d'intégration MAIA (Mesure 4 du Plan National Alzheimer 2008-2012).
Votre participation comprend :

- une entrevue individuelle, à votre bureau ou dans autre un lieu approprié, à votre convenance. D'une durée approximative d'une heure trente, cette entrevue est enregistrée et retranscrite intégralement. Les thèmes précis abordés durant cette entrevue seront annoncés avant la rencontre.
- un questionnaire soumis directement à vous-même. Ce questionnaire vous sera adressé dans un second temps (automne 2011). Il vous est demandé de remplir le questionnaire de manière individuelle et sans recours à une documentation spécifique qu'elle qu'en soit la nature. C'est votre opinion qui est recherchée

CONFIDENTIALITÉ
Conformément aux aspects réglementaires et éthiques (notamment les articles L.1121-3 et R.5121-13 du code de la santé publique) l'ingénieur de recherche prend toutes les précautions nécessaires à la confidentialité des informations relatives aux personnes qui se prêtent à l'étude, notamment en ce qui concerne leur identité ainsi que les résultats obtenus.
Les règles de confidentialité concernent les informations nominatives, le statut, et le rattachement qui n'apparaissent sur aucun document. Les informations recueillies lors de l'entrevue sont dépersonnalisées. Toute la communication sur l'étude et les résultats de l'étude est anonymisée.
Les enregistrements sont détruits après l'étude et les documents écrits sont conservés, selon les règles prescrites, pour une durée de dix ans.
Pour autant, vous avez toujours la possibilité de refuser de répondre à certaines questions si vous le désirez.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION
Hormis l'accès aux résultats de l'étude, vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant à cette étude.

INCONVÉNIENTS
Nous sommes conscients que l'entrevue prend de votre temps. Cependant, vous êtes parmi les personnes les mieux placées pour nous aider à mieux comprendre notre objet d'étude.

RISQUES
Votre collaboration ne comporte aucun risque puisqu'il s'agit d'une entrevue individuelle et anonymisée.
De plus, le matériel de l'étude n'étant pas accessible à votre employeur ou à l'organisation qui vous emploie, il ne peut en aucun cas servir à évaluer votre pratique.

RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION
Vous pourrez mettre un terme à votre participation en tout temps.
Si vous vous retirez de l'étude, nous détruirons, à votre demande, tous les documents qui vous concernent.

INFORMATIONS SUR L'ÉTUDE
Nous répondrons à toutes les questions que vous poserez à propos de l'étude à laquelle vous acceptez de participer.
Vous pouvez joindre directement la responsable de l'étude, Madame Hélène Trouvé :
- par téléphone, 01.56.09.31.50 / 06.20.52.10.86
- par courriel, h.trouve@fng.fr
- par courrier, Fondation Nationale de Gérontologie – 49 Rue Mirabeau – 75016 Paris.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT
J'ai compris tous les termes du présent formulaire, je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation et je consens à participer à l'étude.
Signature du participant : _____

DÉCLARATION DU CHERCHEUR
Je certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard.
Signature du chercheur ou de son représentant :_____

Fait à _____, le _____

ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PRESENTE AUX REFERENTS ALZHEIMER DANS LA PHASE DE QUESTIONNAIRE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

OBJET
Étudier les stratégies des Agences Régionales de Santé (ARS) relativement au déploiement des dispositifs MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer) inscrits dans le cadre du Plan National Alzheimer 2008-2012.

RESPONSABLE
Hélène Trouvé, PhD., Ingénieur de Recherche, Fondation Nationale de Gérontologie-FNG.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION
Votre participation est sollicitée à l'intérieur d'une étude portant sur les stratégies de déploiement des dispositifs d'intégration MAIA (Mesure 4 du Plan National Alzheimer 2008-2012) au sein des ARS.
Une présentation de l'étude est jointe.
Votre participation prend la forme du remplissage du questionnaire soumis dans le présent courrier.
Il vous est demandé de remplir le questionnaire de manière individuelle et sans recours à une documentation spécifique qu'elle qu'en soit la nature.
Le temps de remplissage du questionnaire est d'une durée approximative d'une demi-heure.

CONFIDENTIALITÉ
Conformément aux aspects réglementaires et éthiques (notamment les articles L.1121-3 et R.5121-13 du code de la santé publique) l'ingénieur de recherche prend toutes les précautions nécessaires à la confidentialité des informations relatives aux personnes qui se prêtent à l'étude en ce qui concerne leur identité ainsi que les résultats obtenus.
Les règles de confidentialité concernent les informations nominatives, le statut, et le rattachement qui n'apparaissent sur aucun document.
Les informations recueillies lors de l'entrevue sont dépersonnalisées.
Toute la communication sur l'étude et les résultats de l'étude sont anonymisés.
Les documents écrits sont conservés, selon les règles prescrites, pour une durée de dix ans.
Vous pouvez avoir accès à toutes les informations vous concernant, conformément à la Loi Informatique et Liberté.
Vous avez toujours la possibilité de refuser de répondre à certaines questions si vous le désirez.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION
Hormis l'accès aux résultats de l'étude, vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant à cette étude.

INCONVÉNIENTS
Nous sommes conscients que le remplissage du questionnaire prend de votre temps. Cependant, vous êtes parmi les personnes les mieux placées pour nous aider à mieux comprendre notre objet d'étude.

RISQUES
Votre collaboration ne comporte aucun risque puisqu'il s'agit d'un questionnaire anonymisé. De plus, le matériel de l'étude n'étant pas accessible à votre employeur ou à l'organisation qui vous emploie, il ne peut en aucun cas servir à évaluer votre pratique.

RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION
Vous pourrez mettre un terme à votre participation en tout temps.
Si vous vous retirez de l'étude, nous détruirons, à votre demande, le questionnaire que vous aurez rempli.

INFORMATIONS SUR L'ÉTUDE
Nous répondrons à toutes les questions que vous poserez à propos de l'étude à laquelle vous acceptez de participer.
Vous pouvez joindre directement la responsable de l'étude, Madame Hélène Trouvé :
- par téléphone, 01.56.09.31.50 / 06.20.52.10.86
- par courriel, h.trouve@fng.fr
- par courrier, Fondation Nationale de Gérontologie – 49 Rue Mirabeau – 75016 Paris.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT
J'ai compris tous les termes du présent formulaire, je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation et je consens à participer à l'étude.
Signature du participant : _____

DÉCLARATION DU CHERCHEUR
Je certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard.
Signature du chercheur ou de son représentant :_____

Fait à _____, le _____

ANNEXE 7 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AUPRES DES INFORMATEURS CLES

ETUDE ARS
GRILLE D'ENTRETIEN INFORMATEUR

Il y a trois objectifs à cet entretien.

1) Je souhaite avoir votre opinion globale sur la façon dont les ARS ont reçu le mandat d'instruction, de déploiement et de contrôle des dispositifs MAIA.
2) Je souhaite avoir connaissance de la façon dont vous avez travaillé l'appel à candidatures MAIA plus ou moins en lien avec les ARS.
3) Je souhaite que vous me fassiez par de votre avis sur l'échantillon et la grille d'entretien auprès des référents Alzheimer.

Premièrement, pouvez-vous me décrire les réunions des 14 décembre et 17 mars ?

- Comment qualifierez-vous la façon dont les ARS ont reçu, ont compris et ont interprété le dispositif MAIA ?
- Comment qualifierez-vous la façon dont les ARS ont reçu, ont compris et ont interprété leur rôle dans le dispositif MAIA ?

  D'après ce que j'ai compris à la réunion du 14 décembre, il y a eu trois types de réactions :

  1) MAIA comme dispositif ad hoc,
  2) MAIA comme un dossier supplémentaire à gérer
  3) MAIA comme un dispositif pertinent de grande ampleur

  Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?
- Pourquoi avez-vous au sein de l'EPN anticipé des besoins d'accompagnement des ARS ? Le projet de formation des ARS sur les MAIA est-il toujours d'actualité ? Comment envisagez-vous les choses (période, contenu, intervenants) ?

Deuxièmement, je souhaite avoir connaissance de la façon dont vous avez travaillé l'appel à candidatures MAIA.

- Il a été décidé que ce seraient les ARS qui auraient la compétence de l'instruction des candidatures MAIA. Ça aurait aussi pu être les Conseils Généraux non ?
  - Que pensez-vous de ce choix ?
- Avez-vous l'impression que le fait que ce soient les ARS que soient chargées de l'instruction a eu un impact dans la façon dont vous avez travaillé l'appel à candidatures ? Lequel ? Pourquoi ?

- Toute la procédure de l'appel à candidatures n'était pas définitivement stabilisée au moment de la réunion de présentation MAIA du 14 décembre. Diriez-vous que les réactions et les questions aient eu des influences sur la façon dont vous avez poursuivi et terminé l'appel à candidatures ? Lesquelles ? Pourquoi ?
- D'après ce que j'ai compris, vous avez choisi de poursuivre ce travail avec un certain nombre d'ARS ? Lesquelles ? Pourquoi celles-là ? Comment s'est déroulé ce travail ?
- En étudiant la façon dont les ARS ont diffusé l'appel à candidatures, j'ai eu l'impression qu'il y avait vraiment des écarts importants d'appropriation de l'appel à candidatures au sein des différentes ARS. Partagez-vous cette opinion ? Comment l'expliquez-vous ?
- Les ARS vous ont-elles contactées au sujet de la façon de diffuser l'appel à candidatures ? Si oui, quelles étaient les questions principales ?
- Comment vous ont-elles exposées la façon dont elles ont travaillé en interne à leur ARS sur la procédure de diffusion de l'appel à candidatures à mettre en place ?
- L'ensemble des documents que vous avez produits dans le cadre de l'appel à candidatures étaient à disposition des ARS pour diffuser l'appel à candidatures ? Les ARS ont majoritairement choisies de ne pas diffuser les annexes relatives aux MAIA expérimentales, aux caractéristiques territoriales, au nombre de MAIA par région, en somme elles ont choisi de ne pas diffuser les documents de nature méthodologique. Comment l'expliquez-vous ? Savez-vous si les correspondants ARS dont les coordonnées sont fournies sur les sites ont prévu de les diffuser dans un second temps, ou plus exactement sur demande ?

Troisièmement, je souhaiterais que nous revenions sur l'échantillon d'ARS.

- Que pensez-vous de cet échantillon ?
- Pour les ARS qui ont eu des sites expérimentaux validés, pouvez-vous m'expliquer comment il est prévu que les ARS travaillent avec les MAIA expérimentales ?
- La grille d'entretiens construite est essentiellement descriptive. Il s'agit de percevoir deux éléments :

  1. la façon dont les ARS ont définies des stratégies de déploiement du dispositif d'intégration MAIA au cours de l'année 2011.
  2. leurs représentations du dispositif.

  La grille est décomposée en quatre séquences : prise de connaissance du dispositif, procédure d'instruction, procédure de déploiement et perspective de contrôle.

  - Qu'en pensez-vous ?
- S'il y avait une question à poser aux référents Alzheimer interviewés, laquelle serait-elle selon vous ?

