



HAL
open science

Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer : ou la place du Conseil général dans la coordination gérontologique

Emilie Progin

► **To cite this version:**

Emilie Progin. Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer : ou la place du Conseil général dans la coordination gérontologique. Science politique. 2013. dumas-00936005

HAL Id: dumas-00936005

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936005>

Submitted on 24 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

UNIVERSITE DE GRENOBLE

Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

Emilie PROGIN

**LES MAISONS POUR L'AUTONOMIE ET
L'INTEGRATION DES MALADES D'ALZHEIMER,
ou la place du Conseil général dans la coordination
géronologique**

Sous la direction de Monika STEFFEN

Année 2012-2013

Master 2 Politiques publiques de santé

Stage au Conseil général de la Savoie

UNIVERSITE DE GRENOBLE

Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

Emilie PROGIN

**LES MAISONS POUR L'AUTONOMIE ET
L'INTEGRATION DES MALADES D'ALZHEIMER,
ou la place du Conseil général dans la coordination
géronologique**

Sous la direction de Monika STEFFEN

Année 2012-2013

Master 2 Politiques publiques de santé

Stage au Conseil général de la Savoie

Les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux
Même riches ils sont pauvres, ils n'ont plus d'illusions et n'ont qu'un cœur pour deux
Chez eux ça sent le thym, le propre, la lavande et le verbe d'antan
Que l'on vive à Paris on vit tous en province quand on vit trop longtemps
Est-ce d'avoir trop ri que leur voix se lézarde quand ils parlent d'hier
Et d'avoir trop pleuré que des larmes encore leur perlent aux paupières
Et s'ils tremblent un peu est-ce de voir vieillir la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, qui dit: je vous attends

Les vieux ne rêvent plus, leurs livres s'ensommeillent, leurs pianos sont fermés
Le petit chat est mort, le muscat du dimanche ne les fait plus chanter
Les vieux ne bougent plus leurs gestes ont trop de rides leur monde est trop petit
Du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil et puis du lit au lit
Et s'ils sortent encore bras dessus bras dessous tout habillés de raide
C'est pour suivre au soleil l'enterrement d'un plus vieux, l'enterrement d'une plus laide
Et le temps d'un sanglot, oublier toute une heure la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, et puis qui les attend

Les vieux ne meurent pas, ils s'endorment un jour et dorment trop longtemps
Ils se tiennent la main, ils ont peur de se perdre et se perdent pourtant
Et l'autre reste là, le meilleur ou le pire, le doux ou le sévère
Cela n'importe pas, celui des deux qui reste se retrouve en enfer
Vous le verrez peut-être, vous la verrez parfois en pluie et en chagrin
Traverser le présent en s'excusant déjà de n'être pas plus loin
Et fuir devant vous une dernière fois la pendule d'argent
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non, qui leur dit: je t'attends
Qui ronronne au salon, qui dit oui qui dit non et puis qui nous attend.

Jacques Brel, Les vieux, 1963

MAÏA [maja] **n. m.** - 1801 ♦ latin *maia* ou *moea* ■ ZOOLOG. Grand grabe (*malacostracés*) à la carapace couverte de tubercules velus, communément appelé *araignée de mer*.¹

MAYA(S) [maja] **n. m.** (pl.) – 1811 ♦ mot indigène ■ Nom donné aux représentants d'une culture qui s'est épanouie sur près de 900 km du Nord du Mexique à la frontière centre-américaine. L'empire maya vit se développer une grande civilisation dont la chronologie est bien connue par les nombreuses stèles datées, témoignages des connaissances mathématiques et cosmographiques de ce peuple.²

MAYA [maja] ■ Personnage fictif d'abeille, présent dans le roman pour enfant de Waldemar Bonsels publié en 1912, et repris dans une série de dessins animés austro-nipponne appelée *Maya l'abeille* et diffusée à partir de 1975.³

¹ *Le Nouveau Petit Robert de la langue française*, 2008

² *Le Robert Encyclopédique des noms propres*, 2008

³ http://fr.wikipedia.org/wiki/Maya_l'abeille

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier vivement Mme Steffen pour son suivi tout au long de l'année.

Je souhaite remercier le service Personnes handicapées – Personnes âgées du Conseil général de la Savoie, pour m'avoir accueilli en stage pendant sept mois, et tout particulièrement Mme Troadec, Déléguée départementale Personnes âgées – Personnes Handicapées, pour son encadrement et son soutien et Mme Tanchot, pour avoir accepté de participer à la soutenance.

Je voudrais aussi remercier toutes les personnes ayant accepté de participer à mes entretiens et de répondre à mes questions pour leur disponibilité et sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour : Mme Meyrieux de l'association France Alzheimer Savoie ; Mme Troadec, Déléguée départementale Personnes âgées – Personnes handicapées ; deux coordinatrices Personnes âgées – Personnes Handicapées du Conseil général de la Savoie ; M. Vermorel, référent Alzheimer de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes ; Mme Gucher, enseignant-chercheur au PACTE.

Je tiens aussi à remercier vivement Mlle Ralay-Ranaivo, doctorante de l'IEPG, pour ses précieux conseils et son vif intérêt pour le sujet.

Je remercie Mme Delatour, pilote MAIA de la Drôme, Mme Giroud, pilote MAIA de l'Isère et Mme Muzzard, pilote MAIA de la Haute-Savoie pour leur accueil, leur disponibilité et le partage de leur expertise sur le dispositif.

Enfin, un grand merci à ma famille pour son soutien, tout particulièrement à ma mère pour sa relecture et ses idées, et merci à Aurélien pour ses encouragements.

Sommaire

SOMMAIRE	4
LISTE DES SIGLES	5
INTRODUCTION	6
PARTIE I L'INTEGRATION GERONTOLOGIQUE, CONTOURS D'UN PROBLEME DE POLITIQUE PUBLIQUE ET ROLE DU DEPARTEMENT	14
CHAPITRE 1: LA COORDINATION EN GERONTOLOGIE, L'EMERGENCE D'UN PROBLEME DE POLITIQUE PUBLIQUE	16
CHAPITRE 2: LE CONSEIL GENERAL, UNE PLACE DE PREMIER PLAN DANS LES POLITIQUES GERONTOLOGIQUES	32
CHAPITRE 3: LES MAIA, UN NOUVEAU DISPOSITIF D'INTEGRATION TERRITORIALE ET DE GESTION DE CAS	46
PARTIE II LE PROJET MAIA DU CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE : DEFIS, ACTEURS ET ENJEUX	62
CHAPITRE 1: DECISION POLITIQUE ET INTERET POUR LE CONSEIL GENERAL.....	64
CHAPITRE 2: TERRITOIRE, PARTENARIATS ET DOSSIER DE CANDIDATURE : LA MISE EN PLACE DU PROJET MAIA DANS LE DEPARTEMENT DE LA SAVOIE	71
CHAPITRE 3: LEGITIMITES ET TERRITOIRE, ENJEUX ET DIFFICULTES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET MAIA	83
CONCLUSION	105
BIBLIOGRAPHIE	111
TABLE DES ANNEXES	116
TABLE DES MATIERES	148

Liste des sigles

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie (aussi ADPA)
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CHAM	Centre Hospitalier Albertville-Moutier
CHRA	Centre Hospitalier de la Région d'Annecy
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DD	Délégation départementale
DGA	Direction Générale Adjointe
DT	Délégation territoriale
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
EJF	Enfance-Jeunesse-Famille
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer à domicile
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
HAD	Hospitalisation à domicile
GIP	Groupement d'Intérêt Public
IFGG	Interfilière Gérontologique et Gériatrique (aussi appelée filière)
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PA-PH	Personnes Âgées – Personnes Handicapées
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRS	Projet Régional de Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance (remplacée par l'APA)
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité active
SAD	Service à domicile
SROMS	Schéma Régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma Régional d'organisation des soins
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à domicile
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Ce mémoire s'intéresse à l'implication du Conseil général dans la coordination gérontologique. La coordination gérontologique est un thème qui a été maintes fois placé à l'agenda politique. Par le biais de la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), nouveau dispositif de coordination gérontologique mis en place par le Plan Alzheimer 2008-2012, les Conseils généraux confirment leur rôle de premier plan dans la coordination gérontologique, et plus généralement, dans l'action sociale à destination des personnes âgées.

La prise en charge des personnes âgées a longtemps été laissée à l'initiative de la famille. C'est à l'aube de la Révolution française que l'Etat commence à se préoccuper des « vieux ». Les unités familiales peinent alors à assurer la subsistance des personnes âgées et un sentiment de dette sociale à l'égard des personnes âgées prend forme. Dans un premier temps, la subsistance des « vieux » relève de l'assistance publique, prenant forme avec la loi de 1905 sur le développement des hospices. Dès 1910, avec la loi sur les retraites ouvrières et paysannes⁴, les premiers débats autour du système de retraite prennent place. Les mécanismes assurantiels voient le jour en 1945, avec les ordonnances sur la Sécurité Sociale. Il ne s'agit pas seulement d'assurer la subsistance matérielle des personnes, qui, du fait de leur âge, ne peuvent plus travailler. Le système assurantiel est constitué comme un instrument de la paix sociale et de la démocratie : l'inclusion sociale des « vieux » est donc également visée. Pourtant, les personnes âgées restent longtemps en retrait de la société. Dans le rapport Laroque, présenté en 1962, la vieillesse apparaît comme une situation de marginalité et d'exclusion sociale⁵. Le rapport Laroque met l'accent sur l'importance du maintien à domicile et de la participation à la vie sociale des personnes âgées, tout en insistant sur la nécessité de consolider un véritable droit à pension⁶. L'instauration du minimum vieillesse en 1956, premier des minimas sociaux français, participe à assurer la subsistance matérielle des personnes âgées.

La MAIA est un dispositif ciblé de politique vieillesse, à destination des « personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle ». Les progrès de la médecine et la distinction entre

⁴ Loi qui n'est suivie d'aucun effet.

⁵ RAYSSIGUIER Yvette, JEGU Josiane, LAFORCADE Michel (dir.), 2012, *Politiques sociales et de santé*, 2ème édition, Presses de l'EHESP, p. 108

⁶ <http://www.observatoire-retraites.org/index.php?id=283>, point de vue d'Alain Villez

« vieillesse normale » et « vieillesse pathologique » ont contribué à orienter les politiques publiques en faveur des personnes âgées vers les personnes dépendantes. Avec l'allongement de l'espérance de vie, la politique gérontologique s'est structurée à l'heure actuelle autour de la « personne âgée dépendante ». Un temps baptisé le « quatrième âge », cet ensemble a été identifié aux « personnes âgées dépendantes », destinataires d'un nouveau dispositif de politique sociale⁷. Ce sont les médecins gériatres qui, dans les années 1970, délaissant les termes d'invalidité et de handicap, ont commencé à utiliser le terme de « dépendance »⁸. La définition médicale de la dépendance a connoté cette dernière négativement : incapacité de vivre seul et asservissement. Les rapports officiels des années 1980 et 1990, les médias, ainsi que les lois sur la dépendance de 1997 et 2001 ont contribué à la légitimation et l'institutionnalisation de cette catégorie de personnes âgées dépendantes⁹. Dans les différentes lois sur la dépendance et pour l'ensemble des politiques publiques (qui reposent sur un outil d'évaluation de la dépendance), c'est la définition médicale « incapacitaire » de la dépendance qui s'est imposée. Cette définition s'oppose à une autre définition, plus relationnelle, développée par le sociologue A. Memmi, qui la définit comme « *une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* »¹⁰. Dans les politiques publiques, la dépendance est devenue une notion juridique fondant l'action sociale et propre aux personnes âgées puisqu'il est question, avant l'âge de 60 ans, de « handicap ».