ANNEXE 8 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AUPRES DES REFERENTS ALZHEIMER

ÉTUDE ARS
GRILLE D'ENTRETIEN REFERENTS ALZHZEIMER

Consignes

Le but de cet entretien est double.

D'une part, nous souhaitons comprendre votre perception actuelle du dispositif MAIA. Nous souhaitons comprendre quelle est votre opinion sur ce dispositif.

D'autre part, nous souhaitons comprendre quel rôle jouent [*ou s'apprêtent à jouer*] les ARS dans le dispositif MAIA, tout d'abord dans l'instruction des candidatures, et ensuite dans le déploiement des projets.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. C'est donc votre opinion qui nous intéresse.

Avant de commencer, je tiens à vous préciser que je suis complètement indépendante de l'équipe projet nationale. En aucun cas, l'équipe projet nationale n'a accès au contenu de notre entretien. Votre identité à vous n'apparaît nulle part, ni celle de votre ARS. Tous les résultats sont anonymisés. L'équipe projet nationale a commandité cette étude, ce sont les résultats de l'étude en terme national qui l'intéressent et non pas ce qui se passe spécifiquement dans une ARS.

1. Identification des fonctions de l'interviewé

Tout d'abord, pouvez-vous me décrire vos fonctions au sein de l'ARS ?

Quelles sont vos fonctions par rapport au dispositif MAIA ?

2. Contenu du changement

Nous allons commencer par nous intéresser à la façon dont vous eu connaissance du dispositif MAIA.

- Quand et comment avez-vous connu le dispositif MAIA ?
    - Qu'en avez-vous pensé au départ ?
        - Votre opinion a-t-elle changé ?
- Aviez-vous connaissance de la phase expérimentale 2009-2010 du dispositif MAIA ?

    - En avez-vous eu des retours ? Quel(s) type(s) de retours ?
- Avez-vous participé à la réunion de présentation du dispositif MAIA de décembre 2010 ?
    - Si oui, qu'en avez-vous pensé ?
    - Si non, quelqu'un au sein de votre ARS y a-t-il participé ? Qui ? Vous a –t-il(elle) fait des retours ?
- Qu'avez-vous pensé des modalités législatives d'instruction et de déploiement des MAIA ?
    - Qu'avez-vous pensé du rôle donné aux ARS ?
    - En regardant votre site, j'ai vu que vous avez diffusé l'Appel à candidatures rapidement.
        - Comment avez-vous travaillé en interne à la procédure de diffusion ? Qui a participé à ce travail ?
        - Avez-vous utilisé d'autres supports de diffusion de cet AAC (type mailings) ?

- Avez-vous participé à la réunion d'appui à l'instruction des candidatures MAIA de mars 2011 ?
    - Si oui, qu'en avez-vous pensé ?
    - Si non, quelqu'un au sein de votre ARS y a-t-il participé ? Qui ? Vous a –t-il(elle) fait des retours ?

Aujourd'hui, vous avez davantage d'expérience sur ce dispositif MAIA. Vous avez lu la circulaire, le cahier des charges, participé à la mise en place de l'instruction, de la commission consultative, et peut-être même directement à l'instruction des candidatures. Avant d'entrer dans le détail de cette procédure, je voudrais discuter d'aspects conceptuels.

- Comment définissez-vous le dispositif MAIA ?
- De votre point de vue, quel est l'objectif principal d'une MAIA ?
    - Voyez-vous d'autres objectifs ?
- De votre point de vue, quels sont les principaux axes du dispositif MAIA ?
    - Quels sont les mécanismes des MAIA ?
    - Quels sont les outils des MAIA ?

- Comment situez-vous la MAIA dans l'ensemble des dispositifs gérontologiques ?
    - Spécifiquement au Plan National Alzheimer, comment situez-vous la MAIA par rapport aux autres dispositifs (plateforme, SSIAD renforcés notamment)
    - Spécifiquement à l'objectif de coordination, comment situez-vous la MAIA par rapport aux autres dispositifs ?
        - Notamment par rapport au(x) réseau(x) de santé ?
        - Notamment par rapport au(x) CLIC ou toute autre plate-forme à visée de coordination associée au champ social (pôle gérontologique) ?

3. <u>Justification du changement</u>

Maintenant nous allons nous intéresser à votre opinion sur les raisons d'être du dispositif MAIA.

- Selon vous le dispositif MAIA répond-il à un besoin (des besoins) ? Si oui, lequel(s) ?
- Le dispositif MAIA répond-il à un besoin (des besoins) spécifique(s) à votre territoire ? Si oui, lequel(s) ?
- Le dispositif MAIA répond-il à un besoin (des besoins) à une autre échelle ? Quel(s) besoin(s) ? Quelle(s) échelle(s) ?
    - Aux vues de ces besoins, avez-vous inscrit le dispositif MAIA dans un outil de programmation de l'ARS ? [*Ou bien est-ce à l'ordre du jour ?*]

      Par exemple, dans le cadre : Du projet régional de santé ? Du plan stratégique régional de santé ? Du schéma régional d'organisation des soins ? Du schéma régional d'organisation médico-sociale ?

3.1. Conclusion partielle

- Diriez-vous que cette opinion que vous avez sur l'objectif, les outils et la valeur comparative des MAIA est partagée au sein de votre ARS ?
    - Si oui, quels en sont pour vous les principaux signes ?
        - Et avec qui au sein de votre ARS ?
    - Si non, où diriez-vous que se situent les points de divergences ?
        - Et avec au sein de votre ARS ?

4. <u>Processus changement</u>

Maintenant que nous avons posé ces éléments généraux, nous allons entrer dans le détail concret de la façon dont vous avez mis en place les procédures d'instruction et de déploiement du dispositif MAIA. C'est-à-dire que nous allons discuter des modalités concrètes d'instruction et de déploiement du dispositif MAIA au sein de votre ARS.