Plus récemment, un type particulier de « dépendance » fait l'objet d'une couverture médiatique et politique importante : la maladie d'Alzheimer¹¹. Comment expliquer cet intérêt croissant pour la maladie d'Alzheimer, dont une des politiques ciblées fait l'objet de ce travail ? Cette maladie a émergé du fait de l'importance que lui ont accordé les gériatres (maladie considérée comme nécessitant une prise en charge médicale), les neurologues (maladie du cerveau), et les épidémiologistes (quantification). L'action de lobbying des associations de familles de malades, à l'image de l'association France Alzheimer, est elle aussi à souligner¹². Cet intérêt pour la maladie est illustré par la mise en œuvre de trois plans Alzheimer successifs : les plans Alzheimer 2001-2005, 2004-2007 et enfin 2008-2012. Ce dernier plan est devenu l'un des grands chantiers de la présidence de Nicolas Sarkozy, drainant des financements importants, pour des objectifs ambitieux. La maladie d'Alzheimer,

⁷ CARADEC Vincent, 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 3^{ème} édition, Armand Colin, p. 21

⁸ Article de Bernard Ennuyer, 2003 : <http://rnrsms.ac-creteil.fr/idf/formation/colloque04/ennuyer.htm>

⁹ CARADEC Vincent, 2012, p. 22

¹⁰ ENNUYER Bernard, 2003 : <http://rnrsms.ac-creteil.fr/idf/formation/colloque04/ennuyer.htm>

¹¹ CARADEC Vincent, 2012, p. 22

¹² *ibidem*

caractérisée dans une première approche comme l'« archétype de la dépendance », tend à en constituer une forme particulière, par la mise en place de dispositifs spécifiques¹³. Nous nous interrogerons sur cette assimilation des politiques spécifiques Alzheimer à des « politiques vieillesse ». Les politiques Alzheimer peuvent-elles être considérées comme des politiques vieillesse ? Comment le dispositif MAIA permet-il de remettre en question cette assimilation ?

Les MAIA, dispositifs s'appuyant sur une structure existante oeuvrant dans la politique gérontologique, présentent deux volets. Le premier objectif des MAIA est de mettre en œuvre un processus d'intégration¹⁴ des acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux de l'aide aux personnes âgées. Le second volet de la MAIA repose sur un dispositif de gestion de cas complexes, faisant intervenir des gestionnaires de cas au domicile. Les gestionnaires de cas sont chargés de suivre la personne en difficulté au quotidien et de coordonner les interventions autour de l'utilisateur. Les MAIA, à l'origine destinées aux malades d'Alzheimer, se sont élargies aux personnes en « perte d'autonomie fonctionnelle »¹⁵, lors de leur passage du statut d'expérimentation à un statut de droit commun¹⁶ (entrée dans le code de l'action sociale et des familles).

Les MAIA se présentent donc comme un dispositif de coordination gérontologique, coordination des institutions (intégration) et coordination autour de la personne âgée (gestion de cas). La « coordination », désormais remplacée par le concept d'intégration, est devenue depuis quelques années l'objet de nombreux discours et de pratiques dans les champs sanitaires et médico-social. La coordination, dans la façon dont elle est mise en œuvre, illustre le déploiement de « dynamiques professionnelles » (nouvelles pratiques professionnelles, reconnaissance et défense d'un territoire professionnel) et de « logiques gestionnaires », désignant les processus et stratégies portées par les acteurs gestionnaires, notamment les tutelles : Agences Régionales de Santé (ARS) ou encore Conseil général (CG), qui visent à rationaliser l'organisation du travail, gagner en transparence et garantir la qualité des prises en charge¹⁷.

Le paysage institutionnel de l'action sociale à destination des personnes âgées a fortement évolué ces dernières années. Au milieu des années 1980, les responsabilités en matière d'action sociale et d'aide sociale ont été décentralisées, et confiées aux Conseils généraux,

¹³ ibidem

¹⁴ Voir chapitre 1

¹⁵ Cahier des charges MAIA, 2011

¹⁶ Les MAIA sont entrées dans le code de l'action sociale et des familles.

¹⁷ ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann, 2005, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 233-234

l'Etat conservant la maîtrise du soin¹⁸. En 2004, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est créée. La CNSA finance l'accompagnement de la perte d'autonomie, pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Elle a une mission d'expertise, d'information et d'animation. C'est la CNSA qui rassemble l'essentiel des moyens de l'Etat et de l'assurance maladie consacrés à l'autonomie, avec un budget de 17,3 milliards d'euros (2009). La mise en place des Agences Régionales de Santé le 1^{er} avril 2010 a contribué à restructurer le paysage institutionnel. Nées de la fusion des anciennes Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), des pôles de santé et médico-social des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), des Missions régionales de Santé et des Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), elles pilotent le système de santé en région et régulent l'offre de santé dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social¹⁹. Les MAIA sont financées par la CNSA, par le biais des ARS.

Ce mémoire repose sur un stage de sept mois, réalisé au Conseil général de la Savoie, du 1er octobre 2012 au 30 avril 2013. L'approche proposée est donc fondée sur une des missions du stage, qui consistait à la réponse à l'appel à candidature MAIA de l'ARS. La mission comprenait la réflexion préalable à la mise en place d'une MAIA dans le département de la Savoie, la rédaction du projet de candidature jusqu'à la sélection des projets par l'ARS. La Savoie est actuellement le seul département de la région Rhône-Alpes à n'avoir pas mis en place ce dispositif d'intégration et de gestion de cas complexes. Cette attitude prudente du Conseil général a permis au projet de s'appuyer sur les expériences des MAIA déjà mises en place sur le territoire régional. Les synthèses des rencontres avec les pilotes MAIA, réalisées dans le cadre du stage et de la réflexion sur le dispositif, seront mobilisées pour apporter une approche de terrain dans ce mémoire. La question clé de cette mission a consisté en l'articulation de la future MAIA avec les dispositifs gérontologiques existants sur le territoire départemental, dans l'objectif d'adapter le dispositif MAIA aux attentes et besoins des équipes du CG et des partenaires. La rédaction du projet de candidature MAIA s'est déroulée en vue d'obtenir les financements ARS permettant de mettre en place le dispositif. Le rapport du projet, d'une trentaine de page, accompagné des lettres formalisant la coopération des principaux partenaires sur le territoire (Centre Hospitalier de Chambéry, Centres Communaux

¹⁸ RAYSSIGUIER Yvette, JEGU Josiane, LAFORCADE Michel (dir.), 2012, p. 109

¹⁹ *ibidem*, p. 411

d'Action Sociale (CCAS), association France Alzheimer Savoie, etc.) a été transmis à l'ARS pour l'appel à candidature au 15 mars 2013 et les grandes lignes du projet seront reprises dans ce mémoire. Le projet du Conseil général de la Savoie a été retenu parmi les cinq projets financés en région Rhône-Alpes pour l'appel à projet 2013.

Ce stage présentait pour moi une réelle opportunité. D'une part, il m'attribuait une mission principale : construire sur le territoire un projet de MAIA, dispositif institué par un plan national. D'autre part, cette mission en Conseil Général me permettait une compréhension de l'action sociale départementale, en travaillant dans une des institutions publiques de premier plan dans le domaine gérontologique. L'action du département dans le domaine de l'aide aux personnes âgées est particulièrement riche puisqu'elle se situe aux limites de l'action sociale et de l'action sanitaires, dans le champ de l'action médico-sociale²⁰.

En effet, le département a été le premier bénéficiaire des transferts de compétences opérés par les actes I et II de la décentralisation²¹. La loi du 22 juillet 1983 a confié au département une compétence de droit commun en matière d'aide sociale légale et de prévention sanitaire. Depuis 1984, le département a la charge de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile, d'une partie de l'aide sociale aux familles, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes en difficulté. Suite à la loi du 13 août 2004, les départements sont devenus les « chefs de file de l'action sociale ». Dans le domaine gérontologique, le département apparaît comme une collectivité territoriale de premier plan²². Depuis l'acte II de la décentralisation, applicable au 1^{er} janvier 2005, le département est le chef de file de la politique sociale aux personnes âgées : il « *définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (...) les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public* »²³.

Dans la région Rhône-Alpes, l'ARS privilégie les candidatures de MAIA portées par des Conseils généraux. Nous nous intéresserons dans ce mémoire à la fonction de coordination médico-sociale du Conseil général, illustrée par la mise en œuvre d'un projet de MAIA sur le territoire du département de la Savoie.

²⁰ Voir chapitre 1, p.

²¹ RAYSSIGUIER Yvette, JEGU Josiane, LAFORCADE Michel (dir.), 2012, p. 417

²² AUBIN Emmanuel, 2011, Droit de l'aide et de l'action sociales, Gualino, p. 216

²³ Code de l'Action Sociale et des Familles, art. L. 113-2

En premier lieu, pourquoi le Conseil général s'investit-il dans la coordination gérontologique ? L'implication du Conseil général dans la coordination gérontologique peut être expliquée de plusieurs façons. Pourquoi la coordination gérontologique se trouve-t-elle à l'agenda politique par le biais des MAIA ? Quels facteurs sociétaux, sanitaires ou encore institutionnels permettent d'expliquer cet intérêt répété des pouvoirs publics pour la coordination gérontologique ? Quelles réponses en termes de politiques publiques ont été mises en œuvre ? L'approche proposée s'intéresse tout particulièrement à la place des Conseils généraux dans les politiques de coordination. Quel est l'intérêt pour un Conseil général, acteur de premier plan dans les politiques sociales, de s'investir dans la coordination gérontologique, et plus particulièrement dans les MAIA ? Nous nous pencherons plus particulièrement sur le thème de « l'intégration », objectif principal de la MAIA. En quoi l'intégration est-elle devenue incontournable pour prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et, plus généralement, des personnes âgées en grande dépendance ?

En second lieu, nous chercherons à savoir comment un Conseil général, le Conseil général de la Savoie, s'approprie le projet MAIA pour renforcer une coordination gérontologique territoriale. Quels sont les jeux d'acteurs à l'œuvre dans la mise en place d'un tel projet ? Comment le Conseil général s'approprie-t-il le label MAIA sur un territoire caractérisé par l'hétérogénéité des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ? Quels sont les enjeux sous-jacents à la mise en œuvre d'un tel projet ? La réflexion s'appuiera là aussi sur la mise en place du projet développé par le Conseil général de la Savoie. Il faut toutefois noter que la MAIA en Savoie est actuellement en phase de projet, les équipes dédiées n'ont pas encore été recrutées. Ainsi, l'approche se fonde essentiellement sur la phase de préparation du projet, sur les soutiens et les difficultés rencontrées. Les phases de mise en place et d'évaluation ne seront pas au centre de ce mémoire.

Enfin, la mise en place d'une MAIA s'inscrit dans un contexte plus large de cloisonnement entre l'action sociale et l'action sanitaire en France. Comment le dispositif MAIA permet-il de décroiser l'action sociale et l'action sanitaire ? Comment ce dispositif a-t-il vocation à mettre fin aux cloisonnements de l'aide aux personnes âgées dépendantes ? L'objectif de ce dispositif est bien de s'appuyer sur les dispositifs existants, dans un souci de simplification du mille-feuille administratif français.

Ce mémoire mêle éléments issus du terrain de stage et références bibliographiques. La bibliographie mobilisée est principalement une bibliographie spécialisée, reposant sur des

articles issus des revues *Gérontologie et société* (publiée par la Fondation Nationale de Gérontologie), *Revue française des affaires sociales*, *Retraite et société*, ou encore *Actualités Sociales Hebdomadaires*. Il sera fait appel à des ouvrages généraux d'analyse des politiques publiques, de politique et sociologie de la vieillesse, de sociologie des professions et de droit de l'action sanitaire et sociale pour permettre une ouverture de la réflexion. Les références bibliographiques contiennent aussi des rapports et synthèses de dossiers publiés sur la question des MAIA et de la coordination gérontologique. Enfin, des textes réglementaires et législatifs seront mobilisés.

Pour illustrer les réalités de la mise en place d'une MAIA sur un territoire, nous nous appuyerons sur des entretiens. Différents entretiens ont été réalisés en interne, au sein des services du Conseil général, pour mieux comprendre les enjeux de la mise en place du projet. Des entretiens ont été réalisés avec deux coordinatrices Personnes âgées – Personnes handicapées, et un entretien a été mené avec la Déléguée Départementale Personnes âgées – Personnes handicapées. En outre, un entretien a été réalisé avec un représentant d'utilisateur, la présidente de l'association France Alzheimer Savoie (ancienne présidente nationale de l'association). L'association est un partenaire important de la coordination gérontologique et la présidente a participé à l'élaboration du dispositif MAIA au plan national. Un court entretien téléphonique avec le référent Alzheimer de l'ARS Rhône-Alpes a été mené. Enfin, nous ferons référence aux entretiens réalisés, dans le cadre du projet de stage, avec les pilotes MAIA de l'Isère, de la Drôme et de la Haute-Savoie qui permettent une approche plus large du dispositif MAIA. L'approche de terrain ne se limitera pas aux entretiens. Elle intégrera aussi les activités réalisées pendant le stage : déroulement des réunions, rencontre avec les professionnels concernés, etc.