4.1. Processus d'instruction

- Pouvez-vous me décrire la procédure d'instruction des candidatures MAIA que vous avez mise en place ?
    - Qui a défini cette procédure ?
    - Comment a été définie cette procédure ?
    - La définition de cette procédure a-t-elle simple ou difficile à établir ?
- Par rapport aux recommandations du cahier des charges, avez-vous fait des ajustements ? Lesquels ?
    - Qu'est-ce qui explique(nt) ce(s) ajustement(s) ?
- Dans le cahier des charges, il est inscrit qu'une commission régionale consultative pour l'instruction des candidatures MAIA doit être mise en place.
    - Avez-vous mise en place une commission régionale consultative pour l'instruction des candidatures MAIA ?
        - Si non, pourquoi ?
        - Si oui, de qui était composée cette commission ?
            - Pourquoi avoir associé ces partenaires-là ?

- Comment avez-vous travaillé dans cette commission (nombre de réunions, supports techniques utilisés) ?
  - ✓ Pensez-vous que cette façon de travailler a été efficace ? Pourquoi ?

- Dans le cahier des charges, il est inscrit que les Conseils Généraux doivent être associés au processus de sélection des porteurs de MAIA. Les avez-vous associés ?
  - Si oui, pourquoi les avez-vous associés ?
  - Si non, pourquoi ne les avez-vous pas associés ?

- Combien de candidatures avez-vous reçues et examinées ?
  - Estimez-vous que ce soit un nombre important ou insuffisant de candidatures ?
    - Sur quel(s) paramètre(s) vous basez-vous pour faire cette appréciation ?
- Combien de candidatures avez-vous retenues ?
  - Estimez-vous que ce soit un nombre important ou insuffisant de projets ?
    - Sur quel(s) paramètre(s) vous basez-vous pour faire cette appréciation ?
  - Pouvez-vous me décrire brièvement les projets MAIA ?
    - Que pensez-vous de cet ensemble varié de projets ?

4.2. Processus de déploiement

- Pouvez-vous me décrire où vous en êtes actuellement du déploiement de la(es) MAIA retenue(s) ?
- Quel est le rôle de votre ARS dans le déploiement des MAIA ? [*Ou avez-vous travaillé en interne la façon dont votre ARS va participer au déploiement des ARS ?*]
  - Comment a été définie cette façon de travailler ? Qui a participé à ce travail de définition ?
- La convention avec le porteur est-elle signée ?
  - Avez-vous participé au conventionnement avec le porteur de la MAIA ? Qui a eu sein de votre ARS y a participé ?
- Quelles sont vos relations avec le porteur de la MAIA ?
  - Avez-vous mis en place une procédure spécifique d'échange avec le porteur de la MAIA ? [*Ou envisagez-vous de le faire ?*] Quelle est cette procédure ? Pourquoi ce type de procédure ?

4.2.1 Pilote et porteur

- Le pilote est-il recruté ?
- Comment travaille votre ARS avec le pilote local ?
  - Avez-vous participé au recrutement du pilote ? Qui au sein de votre ARS y a participé ?
  - Avez-vous [*ou projetez-vous*] de mettre en place des réunions de type comité de suivi avec le pilote local ?
    - Si oui, quelle temporalité vous semble la plus adéquate ? Pourquoi ?
    - Si non, pourquoi ?

4.2.2. Concertation stratégique

- Dans le cahier des charges, l'ARS est chargée d'appuyer le pilote de la MAIA dans la constitution et la réunion de la table de concertation stratégique.
    - Avez-vous dès à présent travaillé à la constitution de la table de concertation stratégique ?
        - Qui participe à ce travail ?
    - Comment cela se déroule-t-il dans votre région ?
    - Avez-vous mis en place la table de concertation stratégique ?
- Participez-vous à la table de concertation stratégique ?
    - Si non, qui y participe ? Comment travaillez-vous avec ce référent ?
    - Si oui, que pensez-vous de cette table de concertation de concertation stratégique ?
        - Que pensez-vous des fonctions attribuées à cette table de concertation dans le cahier des charges ?
            - Diriez-vous que la table de concertation stratégique dans votre région répond à ces fonctions ?
            - Avez-vous réalisé des ajustements par rapport aux fonctions inscrites dans le cahier des charges ? Lesquels ? Pourquoi ?
        - Que pensez-vous de la composition de la table de concertation stratégique inscrite dans le cahier des charges ?
            - Quelle est la composition de la table de concertation stratégique que vous avez mise en place ?
            - Qu'est-ce qui explique(nt) les ajustements que vous avez réalisés ?
- Quel(s) type(s) de retours vous fait le pilote local ?
    - Ces retours sont-ils convergents avec ceux que vous avez d'autre part, et notamment avec ceux du représentant de votre ARS ? Où se situe(nt) la(es) convergences ? Où se situe(nt) la(es) divergence(s) ? Comment l'expliquez-vous ?

4.3. Contrôle et certification

- Pouvez-vous me décrire les mécanismes de contrôle du déploiement du dispositif MAIA que vous avez mis en place ? [*Ou que vous projetez de mettre en place ?*]
- Quels sont les principaux critères de contrôle que vous avez définis ?
    - Pourquoi ceux-là ?
    - Comment et avec qui les avez-vous définis ?
- Comment pensez-vous que les ARS seront associées à l'approche qualité des MAIA annoncée dans le cahier des charges ?
    - Que pensez-vous cette procédure de certification débouchant sur l'obtention du label MAIA ?
    - Comment envisagez-vous la réalisation de cette procédure ?
        - Avez-vous dès à présent travailler à cette procédure ? Avec qui ?
        - Avez-vous dès à présent anticiper un enveloppe budgétaire pour cette procédure ?

5. <u>Conclusion</u>

- Au terme de l'exercice comment qualifieriez-vous le rôle de votre ARS dans ce dispositif MAIA ?
    - Qu'est-ce qui explique(nt), selon vous, ce rôle ?
- Globalement, comment situiez-vous le dispositif MAIA dans l'ensemble des politiques gérontologiques de la compétence de votre ARS ?
    - Comment expliquez-vous le constat que vous faîtes ?
- En conclusion, que pensez-vous de la faisabilité du dispositif MAIA ?
    - Où se situent vos attentes ?
    - Où se situent vos espoirs ?
    - Où se situent vos craintes ?

ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE SOUMIS

ARS : ……

- **Description de l'identité du répondant**

1. Sexe : ❒ Homme ❒ Femme

2. Votre formation initiale : ……..……...……..……
……

3. Organisme d'appartenance préalablement à la création des ARS :
   ❒ DDASS
   ❒ DRASS
   ❒ ARH
   ❒ DRSM
   ❒ URCAM
   ❒ CRAM
   ❒ MSA/RSI
   ❒ Autre [*Précisez*] : ……..……..…

4. Intitulé de la direction à laquelle vous êtes rattaché(e) : ……...……...……..…
   ……..……..……..……..……..…

5. Intitulé de la sous-direction (ou du département) à laquelle vous êtes rattaché(e) : …….
   ……..……..……..……..……..…

6. Intitulé de votre poste : ……..……..…..……..……
   ……..……..……..……..……..…

7. Vous êtes le Référent Plan National Alzheimer au sein de votre ARS, vous exercez cette activité :
   ❒ Seul(e)
   ❒ En binôme
   ❒ En équipe interne à votre direction
   ❒ Autre [*Précisez*] : ……...……..……..……..……..…

8. Vous exercez la fonction de Référent Plan National Alzheimer à temps plein ?
   ❒ Oui ❒ Non
   Quantifiez le temps de travail que vous consacrez à la fonction : ……..% ETP

9. Vous avez eu connaissance du dispositif MAIA lors de :
   ❒ La parution du Plan National Alzheimer en février 2009
   ❒ Le suivi de l'expérimentation MAIA dans votre région en 2009 et 2010
   ❒ Le suivi de l'expérimentation MAIA dans une autre région en 2009 et 2010
   ❒ La réunion de lancement du déploiement des MAIA de décembre 2010
   ❒ La réunion d'appui à l'instruction des candidatures MAIA de mars 2011
   ❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...……..…..……...……...

➢ Description de l'organisation de l'ARS

10. Votre ARS (siège et délégations territoriales) représente :
❒ ≤ 50 agents ❒ 50 à 150 agents ❒ 150 à 300 agents
❒ 300 à 600 agents ❒ 600 à 800 agents ❒ ≥ 800 agents

11. Un groupe de travail Plan Alzheimer interne à votre ARS a-t-il été mis en place ?
❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 13*]
Quelle est la composition de ce groupe ? : ……..……..……
……..……..……..……..……..……..……
……..……..……..……..……..……..……
Ce groupe de travail interne à votre ARS est réuni :
❒ De 1 fois / mois à 1 fois / trimestre
❒ De 1 fois / trimestre à 1 fois / semestre
❒ De 1 fois / semestre à 1 fois / an
❒ En fonction du calendrier de mise en œuvre des mesures
❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...……..……...……..……...……...

12. Un comité de suivi régional Plan Alzheimer piloté par votre ARS a-t-il été mis en place ?
❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 14*]
Quelle est la composition de cette instance ? : ……..……..……..……
……..……..……..……..……..……..……
……..……..……..……..……..……..……
Ce comité de suivi régional piloté par votre ARS est réuni :
❒ De 1 fois / mois à 1 fois / trimestre
❒ De 1 fois / trimestre à 1 fois / semestre
❒ De 1 fois par semestre à 1 fois / an
❒ En fonction du calendrier de mise en œuvre des mesures
❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...……..……...……..……...……...

13. A votre connaissance, le dispositif MAIA a été discuté dans les instances de gouvernance de votre ARS :

	Oui	Non	Ne sait pas
Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) ?	❒	❒	❒
Commission de Coordination des Politiques Publiques ?	❒	❒	❒
Conférences de territoire ?	❒	❒	❒
Autre [*Précisez*] : ……..……..……..……...……..……...……...			

14. L'objectif d'intégration des services gérontologiques est-il l'une des :

	Oui	Non	Ne sait pas
Priorités définies dans le Projet régional de santé (PRS) ?	❒	❒	❒
Orientations définies dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS) ?	❒	❒	❒
Orientations définies dans le Schéma régional de l'offre sanitaire (SROS)?	❒	❒	❒
Orientations définies dans le Schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS) ?	❒	❒	❒
Autre [*Précisez*] : ……..……..……..			

15. Les modalités précises de déploiement du dispositif MAIA sont-elles inscrites dans le :

	Oui	Non	Ne sait pas
Plan stratégique régional de santé (PSRS) ?	❒	❒	❒
Schéma Régional de l'Offre Sanitaire (SROS) ?	❒	❒	❒
Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale (SROMS) ?	❒	❒	❒

Autre [*Précisez*] : …..……..