Pour comprendre le rôle du Conseil général dans la coordination gérontologique à travers les MAIA, ce mémoire se structure autour de deux parties.

En premier lieu, il convient de se pencher sur les contours des politiques de la coordination et sur le rôle primordial des Conseils généraux. Nous aborderons tout d'abord les justifications de la mise à l'agenda de la coordination gérontologique puis les premiers dispositifs créés à cet effet. Nous insisterons sur le rôle du département dans la politique gérontologique, et tout particulièrement dans la mise en œuvre de cette coordination. Puis nous analyserons en détail le dispositif MAIA et ses caractéristiques, ou comment l'intégration s'est substituée à la coordination.

En second lieu, l'accent sera mis sur le développement d'un projet MAIA dans le département de la Savoie, porté par le Conseil général. Il s'agira de cerner les enjeux et les défis de la mise en œuvre de ce dispositif sur un territoire. Il sera question de la décision politique et de l'intérêt du Conseil général de la Savoie de s'engager dans le dispositif MAIA. Nous aborderons ensuite le déroulement du projet, du choix du territoire à la commission consultative de l'ARS, chargée d'évaluer les projets de candidature présentés. L'étude des jeux d'acteurs impliqués sera centrale. Enfin, nous analyserons les difficultés dans la mise en œuvre du projet et les principales oppositions, notamment en interne. Nous insisterons sur la question des légitimités professionnelles et sur la question centrale de la territorialité.

Partie I L'intégration gérontologique,
contours d'un problème de
politique publique et rôle du
département

La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer est un dispositif de politiques publiques qui vise *l'intégration* des services aux personnes âgées. L'intégration, définie dans le cahier des charges MAIA, se conçoit comme une coordination renforcée des acteurs œuvrant dans le domaine gériatrique. L'intérêt pour la coordination gériatrique est largement antérieur à la création des MAIA. Comment et pourquoi l'intérêt pour la coordination a-t-il émergé ?

Bien sûr, le thème de la coordination ne se limite pas au champ gériatrique. Le terme est employé depuis quelques siècles en France. Il vient du latin « *ordinatio* » qui signifie « *mise en ordre* » et qui indique une volonté d'agencer les parties selon un plan logique, pour une fin déterminée. Le préfixe « *co* », du latin « *cum* » indique une dimension plurielle²⁴. La notion de coordination, et par là-même, la volonté d'ordonner logiquement, se retrouve aujourd'hui dans un grand nombre de politiques publiques, notamment dans le champ sanitaire. Selon Nathalie Blanchard, si le réseau s'appuie sur des pratiques informelles, la coordination entre dans le registre de l'institué²⁵. Il s'agirait donc d'un partenariat institutionnalisé, formalisé, objectif, systématique, qui contient une assurance de qualité. L'enjeu de la coordination en politique gériatrique est alors bien de rendre le dispositif égalitaire, afin que l'accès aux services ne soit pas réservé à une élite capable de s'informer car disposant des ressources culturelles pour mobiliser le bon acteur au bon moment.

La coordination gériatrique est devenue au fil des années un domaine à part entière des politiques vieillesse. Acteur de premier plan dans l'action sociale, le Conseil général s'inscrit dans ces politiques de coordination gériatrique. Avec la mise en place des MAIA, instituées par le plan Alzheimer, les Conseils généraux ont à disposition un nouvel outil de coordination, leur permettant d'affirmer leur place dans la politique en faveur des personnes âgées.

²⁴ BLANCHARD Nathalie, 2004, « Du réseau à la coordination gériatrique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ? », *Retraite et société*, n°43, p. 169

²⁵ BLANCHARD Nathalie, 2004, op. cit. p. 184

Chapitre 1: La coordination en gérontologie, l'émergence d'un problème de politique publique

Comment justifier le besoin de coordination et la mise en place de dispositifs spécialisés ? Différents registres permettent d'ébaucher quelques pistes de réflexion sur les raisons ayant conduits les pouvoirs publics à s'investir dans la coordination gérontologique. Comme le souligne Nathalie Blanchard, les registres de justification ne doivent pas masquer les enjeux : *« si les arguments liés à la nécessité de décroiser le social et le sanitaire et de prendre en compte les personnes d'un point de vue global sont pertinents, ils ne doivent pas laisser croire que l'action publique est neutre »*²⁶.

Nous nous intéresserons tout d'abord à la complexité du paysage institutionnel de l'action en faveur des personnes âgées. Cette complexité est liée au cloisonnement, caractéristique à la France, entre domaine social et domaine sanitaire et devient une source de justification de la coordination. Nous insisterons ensuite sur les défis actuels de la politique vieillesse, liés à la place des usagers, au maintien à domicile et à la prise en charge des maladies chroniques. Ces justifications de la coordination nous permettront de comprendre les premières réponses en termes de politiques publiques et la mise en place des premiers dispositifs à vocation de coordination. Enfin, nous chercherons à comprendre pourquoi la coordination a été mise à l'agenda dans le rapport Ménard, puis le plan Alzheimer pour aboutir à la création des MAIA.

I. Une complexité du paysage institutionnel

Complexe et donc vecteur d'un besoin de coordination, le paysage institutionnel gérontologique français apparaît cloisonné entre secteur sanitaire et secteur social. Il est aussi caractérisé par la multiplicité des acteurs intervenant dans ce champ. La forte sectorisation des politiques de la vieillesse peut aussi être un facteur explicatif à l'émergence de la coordination.

1. Une multiplicité d'acteurs

Parmi les raisons « objectives » de l'émergence du besoin de coordination, nous pouvons citer des facteurs qui relèvent du système institutionnel français.

²⁶ BLANCHARD Nathalie, 2004, op. cit. p. 181

Fragmentation de la gouvernance et des acteurs

Le système français se caractérise par la fragmentation des acteurs institutionnels intervenant dans le champ gérontologique. Du côté des pouvoirs publics, différents échelons détiennent des compétences en politique de la vieillesse. Les organismes de retraite contribuent aussi aux politiques vieillesse. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) finance des aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ; elle a une mission d'expertise, d'information et d'animation. Les Agences Régionales de Santé, créées en 2010, voient leurs compétences élargies au secteur médico-social. Les Conseils généraux ont eux aussi un rôle important dans la politique vieillesse puisqu'ils prennent en charge les prestations légales d'aide sociale, participent aux autorisations de création des établissements, sont responsables de la coordination gérontologique et de la mise en œuvre des schémas départementaux pour les personnes âgées²⁷. Enfin, les communes ont un fort ancrage dans le domaine de la politique vieillesse ; elles se sont notamment spécialisées dans le maintien à domicile notamment, par la mise en place de services d'aide ménagère, restauration ou loisirs. Les financeurs sont donc multiples. Les outils d'intervention et les instances de gouvernance ne présentent pas forcément les mêmes logiques d'actions et les mêmes légitimités. En outre, les lois de décentralisation apparaissent peu stabilisées et sont en constante évolution. Le grand nombre d'acteurs stratégiques induit des zones de chevauchement de compétences, contribuant à rendre complexe la mise en place des politiques gérontologiques²⁸.

De plus, de nombreux intervenants sont présents dans la prise en charge des personnes âgées : structures hospitalières (qui assurent aussi une partie de l'hébergement collectif, aux côtés des organismes privés à but non lucratif et privés à but lucratifs), structures ambulatoires, intervenants salariés, libéraux, organismes publics, privés lucratifs (qui investissent aujourd'hui le domaine de l'hébergement aux personnes âgées) ou associatifs²⁹. On peut donc observer à la fois une fragmentation institutionnelle et une fragmentation des intervenants³⁰.

Cloisonnements et la question du « médico-social »

Cette fragmentation des acteurs s'accompagne de nombreux cloisonnements : entre les professionnels de ville et l'hôpital ; entre les secteurs publics, privés non lucratif, et privés lucratif. Le principal cloisonnement, souvent mentionné dans les publications, et au centre des

²⁷ Nous reviendrons plus en détail sur le rôle des Conseils généraux dans le chapitre 2

²⁸ SOMME Dominique, SAINT-JEAN Olivier (dir.), décembre 2008, *Rapport PRISMA France. Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action*, Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie en France, p. 42

²⁹ CORVOL Aline, MOUTEL Grégoire, SOMME Dominique, 2012, « La gestion de cas en gérontologie : nouveau métier, nouvelles questions », *Gérontologie et société*, n°142, p. 198

³⁰ HENRARD Jean-Claude, 2010, « Territoires gérontologiques : la question en France au regard d'autres pays européens », *Gérontologie et société*, n°132, p. 124

débats sur le politique gérontologique, est celui entre le secteur sanitaire et le secteur social. Si une grande partie de l'action sociale a été transférée aux Conseils généraux avec l'acte II de la décentralisation, l'Etat a conservé sa compétence sur la partie « sanitaire » par le biais des ARH, puis des ARS. On fait allusion, en France, à un véritable secteur « médico-social », dans l'intention de réduire le fossé entre secteur sanitaire et social. Ce champ réunirait notamment la prise en charge des personnes âgées, en établissement ou au domicile, et le domaine du handicap. Cependant, malgré une dénomination propre, le « secteur médico-social » continue d'illustrer le cloisonnement entre social et sanitaire.

La création des ARS marque le rapprochement du médico-social et du secteur sanitaire. Les ARS, à la différence des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), intègrent en effet le secteur médico-social en vue de surmonter les cloisonnements actuels entre hôpital, soins de ville et prise en charge médico-sociale³¹. Le rapport du Sénat³² sur le sujet souligne qu'en « rassemblant au sein d'une structure unique des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, ainsi qu'en organisant une concertation avec les conseils généraux, les ARS constituent une opportunité de décloisonner les secteurs sanitaires et médico-social ». Malgré tout, la réforme engendrée par la création des ARS, vise plus à rapprocher les secteurs sanitaire et médico-social, qu'à rapprocher le médico-social du secteur social, porté notamment par les Conseils généraux. Les antennes départementales des ARS sont toutefois censées permettre un cadre de travail adapté aux relations avec les Conseils généraux³³. Ces cloisonnements justifient l'émergence d'un besoin de coordination. Nous verrons par la suite comment les ARS et les Conseils généraux s'approprient cette politique de coordination par la mise en place des MAIA.

2. Une forte sectorisation des politiques publiques en faveur des personnes âgées

Si le besoin de coordination se fait tant sentir, c'est aussi dû à la forte sectorisation des politiques publiques de la vieillesse ces dernières années. Une part importante des politiques peuvent être interprétées comme des politiques catégorielles, destinées à un public cible en particulier. Ces politiques peuvent se distinguer des politiques transversales, qui apportent une réponse sur un territoire. Ainsi, « à l'universalité voulue par la territorialité s'oppose la

³¹ TREGOAT Jean-Jacques, 2008, « De la modernisation du secteur social et médico-social à la réforme de l'Etat et de son administration territoriale », *Gérontologie et société*, n°126, p. 58

³² Rapport du Sénat n°90 tome III de novembre 2009, cité par GAUTIER Pierre, septembre 2010, « La gouvernance du secteur social et médico-social après la création des ARS et la réforme des services déconcentrés de l'Etat », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2675, Cahier 24

³³ TREGOAT Jean-Jacques, 2008, op. cit. p. 58

spécificité induite par la sectorialité»³⁴. Les politiques territoriales apportent une logique populationnelle, pluridisciplinaire mais peuvent prendre le risque de perdre en efficacité, alors que les politiques catégorielles peuvent aboutir à un cloisonnement de l'action sociale.

Malgré les préconisations du rapport Laroque, qui questionne la place de l'ensemble des personnes âgées dans la société, et qui définissait les politiques de la vieillesse comme devant être « *un ensemble cohérent et coordonné d'actions, qui vise à articuler les rapports du groupe retraité – personnes âgées avec l'ensemble de la société et qui s'inscrit dans une dynamique prospective* », les dispositifs actuels se focalisent essentiellement sur la vieillesse pathologique et la notion de dépendance. Dans un contexte économique contraint, l'objectif est bien de cibler des catégories dont les besoins sont jugés comme prioritaires, et d'y concentrer les financements. C'est dans ce cadre que prennent place les trois plans Alzheimer. La question de la focalisation sur la maladie d'Alzheimer est parfois jugée comme une « *énigme* »³⁵ des politiques vieillesse. Elle contribue à poser la vieillesse comme une question de santé et témoigne de la segmentation importante des politiques vieillesse.

Selon Dominique Argoud, les politiques vieillesse sont passées d'un objectif de maillage du territoire à une volonté de coordination. Le besoin de coordination est alors considéré comme un indicateur de la sectorisation et de la complexification croissante de la politique vieillesse. A défaut d'une politique globale, une politique segmentaire a émergé en conséquence du développement d'équipements et services spécialisés pour lesquels un financement était accessible. Pendant de cette segmentation, l'émergence du besoin de coordination part d'une volonté de rationaliser cet enchevêtrement toujours plus complexe de politiques et d'actions sectorielles³⁶.

Toutefois, il semble important de ne pas réduire le besoin de coordination au contexte institutionnel ou au contexte de segmentation des politiques publiques. Des facteurs sociétaux peuvent être aussi à l'origine de ce besoin de coordination.

II. Des défis sociétaux et médicaux importants

L'émergence de la coordination peut aussi se comprendre en relation avec les évolutions sociétales. Il faut toutefois garder à l'esprit que les décisions de politiques publiques peuvent apparaître comme irrationnelles et peuvent sembler manquer de cohérence.

³⁴ ARGOUD Dominique, 2010, « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société*, n°132, p. 108

³⁵ terme employé par Mme Gucher

³⁶ ARGOUD Dominique, 2010, op. cit. p. 108

La place de l'utilisateur, comme devant être au centre du dispositif, implique une coordination des acteurs autour de la personne. La politique du maintien à domicile engendre des besoins particuliers en termes de coordination. La prise en charge des maladies chroniques oblige aussi à faire évoluer le système de soins. Enfin, ces aspects nous invitent à réfléchir sur les trois différents niveaux de coordination souhaitables, engendré par les besoins mentionnés.

1. Place de l'utilisateur et la question de la coordination

L'émergence de la coordination comme problème de politique publique peut être interprétée comme liée à la place de l'utilisateur dans les dispositifs publics. Selon Nathalie Blanchard, « *la justification du travail en coordination ne vient pas seulement combler les carences ou dépasser les impasses des politiques sociales et de santé (...) la démarche de coordination doit aussi être reliée à la montée de l'individualisme, car ce qui justifie la coordination des professionnels, c'est l'utilisateur "au centre du dispositif", le citoyen-client avec ses besoins, son projet* »³⁷. L'utilisateur est le premier à percevoir le besoin d'une bonne articulation des réponses pluridisciplinaires³⁸. La place de l'utilisateur est donc essentielle pour appréhender la question de la coordination. Issu de la volonté d'une majorité de personnes âgées, la question du maintien à domicile semble primordiale et tout à fait liée à la place de l'utilisateur.

2. Maintien à domicile et exigence en termes de coordination

La politique de la vieillesse, d'abord plutôt limitée à la prise en charge en institution, s'est progressivement étendue au champ du domicile. Or, c'est en partie la politique du maintien à domicile qui engendre ce besoin de coordination. Les services à domicile sont variés : aides ménagères à domicile, services médicaux et infirmiers (HAD, SSIAD, etc.), services d'accompagnement à domicile (portage de repas), services concourant au maintien à domicile et pour lesquels il faut quitter son domicile (hébergement temporaire, accueil de jour), etc. En moyenne, les bénéficiaires de services à domicile reçoivent des soins ou des aides de la part de trois intervenants, et les 25% des plus dépendants ont six intervenants ou plus qui interviennent à domicile³⁹. Le maintien à domicile est donc particulièrement complexe à organiser.

Cette complexité est renforcée par toutes les difficultés liées à l'intervention à domicile. Dans un entretien, une coordinatrice PA-PH souligne ces difficultés : prise en charge de situations

³⁷ BLANCHARD Nathalie, 2004, op. cit. p. 170-171

³⁸ LE SOMMER-PERE Myriam, 2002, « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société*, n°100, p. 51

³⁹ SOMME Dominique, SAINT-JEAN Olivier (dir.), décembre 2008, op. cit. p. 60

très complexes à domicile, difficulté de réguler le domicile, peu d'encadrement des personnes :

Ils se sont rendus compte, parce qu'on participe maintenant aux commissions d'admission [du Centre Hospitalier], qu'il y a des situations du domicile qui sont pires que les gens qui sont en EHPAD. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, il y a un développement de la perte d'autonomie et des situations dites à crise et complexes au domicile. (...)

Le domicile, c'est la jungle. Il y a vraiment des trucs de fous. (...)

[Quand les personnes entrent en établissement] c'est canalisé. Mon Diogène, là, avec ses journaux et tout, on ne lui laissera pas mettre un journal par terre. Il sera canalisé. C'est à dire qu'on va réguler, au quotidien, son débordement. (...) Etre tenu, quoi, maintenu !

Au domicile, tu n'es pas là tous les jours.

Le domicile a des vertus cliniques, budgétaires, sociales et humaines mais est source de complexification de l'offre de service. L'intervenant est un invité dans le chez-soi, ce qui inverse le pouvoir d'imposer des règles. De plus, le domicile constitue une force de fragmentation fonctionnelle de l'organisation des services où chaque intervenant reproduit les logiques d'intervention de l'institution qu'il représente⁴⁰. Ces complexités du domicile permettent de mieux comprendre cette exigence de coordination des professionnels autour de la personne âgée.

3. Nouvelles exigences liées à la prise en charge des maladies chroniques

Depuis des décennies, les systèmes de santé se sont d'abord structurés en vue de répondre aux problèmes épisodiques d'usagers jeunes ou adultes⁴¹. Le vieillissement de la population a entraîné un changement de la répartition des maladies au sein de la population. Si les maladies infectieuses n'ont pas disparu, les maladies chroniques invalidantes sont en croissance rapide, majorées par la croissance de l'effectif des personnes d'âge élevé⁴². Contrairement aux maladies aiguës, les maladies chroniques s'inscrivent dans le temps, et doivent être gérées dans le long cours, dans la vie quotidienne. Le système de santé, construit pour prendre en charge les maladies aiguës, n'est pas adapté à la prise en charge des maladies chroniques. Le paiement à l'acte n'est adapté qu'aux courts épisodes de soins. Par un « découpage » physiologique, le système isole l'action de chaque professionnel et n'est pas adapté aux pluri-pathologies. Il ne prend pas assez en compte les interactions médical/social, pourtant primordiales dans les prises en charge à domicile.

⁴⁰ BELZILE Louise, SALLES Mylène, GAGNON Dominique, COUTURIER Yves, 2012, « L'élaboration de dispositifs de transversalisation professionnelle et organisationnelle pour le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », *Gérontologie et société*, n°142, p. 119

⁴¹ DEMERS Louis *et al.*, juin 2005, *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*, Université du Québec, Ecole nationale d'administration publique, p. 1

⁴² COLVEZ Alain *et al.*, 2002, « La coordination gérontologique. Pour qui, pourquoi, comment ? », *Gérontologie et société*, n°100, p. 27

La continuité de la prise en charge sur le long terme est indispensable⁴³ et les conditions de l'environnement de la personne âgée à domicile ont une place capitale. L'action du seul médecin généraliste est insuffisante⁴⁴, et la coordination de l'ensemble des services médicaux et sociaux semble primordiale.

Il semble important aussi de questionner le coût des prises en charge, dans un contexte économique contraint : cherche-t-on à coordonner pour moins dépenser et réduire la pression sur les coûts de prise en charge des maladies chroniques ? Une étude de l'OCDE montre néanmoins que les programmes ciblés de coordination (ciblés sur une maladie ou sur un certain segment de la population) améliorent la qualité. Mais elle ne permet pas de dégager des conclusions définitives en ce qui concerne l'efficacité au regard du coût⁴⁵. Si l'on prend en compte le coût de la mise en place du dispositif et le meilleur suivi (qui fait parfois apparaître des besoins non satisfaits), il n'est pas évident que ces programmes permettent de réaliser des économies financières.

4. Les trois niveaux de coordination

Ces facteurs institutionnels et sociétaux, qui expliquent la mise à l'agenda de la coordination en gérontologie, nous invitent à penser la coordination à plusieurs niveaux.

Myriam Le Sommer-Père définit trois niveaux de coordination cohérents⁴⁶. Le premier niveau de coordination s'intéresse à l'harmonisation des interventions au cas par cas : une coordination des professionnels autour de l'utilisateur. Le deuxième niveau de coordination consiste en la formalisation des liens communautaires de proximité. Il s'agit ici d'une coordination formelle entre les partenaires de proximité, pour que le premier niveau de coordination ne repose pas que sur la bonne volonté de certains professionnels. Le troisième niveau de coordination se concentre sur l'instauration d'une perspective de santé publique, où la coordination vient comme principe de rationalisation et de modernisation du système de santé.

Il est intéressant de voir comment les pouvoirs publics vont mettre à l'agenda ce besoin de coordination et comment les pouvoirs publics vont organiser la coordination. Ces trois niveaux de coordination se retrouvent en effet en partie dans le dispositif MAIA.

⁴³ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*, Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juillet 2011, p. 45

⁴⁴ COLVEZ Alain *et al.*, 2002, op. cit. p. 29

⁴⁵ HOFMARCHER Maria M., OXLEY Howard, RUSTICELLI Elena, décembre 2007, « Improved Health system performance through better care coordination », *Health Working Papers*, OECD Health Working Paper No 30, p. 9

⁴⁶ LE SOMMER-PERE Myriam, 2002, op. cit. p. 49-63

III. Premières réponses en termes de politiques publiques : la mise en place des CLIC et des réseaux gérontologiques

La coordination en gérontologie n'est ni une idée, ni une pratique nouvelle⁴⁷. Les dispositifs actuels résultent d'une longue histoire d'expériences diverses de coordination, de territoires et actions variées. Entre 1900 et 2000, on compte une quinzaine d'expériences de coordination gérontologique⁴⁸.

Le rapport Laroque de 1962, en appelant à une mise à disposition « *d'un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés* » aux besoins des personnes âgées, prônait une coordination administrative, sous la responsabilité du Préfet de département et une coordination sociale, préconisée au niveau local. Dans les années soixante-dix, le thème de la coordination est repris par le VI^e et VII^e Plan, dans l'optique de renforcer les actions locales en faveur du maintien à domicile des personnes âgées⁴⁹. C'est à partir de 1981 que la coordination devient une notion clé de l'action sociale en faveur des personnes âgées. La circulaire de septembre 1981 crée 500 emplois de coordonnateurs, dont la mission est d'assurer la liaison entre les services et les établissements pour retraités et personnes âgées à l'échelon local. En 1983, l'Etat supprime la subvention destinée au financement de ces postes et les collectivités locales refusent pour la plupart de prendre en charge cette dépense. La circulaire Franceschi de 1982 traduit la volonté d'inscrire la coordination au cœur de la politique vieillesse, en créant notamment les instances gérontologiques locales, qui peuvent être rattachées à des CCAS⁵⁰.

Toutes ces références à la coordination ne signifient cependant pas la mise en œuvre d'une politique volontariste : « *que ce thème soit à l'ordre du jour avec une telle constance depuis une trentaine d'années laisse supposer que la coordination fait plus l'objet d'incantations que de réalisations effectives ou satisfaisantes* »⁵¹. La coordination, « *concept mou* », se caractérise par son « *pouvoir mobilisateur* »⁵².

⁴⁷ DHERBEY Brigitte, JURDAN Christine, 2002, « Les dispositifs locaux de coordination, un outil de développement », *Gérontologie et société*, n°100, p. 66

⁴⁸ COLVEZ Alain, 2010, « Genèse et évolution des CLIC : expérience des centres locaux d'information et de coordination depuis le bureau d'information gérontologique de Lunel », *Gérontologie et société*, n°132, p. 137

⁴⁹ ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann, 2005, op. cit. p. 240

⁵⁰ MARX Sandrine, 2001, *La coordination gérontologique : acteurs et enjeux. L'exemple de la Bourgogne*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, p. 5, 7-8

⁵¹ LEGRAND, SCHLERET, 1992, « La coordination : des procédures, un processus », *Les Cahiers de l'ACTIF*, p. 25, cité par ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann, 2005, op. cit. p. 236

⁵² ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann, 2005, op. cit. p. 236

Les processus politiques ont joué un rôle primordial, faisant de l'organisation en réseau ou de différents dispositifs dits innovants, la solution aux problèmes de la mauvaise coordination des soins.⁵³

Nous nous focaliserons plus précisément sur le principal dispositif de coordination, mis en place avant les MAIA : le CLIC.