16. Prévoyez-vous d'inscrire l'objectif d'intégration dans les programmes d'action de votre ARS ?
❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas

17. Prévoyez-vous d'inscrire Les modalités précises de déploiement du dispositif dans les programmes d'action de votre ARS ?
❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas

- **<u>Suivi, validation et labellisation</u>**

18. À 18 mois du démarrage, il est demandé à l'ARS de procéder à la validation ou non de la MAIA, à partir de modalités en cours de définition.
Pensez-vous que cette procédure de validation soit pertinente ?
❒ Oui, tout à fait ❒ Oui, plutôt
❒ Non, plutôt pas ❒ Non, pas du tout
Pensez-vous que votre ARS doit être sollicitée dans le processus de définition en cours ?
❒ Oui, tout au long du processus ❒ Oui, à partir de propositions
❒ Non, que pour la validation finale ❒ Non, pas du tout

19. À 36 mois du démarrage, un label qualité en mode certification sera donné au MAIA, à partir de modalités en cours de définition.
Pensez-vous que cette procédure de labellisation soit pertinente ?
❒ Oui, tout à fait ❒ Oui, plutôt
❒ Non, plutôt pas ❒ Non, pas du tout
Pensez-vous que votre ARS doit être sollicitée dans le processus de définition ?
❒ Oui, tout au long du processus ❒ Oui, à partir de propositions
❒ Non, que pour la validation finale ❒ Non, pas du tout

➢ **Besoins identifiés justifiant le dispositif MAIA**

20. Le dispositif MAIA répond à des besoins identifiés ?
❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 22*]
Les besoins identifiés sont les suivants :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Améliorer l'efficience du système gérontologique	❒	❒	❒	❒
Améliorer l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social	❒	❒	❒	❒
Améliorer l'articulation entre Hôpital et Ville	❒	❒	❒	❒
Améliorer l'accessibilité aux services pour les usagers	❒	❒	❒	❒
Améliorer la lisibilité des services existants pour les usagers	❒	❒	❒	❒
Garantir l'accompagnement individualisé des personnes en situation complexe	❒	❒	❒	❒
Améliorer la qualité des prises en charge (*ex*. taux d'hospitalisation, de réadmission, *etc.*)	❒	❒	❒	❒
Améliorer la lisibilité des services existants pour les professionnels	❒	❒	❒	❒
Améliorer le recueil des données sur les besoins des personnes âgées	❒	❒	❒	❒
Améliorer le recueil des données sur les parcours des personnes âgées	❒	❒	❒	❒
Éviter les chevauchements des services	❒	❒	❒	❒

Autre [*Précisez*] :……...……

21. Le dispositif MAIA répond à des besoins spécifiques à votre région ?
❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 23*]
Les besoins spécifiques identifiés sont les suivants :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Une population plus vieillissante que la moyenne nationale	❒	❒	❒	❒
Une proportion des personnes en ALD 15 que la moyenne nationale	❒	❒	❒	❒
Des disparités territoriales de répartition de l'offre de soins et de services	❒	❒	❒	❒
L'hétérogénéité des pratiques cliniques de l'offre de soins et de services	❒	❒	❒	❒

Autre [*Précisez*] :……...……

➢ **Phase expérimentale**

22. Combien de MAIA expérimentales ont été déployées dans votre région ?.....
[*Si 0, Allez à la question 30*]

23. Quel(s) étai(en)t le(s) porteur(s) ? [*Plusieurs réponses possibles selon la configuration*] :
❒ Conseil Général ❒ CLIC ❒ Réseau de santé
❒ GCSMS ou GCS ❒ Plateforme de services
❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...…….……..……...…….……...……..

24. Avez-vous participé à la(aux) MAIA expérimentale(s) au titre de vos fonctions antérieures à la création de l'ARS ?
❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 26*]
Vous participiez à la table de concertation stratégique ?
❒ Oui ❒ Non
Vous participiez sous d'autres modalités [*Précisez*] : ……

25. Avez-vous participé à la(aux) MAIA expérimentale(s) au titre de vos fonctions actuelles à l'ARS ?
❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 27*]
Vous participiez à table de concertation stratégique ?
❒ Oui ❒ Non
Vous participiez sous d'autres modalités [*Précisez*] : ……

26. Les délégations territoriales ont-elles participé à la(aux) MAIA expérimentale(s) ?
❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 28*]
Les délégations territoriales participaient-elles à table de concertation stratégique?
❒ Oui ❒ Non
Participaient-elles sous d'autres modalités [*Précisez*] : ……

27. Cotez les jugements suivants « La(es) MAIA expérimentale(s) :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans opinion
Ont réuni l'ensemble des partenaires stratégiques	❒	❒	❒	❒	❒
Ont réuni l'ensemble des partenaires tactiques	❒	❒	❒	❒	❒
Ont amélioré les pratiques d'information et d'orientation	❒	❒	❒	❒	❒
Ont diffusé des outils d'évaluation multidimensionnelle	❒	❒	❒	❒	❒
Ont apporté des réponses aux besoins des personnes âgées	❒	❒	❒	❒	❒
Autre [*Précisez*] :……...……...……					

28. Avez-vous incité les porteurs de projet de l'appel à candidatures de 2011 à prendre contact avec le(s) pilote(s) local(aux) de la(des) MAIA expérimental(es) ?
❒ Oui ❒ Non

➢ Diffusion de l'appel à candidatures

29. La procédure de diffusion de l'appel à candidatures a été définie par :
    ❒ Vous et votre binôme
    ❒ En interne à votre direction
    ❒ Au sein du groupe de travail Plan National Alzheimer interne à votre ARS
    ❒ En transversal aux différentes directions concernées
    ❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...……..…..……...……...……...
    Les délégations territoriales ont-elles été associées ?
    ❒ Oui ❒ Non

30. Avez-vous diffusé l'appel à candidatures via d'autres méthodes de communication que le portail internet de votre ARS ?
    ❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 32*]
    Avez-vous procédé par : [*Plusieurs réponses possibles*]
    ❒ Courrier ou mailing adressé aux Conseils Généraux
    ❒ Courrier ou mailing adressé aux porteurs potentiels
    ❒ Courrier ou mailing adressé à votre réseau personnel de partenaires
    ❒ Réunion spécifique de présentation et d'informations sur le dispositif MAIA
    ❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...……..……...……...…….……...
    Les délégations territoriales ont-elles été associées ?
    ❒ Oui ❒ Non

31. Avez-vous diffusé l'appel à candidatures sur l'ensemble de la région de votre ARS ?
    ❒ Oui [*Allez à la question 33*] ❒ Non
    Sur quel territoire avez-vous priorisé le déploiement sur des territoires ?……
    ……
    Pourquoi avoir priorisé ces territoires ?