1. Les CLIC et les réseaux gérontologiques, des dispositifs à vocation de coordination

En 2000, 25 sites pilotes expérimentent les Centres Locaux d'Information et de Coordination, destinés à organiser une coordination de proximité, et chargés de délivrer de l'information accessible aux personnes âgées. Le CLIC se conçoit donc comme un lieu d'accueil et d'information de type guichet unique, pas réservé uniquement aux personnes âgées dépendantes, mais qui doit s'adresser au citoyen dans un projet d'accompagnement aux droits⁵⁴. La loi sur l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) du 20 juillet 2001 marque la généralisation des CLIC, comme dispositifs territorialisés qui « *travaillent à l'adéquation des réponses aux besoins constatés et recensés en organisant une prise en charge globale et coordonnée qui met en jeu la complémentarité des actions et des intervenants* ». Les CLIC se doivent alors de répondre à une double impasse : celle générée par la superposition des prestations pour les personnes âgées et celle issue du cloisonnement entre secteur sanitaire et secteur social⁵⁵. Le CLIC doit apporter des réponses adaptées et personnalisées aux besoins des personnes résidant sur un territoire, ils peuvent concerner une population de 7 000 à 10 000 personnes de 60 ans et plus en milieu rural, et de 15 000 personnes en milieu urbain. Les CLIC sont labellisés selon leurs missions. Le label 1 correspond à des missions d'information et d'orientation, le label 2 concerne les CLIC qui effectuent en plus des évaluations de la personne âgée et élaborent des plans d'aide personnalisés ; le label 3 réunit les CLIC qui assurent la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation des plans d'aide en plus des compétences partagées avec les autres niveaux de labellisation. En 2001, on comptabilisait plus de 144 CLIC labellisés dans 47 départements en plus des sites pilotes, 47% des CLIC étant portés par des associations, 40% par une collectivité locale (majoritairement des CCAS ou des CG), le reste des CLIC s'appuyant sur une structure médico-sociale, association d'aide à domicile ou structure sanitaire⁵⁶.

⁵³ Ibidem, p. 240

⁵⁴ BUSSIÈRE Caroline, 2002, « Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Genèse et objectifs », *Gérontologie et société*, n°100, p. 76

⁵⁵ BLANCHARD Nathalie, 2004, op. cit. p. 167

⁵⁶ BUSSIÈRE Caroline, 2002, op. cit. p. 79

Avec l'acte II de la décentralisation, de nombreux CLIC (que l'on nommera CLIC de seconde génération) ont été intégrés au sein des services des Conseils généraux. En 2007, les CLIC deviennent de compétence départementale en ce qui a trait aux procédures d'octroi et de contrôle des labels.

Aux côtés du CLIC, prennent place les réseaux gérontologiques, dont les compétences ont été renforcées par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Sous la forme de réseaux de santé, ils ont pour objet de « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires* »⁵⁷ et sont placés sous compétence régionale⁵⁸.

2. Un échec relatif de ces dispositifs ?

Le rapport Prisma France (2008), coordonné par Dominique Somme et Olivier Saint-Jean, promoteurs de l'intégration et du modèle MAIA, souligne que les CLIC participent au décloisonnement entre les acteurs « privés » et « publics » ; alors que les réseaux de santé participent au décloisonnement entre les acteurs médicaux de la ville et ceux de l'hôpital. Mais le rapport conclut que ces deux dispositifs de coordination gérontologique « *ont somme toute peu d'effets sur le cloisonnement entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux* » car « *les domaines d'action restent fragmentés : principalement social pour les premiers et sanitaire pour les seconds* »⁵⁹. A cela s'ajoute une superposition territoriale : les CLIC sont de compétence départementale, alors que les réseaux sont de compétence régionale.

La question de l'articulation entre les CLIC et les équipes médico-sociales de l'APA se pose. Le label niveau 3 des CLIC (mission d'évaluation et de suivi des personnes) correspond aux attributions des équipes médico-sociales.

Mme Gucher, dans un entretien, souligne que c'est surtout l'intégration des CLIC au sein des Conseils généraux après 2004 qui a été un « *échec* » :

Lorsqu'il y a eu un mouvement d'intégration des CLIC dans les Conseils généraux, il me semble que le dispositif a souffert d'un manque de visibilité par rapport à la population. D'ailleurs souvent ça n'a pas été des services spécifiques. (...) Lorsque la fonction CLIC a été intégrée par les Conseils généraux, elle est venue s'ajouter aux équipes qui étaient déjà en place. (...) Et ça, ça n'a pas été très visible pour la population et je pense que dans ce mouvement-là, les CLIC ont perdu, effectivement, une part importante de leur visibilité et de leur efficacité, auprès de la population d'une part et auprès des partenaires d'autre part. Sans compter que les partenaires locaux ont vu parfois d'un très mauvais œil ce qu'ils ont considéré parfois comme un putsch des Conseils généraux

⁵⁷ article L. 6321-1 du Code de Santé Publique

⁵⁸ SOMME Dominique, SAINT-JEAN Olivier (dir.), décembre 2008, op. cit. p. 62

⁵⁹ SOMME Dominique, SAINT-JEAN Olivier (dir.), décembre 2008, op. cit. p. 62-63

Alain Colvez parle du « *paradoxe* » des coordinations, qui ont été organisées dans l'espoir de lutter contre la fragmentation des services, et qui, aujourd'hui, sont elles-mêmes fragmentées⁶⁰. Dans chaque territoire, il y a plusieurs systèmes en concurrence, et aucune structure n'est financée à la hauteur des objectifs qu'on lui avait assignés : la pérennisation de tous les dispositifs ne semble pas possible.

Peut-on émettre l'hypothèse que les MAIA ont été créées pour pallier aux limites des CLIC et des réseaux gérontologiques ? Si les promoteurs du rapport Prisma France insistent sur les limites de ces dispositifs, le lien direct n'est pas si évident. Tout d'abord parce que la mise en place de la MAIA ne s'est pas accompagnée de la suppression des CLIC et des réseaux gérontologiques. Ensuite, parce que, comme le souligne Mme Gucher, la perspective entre MAIA et CLIC diffère, dans le sens où les MAIA « *ont été créées pour permettre à des populations identifiées comme étant en grande difficulté et à des acteurs locaux comme étant aussi en difficulté face à certaines situations d'avoir un point ressource* ». La spécificité de la MAIA sur la maladie d'Alzheimer semble réfuter cette hypothèse.

IV. La mise à l'agenda de la coordination gérontologique dans le plan Alzheimer

Nous nous intéresserons ici à la mise à l'agenda de la coordination dans le cadre du plan Alzheimer. Pourquoi un intérêt pour la coordination et l'intégration ? Dans quel cadre ? Quelle innovation pour « l'intégration » ?

1. Du rapport Ménard au plan Alzheimer : la mise à l'agenda de la coordination

La commission présidée par le professeur Joël Ménard était chargée de remettre un rapport au Président de la République sur les propositions relatives au plan Alzheimer 2008-2012. Ce rapport a été remis le 8 novembre 2007 et propose de nombreuses pistes de réflexions, dont la question de la coordination. Sur les dix points prioritaires soulevés par le rapport, le quatrième point s'intitule « *renforcer la coordination entre les intervenants médicaux et médico-sociaux et offrir une réponse personnalisée et évolutive aux patients et à leur famille* ». Le rapport pointe les domaines encore trop cloisonnés des dispositifs de coordination existants et insiste sur l'enjeu « *de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans cette multitude de dispositifs mal articulés et cloisonnés* ». Il souligne la spécificité de la maladie d'Alzheimer, « *les personnes atteintes (...) et leur famille ont besoin,*

⁶⁰ COLVEZ Alain, 2010, op. cit. p. 142

plus que tout autre, de lieux repérables où s'adresser pour obtenir des renseignements et une prise en charge coordonnée ». Partant de ce constat, le rapport Ménard propose de créer, sur la base des structures existantes, un lien de coordination associant secteur sanitaire et médico-social et d'offrir une réponse personnalisée et évolutive aux patients et à leurs familles. La manière dont ces portes d'entrée uniques sur le territoire départemental doivent être réalisées reste relativement floue : expérimentation par la désignation d'un responsable chargé de la coordination des réponses (CLIC, équipes APA, services sociaux), création anticipée des Maisons Départementales de l'Autonomie, commission « accompagnement Alzheimer » au sein de la MDPH⁶¹. Le rapport Ménard fait déjà référence au nouveau métier de gestionnaire de cas, dans une mesure visant à identifier un référent médico-social unique pour les cas complexes.

Le plan Alzheimer 2008-2012, publié le 1^{er} février 2008, met en exergue 10 mesures phares⁶².

Le plan Alzheimer

Mesures

3 axes, 11 objectifs, 44 mesures :

- **Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants**
 - Objectif n°1 : Apporter un soutien accru aux aidants*
 - Objectif n°2 : Renforcer la coordination entre tous les intervenants*
 - Objectif n°3 : Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile*
 - Objectif n°4 : Optimiser le parcours de soins*
 - Objectif n°5 : Améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*
 - Objectif n°6 : Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels*
- **Connaître pour agir**
 - Objectif n°7 : Fournir un effort sans précédent pour la recherche*
 - Objectif n°8 : Organiser un suivi épidémiologique*
- **Se mobiliser pour un enjeu de société**
 - Objectif n°9 : Informer et sensibiliser le grand public*
 - Objectif n°10 : Promouvoir une réflexion et une démarche éthique*
 - Objectif n°11 : Faire de la maladie Alzheimer une priorité européenne*

Financement

Le volet médico-social : plus d'1,2 milliard d'euros

Le volet sanitaire : plus de 200 millions d'euros

Le volet recherche : 200 millions d'euros

L'objectif n°2 est de « *renforcer la coordination entre tous les intervenants* ». Là encore, la spécificité de la maladie d'Alzheimer est mise en avant pour justifier la coordination. La mise

⁶¹ COMMISSION NATIONALE chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, présidée par monsieur le professeur Ménard, 2007, *Rapport au Président de la République. Pour le malade et ses proches. Chercher, soigner et prendre soin*, remis le 8 novembre, p. 46-47

⁶² Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 1^{er} février 2008, République française

en œuvre de l'objectif apparaît plus précise que dans le rapport Ménard. La mesure n°4 prévoit la labellisation sur tout le territoire de « *portes d'entrée uniques* », les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer ; la mesure n°5 prévoit la mise en place de « *coordonnateurs* » sur l'ensemble du territoire. Le lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social doit être créé sur la base d'un « *rassemblement des dispositifs existants* » et sans superposition de nouvelle structure, il doit se comprendre comme un « *guichet unique* ». Il est important de noter que la coordination vue par le plan Alzheimer s'articule autour des malades et de leurs familles. La coordination apparaît, pendant la durée du plan, comme segmentée autour d'un public plus ciblé que le public visé par les CLIC et les réseaux gérontologiques.

Comment expliquer cette remise à l'agenda de la coordination gérontologique ? Quel rôle portent les associations dans cette mise à l'agenda ?

2. Rationalité de l'action publique et lobbys associatifs

Il semble important de souligner le rôle primordial des associations d'aidants, notamment l'Association France Alzheimer dans l'élaboration du rapport Ménard, puis du plan Alzheimer. L'actuelle présidente de France Alzheimer Savoie, également présidente de France Alzheimer de 2005 à 2010 a participé notamment aux Commissions Ménard et au Comité de Suivi du plan Alzheimer 2008-2012. Elle explique que l'idée d'origine de la MAIA venait de l'association, qui souhaitait voir mettre en œuvre un « *kiosk Alzheimer* ».

Et en CA j'ai dit, on est ensemble, d'après vous si on nous demandait aujourd'hui quelle est la première chose, nous, familles, qui avons vécu cette difficulté d'accompagnement. Je leur ai posé la question : qu'est-ce qu'on voudrait au départ ? Et donc, finalement, c'est ressorti de tout le monde que la première difficulté quand on accompagne un malade, c'est quand on a le diagnostic : qu'est-ce qu'on fait ? On ne sait pas à qui s'adresser (...). Alors on s'est dit : il faut un endroit, un seul, de a à z du parcours, où on puisse aller, téléphoner ou aller chercher tous les renseignements. Et nous, on (...) avait proposé un kiosk Alzheimer. Cela valait ce que ça valait, mais pour vous dire l'origine : proposition de France Alzheimer : un kiosk Alzheimer, un kiosk où on a toute la doc. (...). Et je me souviens d'avoir rencontré quelqu'un qui était dans le suivi de plan et je lui ai dit « oh ça va pas passer ça ». Et il me dit « si si si, (...), ça risque de passer ». Parce que lui, il avait d'autres contacts... et effectivement c'est devenu la MAIA.

Ce « kiosk » proposé par l'association n'était pas forcément un lieu d'accueil.

Que ce soit un téléphone ou un lieu, peu importait. C'est un endroit ou un moyen d'avoir le renseignement qui nous renvoyait ailleurs. Un passage obligé.

Ce qui nous semble particulièrement intéressant, c'est que l'association n'avait alors pas réfléchi aux articulations avec les dispositifs existants de coordination.

Mais est-ce que vous aviez déjà à l'époque un peu pensé l'articulation avec les autres dispositifs ?

Nous, on n'était pas allé bien plus loin que ça.

Ce constat est particulièrement intéressant pour comprendre le peu de rationalité de l'action publique due à l'intervention de lobby et d'« *entrepreneurs politiques* ». La question essentielle de l'articulation de la MAIA avec les autres dispositifs de coordination n'avait que peu été réfléchi. Si tous les facteurs cités sur le besoin de coordination sont effectivement réels, un « *problème public* » est loin d'être un fait objectif, mais plutôt le produit d'un processus de problématisation⁶³. Pour que soit mis à l'agenda ce qui va être considéré comme un problème public, il faut bien l'intervention de ce qui est appelé en analyse des politiques publiques des « *entrepreneurs politiques* » qui soutiennent la cause et jouent un rôle dans son inscription à l'agenda politique.

3. De la coordination à l'intégration, évolutions conceptuelles et innovations

Le terme « *d'intégration* » est mentionné, à la fois dans le rapport Ménard, et dans le plan Alzheimer, pour désigner cette nouvelle forme de coordination. Quelle signification prend l'intégration ? Pour quelle innovation ?

L'intégration, tentatives de définition

Dans le rapport Ménard, l'« *intégration des dispositifs d'aide et de soins* » désignée comme « *solution* » à la fragmentation des interventions et aux cloisonnements entre les différents secteurs est définie comme une « *réelle coordination des acteurs et des financeurs dans le but de simplifier la vie quotidienne des personnes malades, d'améliorer le bien être des aidants et d'apporter les meilleurs soins et services pour tous* »⁶⁴. Le rapport, ainsi que le plan Alzheimer, qui reprend la même formule, ne semble pas établir de distinction entre coordination et intégration. Dans le cahier des charges MAIA, l'intégration est définie comme suit : « *elle cherche à répondre à la fragmentation du système, qui se traduit par une discontinuité du service rendu, à l'existence des doublons ou de réponses redondantes. Elle conduit à un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle favorisant la coordination, la coopération et la co-responsabilisation des acteurs* »⁶⁵. L'intégration peut se comprendre comme un ensemble d'outils à mettre en œuvre pour obtenir une coordination réussie. Cette nouvelle « *mode* » de la coordination provient notamment d'expérimentations mises en œuvre en

⁶³ BOUSSAGUET Laurie (dir.), 2006, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, p. 530

⁶⁴ COMMISSION NATIONALE chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, présidée par monsieur le professeur Ménard, 2007, op. cit. p. 46

⁶⁵ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA » Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer, septembre 2011, p. 19

Europe, aux Etats-Unis ou au Canada. Le modèle PRISMA, méthode largement reprise dans la mise en place des dispositifs MAIA, provient d'expérimentations québécoises.

L'intégration aurait cinq dimensions distinctes, qui ensemble parviennent à ce que chaque usager reçoive le « *bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne* » sans qu'il soit laissé à lui-même pour obtenir le service⁶⁶ :

- l'intégration normative : les acteurs doivent comprendre le modèle d'intégration et y adhérer
- l'intégration clinique : autour du malade, raison d'être des autres dimensions
- l'intégration informationnelle : systèmes et outils d'information partagés
- l'intégration organisationnelle : au niveau de la gouvernance
- l'intégration financière : mise en commun des budgets pour les activités de coordination

Ce cadre théorique du modèle PRISMA, sur lequel se fonde le dispositif MAIA, contient des évolutions conceptuelles par rapport aux politiques de coordination précédentes. Cependant, le dispositif MAIA en tant que tel ne présente pas un changement radical par rapport aux dispositifs antérieurs.

Les MAIA : un « changement » en termes de politiques publiques ?

Le « *changement* » en termes de politiques publiques peut être de différents degrés : il peut s'agir d'un changement de buts, d'un changement des instruments ou programmes ou encore d'un changement dans l'utilisation des instruments d'une politique publique⁶⁷. La mise en place du dispositif MAIA s'apparente plutôt à une simple adaptation des instruments d'une politique publique. Le dispositif ne reprend pas les cinq dimensions de l'intégration proposées par le modèle PRISMA. Par rapport aux CLIC, le dispositif MAIA ajoute une intégration organisationnelle (avec les tables de concertation) et renforce l'intégration clinique par la gestion de cas. Si le dispositif MAIA prévoit une intégration informationnelle, celle-ci peine à se mettre en œuvre. En outre, le dispositif, financé par les ARS via la CNSA, ne présente pas d'intégration financière.

Caudron souligne que la bonne pratique d'intégration des services existait avant la MAIA, même si elle n'était pas répandue de façon systématique⁶⁸. Certains auteurs soulignent que, justement, l'innovation des dispositifs d'intégration est liée à un changement de paradigme : il s'agit de ne plus penser les transversalités (et donc la coordination) comme un effet secondaire, issu de la bonne volonté collaborative, mais celles-ci doivent devenir une

⁶⁶ DEMERS Louis *et al.*, juin 2005, op. cit. p. 7

⁶⁷ BOUSSAGUET Laurie (dir.), 2006, *Dictionnaire des politiques publiques*, op. cit. p. 133

⁶⁸ CAUDRON Jean-Michel, 2012, « Définition des nouveaux métiers et des nouvelles fonctions. Des arrivées à maturité, ou timides, ou encore à espérer, ou quasiment avortées », *Gérontologie et société*, n°142, p. 177

caractéristique attendue de la qualité de l'organisation des services⁶⁹. D'une façon générale, Magali Robelet affirme que le caractère novateur des incitations multiples à la coordination ne réside ni dans la fonction de coordination elle-même, ni dans son objectif d'amélioration de la qualité des soins. L'innovation des dispositifs de coordination, à l'image du dispositif MAIA réside dans « *l'injonction à la mise en place d'un mode particulier de coordination : la coordination formalisée* »⁷⁰.

On peut toutefois faire l'hypothèse que les dispositifs de coordination antérieurs, bien qu'allant moins loin que la MAIA dans les outils proposés, auraient déjà du faire de la coordination une caractéristique attendue de la qualité de l'organisation des services. La MAIA, en proposant des outils nouveaux et un financement de la coordination, devrait permettre d'améliorer la coordination et la qualité des services. Toutefois, le simple fait de mettre en œuvre une politique d'intégration ne conduit pas nécessairement à une réalisation de cette intégration sur le terrain.

Avant de revenir plus précisément sur le dispositif MAIA en tant que tel, il est important de bien comprendre le rôle progressif de l'échelon départemental décentralisé dans la mise en œuvre de la politique vieillesse, puis des politiques de coordination gériatrique. Cet historique permettra de mieux comprendre le rôle de premier plan des Conseils généraux (CG) dans la mise en place des MAIA.

⁶⁹ BELZILE Louise *et al*, 2012, op. cit. p. 126

⁷⁰ ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann, 2005, op. cit. p. 234

Chapitre 2: Le Conseil général, une place de premier plan dans les politiques gérontologiques

Au fur et à mesure des différentes vagues de décentralisation, le Conseil général est devenu un acteur de premier plan dans la mise en œuvre des politiques sociales. L'échelon départemental décentralisé s'est vu confier peu à peu la prise en charge des « *populations autrefois qualifiées "d'inadaptées" (handicapées, personnes âgées, personnes dépendantes, enfance) ainsi que la masse plus indéterminée des "exclus" rejetés du système productif et des modes d'intégration de droit commun* »⁷¹, devenant un véritable « *département providence* ». Ses compétences dans l'aide aux personnes âgées et la planification et coordination gérontologiques sont notables. Nous nous intéresserons tout d'abord à la place progressive du département dans l'action sociale, plus particulièrement dans l'action gérontologique, et aux enjeux que représentent ces attributions pour les Conseils généraux. Nous analyserons ensuite l'organisation de la politique gérontologique dans le département de la Savoie, puis nous reviendrons sur la place du département de la Savoie dans la coordination gérontologique.

I. Le département « chef de file » de l'action sociale et de l'action gérontologique

Progressivement, la place du département dans les politiques sociales s'est affirmée. Nous analyserons les différentes vagues de décentralisation, puis les attributions spécifiques au département dans la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées. Cependant, ces transferts de compétence entre l'Etat et le département ne sont pas sans enjeux, notamment aux plans financier et institutionnel.

1. Retour sur les grandes lois de décentralisation et l'avènement du « département providence »

Les différentes grandes lois de la décentralisation ont contribué à former l'image du « département providence ».

⁷¹ LAFORE Robert, 2004, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des affaires sociales*, n°4, p. 21

L'acte I de la décentralisation : une compétence de droit commun dans l'aide sociale en faveur des départements

L'acte I de la décentralisation s'ouvre par la loi du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. La loi du 22 juillet 1983 confie aux départements une compétence de droit commun dans l'aide sociale légale (aide sociale à l'enfance, aide aux personnes handicapées adultes, aide aux personnes âgées) et la prévention sanitaire. L'Etat conserve néanmoins le pouvoir de réglementation et de définition de la politique sociale⁷². Les présidents des Conseils généraux habilitent, en pratique, de nombreux établissements publics à mettre en œuvre les actions sociales et médico-sociales dont il a la charge⁷³.

L'acte II de la décentralisation : la consécration du département providence

L'acte II de la décentralisation est marqué par plusieurs textes importants. Le cadre constitutionnel de l'action des collectivités territoriales est renforcé par la loi du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République. Cette loi introduit le principe de subsidiarité : les collectivités territoriales doivent prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui seraient les mieux mises en œuvre à leur échelon. Elle fixe le principe de compensation financière des compétences transférées par l'Etat aux collectivités⁷⁴.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales reconnaît au département un rôle de « chef de file » en matière sociale et médico-sociale : il « *définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale* »⁷⁵. Il est chargé des dépenses de solidarité dites de proximité, gère l'aide sociale aux personnes âgées, élabore le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, met en œuvre la politique de soutien en faveur des personnes handicapées et l'aide sociale à l'enfance. Depuis le 1^{er} janvier 2004, son rôle a été élargi à la prise en charge des personnes en situation précaire avec la gestion du RMI, puis depuis 2008, du Revenu de Solidarité Active (RSA)⁷⁶.

Enjeux des différentes vagues de décentralisation

La politique de décentralisation peut se comprendre sous plusieurs angles : elle peut être interprétée comme une manœuvre de désengagement des gouvernements centraux, comme

⁷² JANVIER Guy, février 2013, « Bilan de trente ans de décentralisation en matière sociale » in FOUREL Christophe, MALOCHET Guillaume (dir.), *Les politiques de cohésion sociale. Acteurs et instruments*, Rapports et Documents Questions Sociales, Centre d'analyse stratégique, Direction Générale de la Cohésion Sociale, p. 211

⁷³ AUBIN Emmanuel, 2011, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Gualino, p. 135

⁷⁴ JANVIER Guy, février 2013, op. cit. p. 212

⁷⁵ article L121-1 du Code de l'action sociale et des familles

⁷⁶ AUBIN Emmanuel, 2011, op. cit. p. 136

une stratégie pour se délester de compétences inflationnistes sur les gouvernements locaux, ou comme un « *transfert du mauvais risque* »⁷⁷. Toujours est-il qu'un rôle important a été confié au département : si l'on prend comme mesure la masse budgétaire, 95% de l'aide sociale est décentralisée⁷⁸. Résultat des deux vagues de décentralisation et du fait de l'accumulation de compétences à l'échelon départemental décentralisé, le département est véritablement consacré et renforcé dans le rôle d'acteur central de l'action sociale⁷⁹.