	Oui	Non	Sans opinion
Aux vues du diagnostic populationnel	❒	❒	❒
Aux vues du diagnostic organisationnel	❒	❒	❒
Aux vues des territoires de la(des) MAIA expérimentale(s)	❒	❒	❒
Aux vues du positionnement du Conseil Général	❒	❒	❒

    Autre [*Précisez*] : …..…….……..
    La priorisation de ces territoires a été officielle ?
    ❒ Oui ❒ Non

32. Les porteurs de projet ont-ils eu recours à vos services pour monter leur projet ?
    ❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 34*]
    Les questions posées portaient sur :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Le concept de guichet intégré	❒	❒	❒	❒	❒
Les partenaires concernés	❒	❒	❒	❒	❒
Le territoire de la MAIA	❒	❒	❒	❒	❒
La population cible	❒	❒	❒	❒	❒
Le statut du porteur	❒	❒	❒	❒	❒

    Autre [*Précisez*] :……...……

➢ **<u>Instruction des candidatures reçues en 2011</u>**

33. Combien de candidatures à l'appel à candidatures avez-vous reçues ? ……
    Pour vous, est-ce ?
    ❒ Très satisfaisant ❒ Plutôt satisfaisant ❒ Satisfaisant
    ❒ Peu satisfaisant ❒ Pas satisfaisant ❒ Insuffisant

34. Combien de dispositifs MAIA sont déployés dans votre région en 2011 ? ……..…..……
    Pour vous, est-ce ?
    ❒ Très satisfaisant ❒ Plutôt satisfaisant ❒ Satisfaisant
    ❒ Peu satisfaisant ❒ Pas satisfaisant ❒ Insuffisant

35. Avez-vous utilisé la grille de sélection proposée par l'équipe projet nationale ?
    ❒ Oui complètement ❒ Oui majoritairement ❒ Oui partiellement
    ❒ Non pas prioritairement ❒ Non pas du tout
    Les délégations territoriales ont-elles été associées ?
    ❒ Oui ❒ Non

36. Avez-vous utilisé le rapport d'instruction proposé par l'équipe projet nationale ?
    ❒ Oui complètement ❒ Oui majoritairement ❒ Oui partiellement
    ❒ Non pas prioritairement ❒ Non pas du tout
    Les délégations territoriales ont-elles été associées ?
    ❒ Oui ❒ Non

37. Avez-vous ajouté des critères de sélection à ceux proposés par l'équipe projet nationale ?
    ❒ Oui ❒ Non
    Quels critères ?……..……..……..……..……..…….
    ……..……..……..……...…

38. À quelle date avez-vous réuni la commission consultative de sélection ? ..……

39. Qui a participé à la commission consultative de sélection ?
    ❒ Le directeur général de votre ARS
    ❒ Les membres de votre direction
    ❒ Les membres du groupe de travail de Plan National Alzheimer interne à votre ARS
    ❒ L'intégralité des Délégations Territoriales
    ❒ L'intégralité des Conseils Généraux
    ❒ Les représentants des usagers
    ❒ Les représentants des médecins
    ❒ Des personnes qualifiées
    ❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...……..……..……..

40. Estimez-vous que la sélection des dossiers a été marquée par :
    ❒ Un large consensus ❒ Un consensus majeur
    ❒ Des désaccords mineurs ❒ Des désaccords majeurs

41. Estimez-vous que dans le processus de sélection les Conseils Généraux ont été :
    ❒ Pro-actifs ❒ Actifs
    ❒ Passifs ❒ Opposants

42. Avez-vous incité les porteurs des projets non retenus à re-candidater à l'appel à candidatures de 2012 ?

❒ Oui intégralement ❒ Oui majoritairement

❒ Oui pour certains cas ❒ Non [*Allez à la question 44*]

Avez-vous fait des recommandations sur les dimensions du projet à revoir ?

❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 44*]

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Le territoire	❒	❒	❒	❒	❒
La population cible	❒	❒	❒	❒	❒
Les partenaires inclus	❒	❒	❒	❒	❒
Le champ d'action de la MAIA	❒	❒	❒	❒	❒
Les procédures du guichet intégré	❒	❒	❒	❒	❒
Le champ d'action des gestionnaires de cas	❒	❒	❒	❒	❒
Les modalités de management porteur/pilote/gestionnaires de cas	❒	❒	❒	❒	❒
Le profil du pilote local	❒	❒	❒	❒	❒

Autre [*Précisez*] :……...……...……

➢ **<u>Porteurs et Pilote du(es) projet(s) MAIA</u>** [*Hors MAIA expérimentale(s)*]

43. Quel(s) est(sont) le(s) statut(s) du(es) porteur(s) de la(des) MAIA sélectionnée(s) en 2011 ?

❒ Conseil Général ❒ CLIC

❒ Réseau de santé ❒ Établissement de santé

❒ Association d'usagers ❒ GCSMS ou GCS

❒ CIAS / CCAS ❒ EHPAD

❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...……..……..……...……..……...……...