Plus que l'élaboration d'une politique globale, le Département a un rôle de coordination des différents acteurs de la politique sociale⁸⁰. Les moyens du leadership départemental sont donc bornés dans leur portée : le département détient les instruments procéduraux, mais ne peut les faire jouer que dans le cadre d'un partenariat.

Il faut aussi souligner que les compétences transférées dans la seconde vague de décentralisation tournent le dos à une véritable logique de décentralisation. Il s'agit plus exactement d'une logique de délégation de compétences puisque les responsabilités qui sont confiées aux Conseils généraux ne sont, dans le meilleur des cas, que marginalement assorties d'une autonomie de gestion⁸¹. On aboutit donc, de façon schématique, à une fonction de conception/financement des dispositifs dans laquelle l'Etat occupe une place importante ; une fonction de planification/programmation où les Conseils généraux sont compétents ; et enfin une fonction de délivrance des prestations aux publics exercés par des opérateurs de terrain⁸².

Selon Robert Lafore, les transferts de compétence aux départements illustrent un retour au partage ancien entre la protection des personnes et des groupes rattachés à l'emploi ou à l'activité professionnelle qui relèvent de la sécurité sociale et de l'Etat ; et a contrario la prise en charge des personnes éloignées du travail (« *les exclus* ») ou légitimement incapables d'une activité qui sont les cibles traditionnelles de la vieille assistance.

L'acte III de la décentralisation ne devrait pas remettre en cause le rôle clé du département dans l'action sociale. Au contraire, de nouvelles compétences pourraient lui être attribuées (gestion des Etablissements et Services d'Aide par le Travail –ESAT– notamment).

⁷⁷ LE LIDEC Patrick, 2010, « Les relations financières entre l'Etat et les collectivités territoriales : un sauvetage des Conseils généraux orchestré au prix fort », *Informations sociales*, n°162, p. 33

⁷⁸ JANVIER Guy, février 2013, op. cit. p. 215

⁷⁹ Ibidem, p. 21

⁸⁰ Ibidem, p. 23

⁸¹ LE LIDEC Patrick, 2010, op. cit. p. 35

⁸² JANVIER Guy, février 2013, op. cit. p. 219-220

2. L'action gérontologique du département : entre prestations et planification territoriale

Le transfert de compétences au département dans le cadre de la décentralisation résulte d'une logique d'attributions sectorielles. Les compétences du département dans le domaine des politiques de vieillesse nous intéressent particulièrement.

L'assistance aux personnes âgées est l'une des plus ancienne forme d'aide sociale, le département étant compétent pour organiser ce service depuis la loi du 10 août 1871⁸³.

La loi du 20 juillet 2001, mettant en place l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA), vient renforcer le rôle du département. L'APA, prestation destinée à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, qui repose sur le degré de perte d'autonomie évalué sur le groupe GIR, les besoins de la personne et le montant de ses ressources, fait suite aux expérimentations sur la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). La gestion de l'allocation est laissée au niveau départemental. Elle implique, pour les Conseils généraux, d'importants moyens. Le Conseil général possède en effet des équipes médico-sociales qui évaluent les besoins des personnes âgées à domicile et établissent un plan d'aide personnalisé.

Avec l'acte II de la décentralisation, le département est devenu chef de file de l'action sociale relative aux personnes âgées : il « *met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (...) les actions menées par les différents intervenants, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public* »⁸⁴. C'est donc un rôle de pilotage qui incombe au département, qui est chargé de coordonner l'ensemble de la politique gérontologique avec les autres intervenants.

La coordination gérontologique du département s'articule autour de l'élaboration et de la mise en œuvre du schéma départemental. Sur le plan de la coordination, les Conseils généraux ont aussi un rôle important dans la mise en place des CLIC. La loi du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales rend les Conseils généraux responsables du pilotage du dispositif CLIC, auparavant géré par l'Etat. De nombreux CLIC ont été intégrés dans les services du Conseil général lors de cette seconde vague de décentralisation. Depuis janvier 2005, c'est au président du Conseil général que revient l'autorisation de la création des CLIC. Le département doit s'assurer de la cohérence de l'action menée par les CLIC et est chargé d'animer les comités de pilotage des CLIC⁸⁵.

⁸³ AUBIN Emmanuel, 2011, op. cit. p. 216

⁸⁴ CASF, article L. 113-2

⁸⁵ DELMOTTE Hélène, octobre 2006, « Dix questions sur les centres locaux d'information et de coordination », *La Gazette Sant Social.fr*

Récapitulatif des attributions du Conseil général dans la politique gérontologique⁸⁶

Le Conseil général est en charge de :

- la gestion de l'Allocation personnalisée d'Autonomie
- l'attribution de l'aide sociale départementale (pour l'hébergement en établissement ou l'attribution d'heures d'aide à domicile) et le recours sur succession
- l'élaboration et la mise en œuvre des schémas départementaux Personnes Âgées
- l'autorisation, la tarification, le contrôle et le suivi des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (compétence partagée avec l'ARS pour les établissements dispensant des soins)
- l'agrément, la formation et le suivi des familles d'accueil
- du pilotage de la coordination gérontologique, à travers les Centres locaux d'information et de coordination
- l'information auprès du public
- la mise en place d'actions de prévention de la perte d'autonomie
- du soutien aux aidants familiaux des personnes âgées

3. Le département, un « géant aux pieds d'argile »⁸⁷ ?

Malgré les importants transferts de compétences en sa faveur, l'échelon départemental décentralisé présente des faiblesses, tout d'abord financières. Son intervention dans le domaine social peut donc être perçue comme un moyen de légitimation de cette collectivité.

La fragilité budgétaire des départements

Le problème des moyens pour mettre en œuvre les compétences décentralisées est au cœur des débats et génère des conflits permanents entre responsables des Conseils généraux et gouvernements. Si la Constitution oblige l'Etat à attribuer des ressources aux collectivités dans les transferts de compétences, rien ne garantit que celles-ci couvriront le coût intégral des dépenses, et qu'elles suivront l'évolution des dépenses générées⁸⁸. Or, la question se fait de plus en plus prégnante avec l'augmentation des dépenses sociales des départements (qui sont passées de 14 milliards d'euros en 2001 à 28,8 milliards en 2008) et le retournement de la conjoncture économique. La suppression de la taxe professionnelle en 2010 a réduit les possibilités pour le département de réagir à l'accroissement des dépenses par un recours à la fiscalité. Avec cet éclairage sur le contexte budgétaire, on comprend l'intérêt pour les Conseils généraux de diversifier les sources de financement. L'intérêt justifié des Conseils généraux pour le dispositif MAIA, entièrement financé par l'ARS et la CNSA, a du sens dans ce contexte. Toute source de financement extérieur permet la mise en place de projets et un recrutement de professionnels, qui ne serait pas envisageable avec les fonds propres des Conseils généraux. Fragilisé budgétairement, le département l'est aussi sur le plan institutionnel.

⁸⁶ CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, 2011, *Schéma départemental 2011-2016 Personnes Âgées*, p. 3

⁸⁷ Terme utilisé par LAFORE Robert, 2004, op. cit. p. 27

⁸⁸ LE LIDEC Patrick, 2010, op. cit. p. 35

Fragilité institutionnelle du département

Patrick Le Lidec considère que la mise en place du « *département providence* » constitue une « *stratégie de sauvetage des Conseils généraux* ». Selon lui, une menace majeure pèse sur les Conseils généraux en termes de légitimité. Ils sont menacés par le développement des intercommunalités, dynamique initiée par la loi du 6 février 1992, renforcée par celle du 12 juillet 1999. En raison du budget contraint, de l'influence de l'Union Européenne, qui privilégie le niveau régional, la question de la suppression des Conseils généraux est évoquée. Le transfert de compétences de l'action sociale vers le département peut se comprendre donc comme « *une manœuvre de retardement de l'extinction programmée des Conseils généraux* »⁸⁹. Le Conseil des prélèvements obligatoires, émanation de la Cour des Comptes, s'est prononcé, dans un rapport de mai 2010, en faveur d'une suppression des Conseils généraux assortie d'un retour dans le giron des politiques nationales des fonctions de solidarité nationale. Cette fragilité institutionnelle, malgré l'importance des attributions confiées aux départements, permet de mieux comprendre le positionnement des départements dans la coordination gérontologique⁹⁰.

II. Organisation de la politique gérontologique du Conseil général de la Savoie

Ces considérations générales sur le département invitent à analyser plus précisément l'organisation de la politique gérontologique dans le département de la Savoie.

Le département de la Savoie consacre 10% de son budget aux personnes âgées⁹¹. On compte sur le département de la Savoie 85 874 personnes âgées de 60 ans et plus, 8 385 bénéficiaires de l'APA, dont 5 100 à domicile et 3 285 en établissement.

L'organisation de l'action gérontologique du Conseil général est importante car elle permet de comprendre les difficultés et les enjeux à la mise en place d'une MAIA sur le territoire.

La politique en faveur des personnes âgées est définie par l'Assemblée départementale, et plus précisément par la Vice-présidente en charge de l'action sociale et les élus de la commission « Actions sociales et logement ». Elle est mise en œuvre par la Délégation générale adjointe à la vie sociale (DGAVS). La DGAVS comprend trois délégations départementales (DD) et huit délégations territoriales (DT)⁹².

⁸⁹ LE LIDEC Patrick, 2010, op. cit. p. 33-34

⁹⁰ nous développerons cet aspect dans le chapitre 4

⁹¹ Voir la répartition du budget en annexe 1

⁹² L'organisation décrite dans cette partie est issue de CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, 2011, *Schéma départemental 2011-2016 Personnes Âgées*

1. L'organisation centralisée : la délégation départementale PA-PH

La DGAVS comprend trois délégations départementales : cohésion sociale, enfance jeunesse famille (EJF)/protection maternelle et infantile (PMI) et personnes âgées-personnes handicapées (PA-PH). La délégation départementale Personnes âgées – Personnes handicapées est chargée de l'élaboration, de la coordination et de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées, en lien avec les délégations territoriales. La DD PA-PH comprend trois services :

- le service *Personnes handicapées* : qui met en œuvre la politique départementale en faveur des personnes handicapées en lien avec la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et l'ARS
- le service *Equipements personnes âgées* : responsable de la politique d'accueil en structure (création, extensions des EHPAD et EHPA en lien avec l'ARS, tarification, contrôle et suivi des établissements, développement du logement adapté)
- le service *Soutien à domicile* : responsable de la prise en charge au niveau du domicile, il gère l'APA, l'aide sociale aux personnes âgées, l'autorisation des services d'aide à domicile, la tarification de ces services, l'agrément des accueillant familiaux

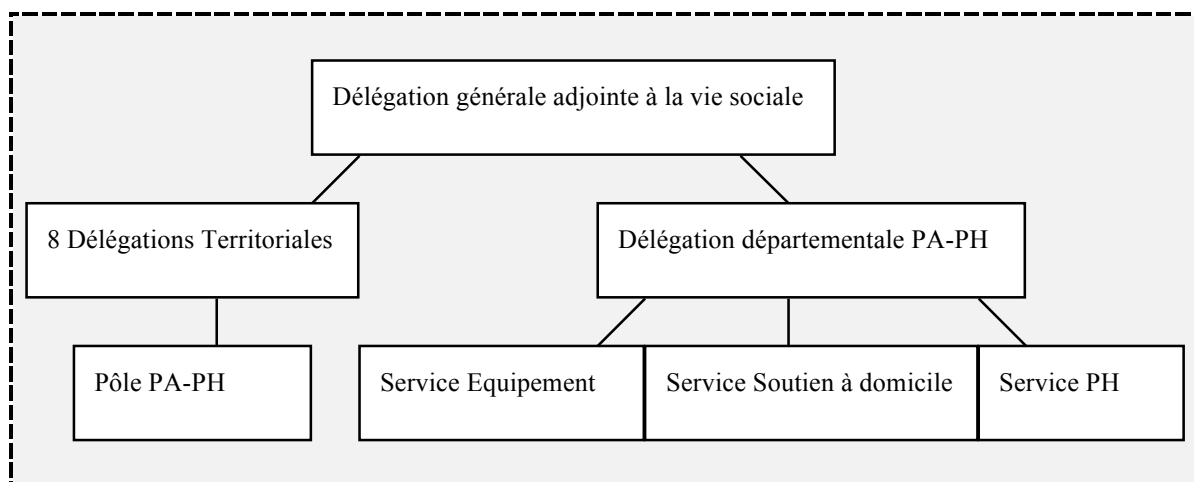
La délégation PA-PH comprend aussi un ergothérapeute, qui intervient notamment dans l'évaluation des besoins en aides techniques pour les bénéficiaires de l'ADPA à domicile, et un médecin, responsable du soutien technique auprès des équipes médico-sociales des DT, et qui intervient dans la création et le suivi des établissements et pour les situations individuelles complexes.