44. Le(s) pilote(s) local(aux) ont-ils été recrutés ?

❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 46*]

Avez-vous été associé(e) au recrutement via ? [*Plusieurs réponses possibles*]

❒ Avis émis sur les Curriculum Vitae fournis dans les projets de candidature

❒ Participation aux entretiens

❒ Avis sur une liste restreinte de candidatures

❒ Validation de la candidature retenue par le porteur

45. Avez-vous défini des modalités de management du(es) pilote(s) local(aux) ?

❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 47*]

Avez-vous prévu [*Plusieurs réponses possibles*]

❒ Des réunions périodiques [*Précisez la périodicité*] :...……..……...……...…….

❒ Des rapports périodiques [*Précisez la périodicité*] :...……..……...……

❒ Des rendus en table de concertation stratégique [*Précisez la périodicité*] : ……..……

❒ Des réunions d'échanges périodiques entre pilotes [*Précisez la périodicité*] :...……..…

❒ Autre [*Précisez*] : ……..……...……..……..……...……..……...……...

➢ MAIA en cours de déploiement

46. Il est recommandé à l'ARS d'accompagner le pilote dans la constitution et l'animation de la table stratégique. Pensez-vous que cette recommandation soit pertinente ?
    ❒ Oui, tout à fait ❒ Oui, plutôt
    ❒ Non, plutôt pas ❒ Non, pas du tout

47. Avez-vous prévu de construire la table de concertation stratégique à partir d'une instance de concertation préexistante ?
    ❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 49*]
    Quelle instance de concertation ? ……..…….
    Quels sont les membres de cette instance ? …….
    ……..
    A quelle périodicité cette instance est-elle réunie ? …….

48. Selon-vous, à quelle périodicité la table de concertation stratégique doit-elle être réunie ?
    ❒ De 1 fois/mois à 1 fois/trimestre ❒ De 1 fois/trimestre à 1 fois/semestre
    ❒ De 1 fois/semestre à 1 fois/an ❒ Plus d'1 fois par an

49. Dans le cas où plusieurs MAIA se déploient dans votre région, envisagez-vous ?
    ❒ 1 table de concertation stratégique par MAIA
    ❒ 1 table de concertation stratégique pour toutes les MAIA de votre région

50. Pensez-vous que la table de concertation tactique peut être construite à partir d'une instance de concertation préexistante ?
    ❒ Oui ❒ Non [*Allez à la question 52*]
    Quelle instance de concertation ? ……..…….
    Quels sont les membres de cette instance ? …….
    ……..
    A quelle périodicité cette instance est-elle réunie ? …….

51. Selon-vous, à quelle périodicité la table de concertation tactique doit-elle être réunie ?
    ❒ De 1 fois/mois à 1 fois/3 mois ❒ De 1 fois/2 mois à 1 fois/4 mois
    ❒ De 1 fois/4 mois à 1 fois/6 mois ❒ De 1 fois/6 mois à 1 fois/an

52. Selon vous quels sont les éléments facilitant le déploiement du dispositif MAIA ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout
Les liens historiques entre les partenaires	❒	❒	❒	❒
La volonté du Conseil Général	❒	❒	❒	❒
L'implication des sphères hospitalières	❒	❒	❒	❒
La petite taille du territoire MAIA	❒	❒	❒	❒
La grande taille du territoire MAIA	❒	❒	❒	❒
L'accompagnement de l'équipe projet nationale	❒	❒	❒	❒
La formation ouverte aux ARS	❒	❒	❒	❒
La formation délivrée aux pilotes locaux	❒	❒	❒	❒
Le diplôme délivré aux gestionnaires de cas	❒	❒	❒	❒

Autre [*Précisez*] :……..……

➢ Qualification du rôle de l'ARS vis-à-vis du dispositif MAIA

53. Selon vous, le rôle de l'ARS vis-à-vis du dispositif MAIA est de :

	[*Pas du tout d'accord*] ⟶ [*Tout à fait d'accord*]									
Porter le dispositif MAIA, *c'est-à-dire l'afficher auprès des partenaires stratégiques comme un dispositif clé de l'ARS ?*	❒ 1	❒ 2	❒ 3	❒ 4	❒ 5	❒ 6	❒ 7	❒ 8	❒ 9	❒ 10
Impulser le dispositif MAIA *c'est-à-dire expliquer aux partenaires tactiques la méthode et le contenu du dispositif et les inciter à s'y inscrire ?*	❒ 1	❒ 2	❒ 3	❒ 4	❒ 5	❒ 6	❒ 7	❒ 8	❒ 9	❒ 10
Accompagner pédagogiquement le dispositif MAIA, *c'est-à-dire expliquer aux partenaires la méthode et le contenu du dispositif ?*	❒ 1	❒ 2	❒ 3	❒ 4	❒ 5	❒ 6	❒ 7	❒ 8	❒ 9	❒ 10
Accompagner méthodologiquement le porteur du dispositif MAIA ?	❒ 1	❒ 2	❒ 3	❒ 4	❒ 5	❒ 6	❒ 7	❒ 8	❒ 9	❒ 10
Accompagner méthodologiquement le pilote du dispositif MAIA ?	❒ 1	❒ 2	❒ 3	❒ 4	❒ 5	❒ 6	❒ 7	❒ 8	❒ 9	❒ 10
Programmer la mise en œuvre du dispositif MAIA, *c'est-à-dire planifier le déploiement du dispositif au sein de l'ARS ?*	❒ 1	❒ 2	❒ 3	❒ 4	❒ 5	❒ 6	❒ 7	❒ 8	❒ 9	❒ 10

Autre [*Précisez*] :……...……