2. L'organisation territoriale : les Délégations Territoriales à la Vie Sociale

En plus de cette organisation centrale départementale, le Conseil général de la Savoie est organisé en délégations territoriales. Le territoire du département est constitué de huit délégations territoriales à la vie sociale : les DT de l'Avant-Pays Savoyard, de Chambéry, de la Couronne chambérienne, de la Combe de Savoie, d'Albertville, de la Maurienne et de la Tarentaise Vanoise⁹³.

En clair, l'organisation du Conseil général dans la politique PA peut être décrite comme suit.

⁹³ Voir carte des Délégations Territoriales en annexe 1



La politique d'action sociale est sous la responsabilité du délégué territorial à la vie sociale, appuyé par un coordonnateur pour chaque pôle d'action sociale concerné (cohésion sociale, EJF-PMI et PA-PH).

Au sein des DT, les équipes médico-sociales du pôle PA-PH sont chargées de l'évaluation des demandes ADPA et assurent également les fonctions du CLIC.

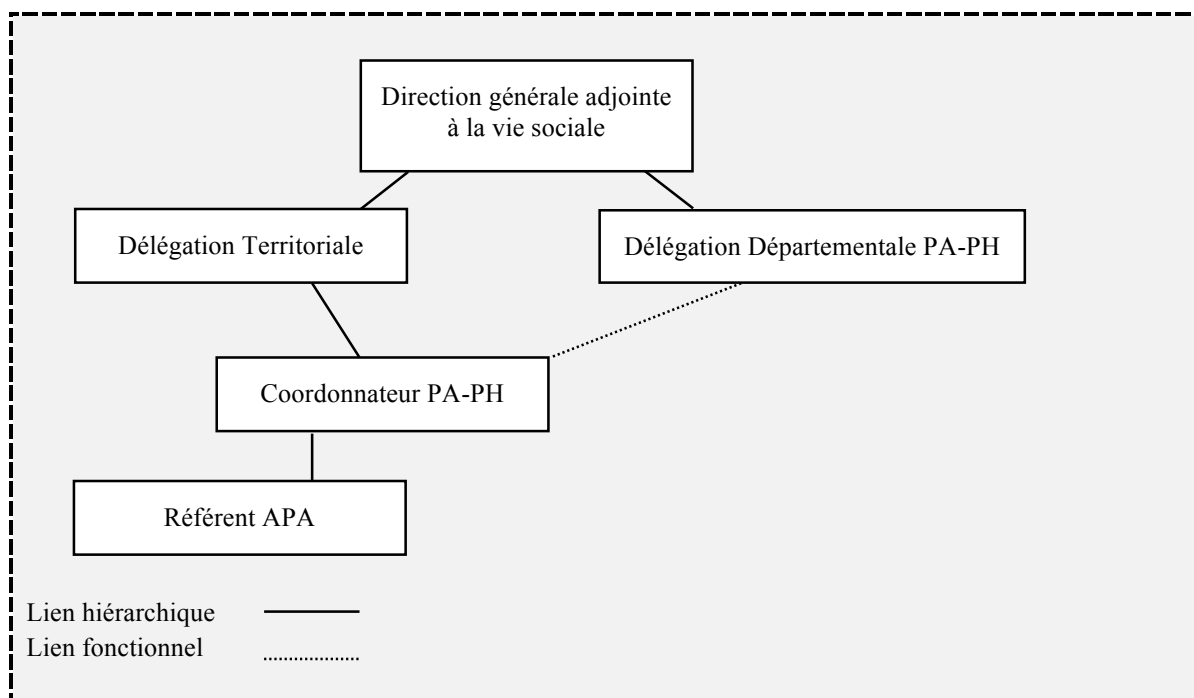
Le coordonnateur PA-PH de chaque délégation anime la politique départementale gérontologique. Il assure l'encadrement technique des travailleurs médico-sociaux de la délégation notamment pour l'évaluation et la résolution des situations complexes, il participe à l'évaluation des besoins des personnes âgées de son territoire. Il impulse les actions et projets dans le cadre du CLIC.

Les référents PA/PH assurent l'évaluation des situations de personnes âgées en perte d'autonomie, élaborent le plan d'aide personnalisé, contribuent à l'information et l'orientation des personnes âgées et à la dynamique de coordination.

3. Enjeux de l'organisation territorialisée des services

Cette organisation territorialisée de l'action gérontologique est intéressante car elle mêle liens fonctionnels et liens hiérarchiques. Elle contribue à mieux comprendre les enjeux de la mise en place du projet MAIA.

La délégation départementale, porteuse du projet MAIA, n'a en effet pas de lien hiérarchique sur les coordonnateurs PA-PH mais seulement un lien fonctionnel.



Cette organisation territoriale, si elle se veut plus proche du citoyen et plus opérationnelle sur le territoire, pose des problèmes de gouvernance. La Direction générale adjointe à la vie sociale a en effet huit délégations territoriales et trois délégations départementales sous sa responsabilité : les éléments de la politique personnes âgées ne sont donc qu'un pan limité des compétences. Pour favoriser les liens entre DD PA-PH et les déléguées territoriales, une réunion par mois est organisée entre la DD PA-PH et les déléguées territoriales. Une réunion par mois est aussi organisée entre la DD PA-PH et les coordonnateurs PA-PH.

Il faut souligner que les Conseils généraux sont libres d'organiser leurs services. Il y a donc des Conseils généraux dont la territorialisation n'est pas aussi poussée, et où les équipes médico-sociales PA-PH sont sous la responsabilité directe de la délégation départementale PA-PH : c'est le cas de la Haute-Savoie.

D'une façon générale, la place du pôle PA-PH au sein des DT est questionnée. Souvent mentionné par les coordinatrices PA-PH, le pôle PA-PH occupe une place un peu particulière au sein des DT, en comparaison au pôle cohésion sociale et au pôle EJF. Les délégations territoriales seraient plus centrées sur le pôle EJF, où les urgences sont nombreuses. Le pôle PA-PH travaillerait assez indépendamment des déléguées territoriales, comme l'explique cette coordonnatrice PA-PH :

On pourrait imaginer, moi je le dis souvent, moi demain je m'en vais, toute l'équipe s'en va, on va à côté... Personne ne s'en aperçoit au niveau de la Délégation territoriale. Parce que nous, on travaille très peu, un peu mais très peu avec les AS de secteur, un peu avec les autres pôles, mais à la marge. On a un fonctionnement plutôt avec des

professionnels de Personnes âgées et Personnes handicapées. Donc on a un fonctionnement assez autonome, assez à part.

Cette position particulière est aussi liée à l'organisation de la coordination gérontologique dans le département, et au manque de clarté entre une organisation en pôles PA-PH et en CLIC.

III. L'organisation de la coordination gérontologique dans le département de la Savoie

Dans le département de la Savoie, les CLIC ont été intégrés dans le Conseil général de la Savoie lors de la seconde vague de décentralisation. Les sept CLIC de départements sont de niveau 3 : ils ont un rôle d'information, d'orientation, de coordination des acteurs locaux. Ils évaluent les besoins, élaborent les plans d'aide, assurent le suivi du plan d'aide en lien avec les intervenants extérieurs.

1. Coordination dans le cadre des CLIC

Intégration des CLIC dans les services du Conseil général de la Savoie

Avant l'intégration des CLIC dans les services du Conseil général, il y avait quatre CLIC présents sur le territoire départemental. Ces CLIC étaient portés par le CCAS de Chambéry, le CCAS d'Aix-les-Bains, le CCAS d'Albertville, et la Communauté de Communes de la Tarentaise. Les CLIC existants ont été intégrés dans les services du Conseil général, au sein des délégations territoriales. Cette intégration était souhaitée par les CCAS, mais elle a été vécue de façon plus problématique par la Communauté de Communes de la Tarentaise, qui souhaitait conserver son CLIC. L'intégration des CLIC était une décision politique du CG. La volonté politique du Conseil général était d'harmoniser les réponses sur l'ensemble du territoire départemental, de façon à couvrir l'ensemble département en CLIC.

Ainsi, 7 CLIC ont été mis en place dans les services du Conseil général, un CLIC par délégation territoriale, excepté pour les DT de Chambéry et de la Couronne qui administrent un CLIC en commun.

Coordination dans le cadre des CLIC

Les sept CLIC portés par le Conseil général, sont animés par les délégations territoriales. Chaque CLIC possède un comité de coordination, qui a initié plusieurs groupes de travail spécifiques sur lesquels travaillent des professionnels du secteur et des usagers.

Au niveau de la coordination territoriale, les CLIC sont en relation avec les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux du territoire, notamment par le biais du comité de coordination et

des groupes de travail. Les délégations territoriales et les CLIC interviennent notamment lors des modifications de prise en charge afin d'adapter les plans d'aide.

Au niveau de l'information, les CLIC éditent une lettre du CLIC, qui relaie les informations des professionnels pour les partenaires. A l'aide des partenaires, les CLIC du CG de la Savoie éditent des « fiches CLIC » sur différents thèmes relatif aux personnes âgées (retour à domicile après hospitalisation, vivre à domicile, l'aide aux aidants, etc.). Les CLIC participent à des salons pour faire connaître la structure, informer les usagers, et organisent des journées portes ouvertes.

Les CLIC sont un guichet d'accueil pour les personnes âgées et leurs familles. Les situations complexes sont orientées vers les référents APA des délégations territoriales du CG et remontent vers les coordinatrices PA-PH. Par la prise en charge des situations individuelles des personnes âgées, les équipes APA travaillent en collaboration avec les partenaires du territoire, notamment les Centres Hospitaliers, les CCAS, les SAD et les SSIAD.

Une organisation complexe

L'intégration des CLIC dans les services des Délégations territoriales a généré une organisation complexe, puisque les CLIC se superposent aux pôles PA-PH mentionnés précédemment. Les CLIC se superposent à la mission PA des pôles PA-PH et le personnel est identique. Il faut bien comprendre, comme le souligne Mme Gucher que :

Lorsque la fonction CLIC a été intégrée par les Conseils généraux, elle est venue s'ajouter aux équipes qui étaient déjà en place. Il n'y a pas eu création d'un service identifié comme tel. C'est la fonction, ce n'est pas le service qui a été intégré. C'est la fonction, qui est venue se rajouter à des services existants.

Or, le terme « CLIC » a été conservé, afin de sauvegarder une visibilité pour la population. Mais les pôles PA-PH n'ont pas été remplacés par le CLIC. Le CLIC, en effet, n'est pas destiné aux personnes handicapées.

Comme le souligne une coordonnatrice PA-PH, la superposition de ces deux « organisations » est complexe :

Quand tu regardes les missions des CLIC et les missions des pôles, c'est quasiment les mêmes. Mais du coup, quand on a intégré les CLIC, on a eu une communication qui n'a jamais été simple. Je te donne pour preuve la plaquette de la DGVS « Bien grandir, bien vivre, bien vieillir ». Donc on parle des politiques personnes âgées - personnes handicapées. Et on parle de l'organisation des services : délégation départementale, délégations territoriales avec les pôles ici. Et tout d'un coup on retrouve, comme si c'était en plus : « sont dotés de : 7 CLIC ». Donc on a l'impression qu'il y a une organisation de pôle et qu'en plus il y a du CLIC. Mais quand tu reprends les CLIC niveau 3, c'est exactement des activités du pôle PA-PH (...). Ce qui fait que moi-même, pendant longtemps, enfin j'ai encore du mal, à trouver de la cohérence. On a deux tampons par exemple. Un tampon (...) pôle PA-PH, un tampon CLIC. Tu mets quand le tampon PA-PH, tu mets quand le tampon CLIC ?

Cette complexité est source d'instabilité de l'organisation territoriale. Certaines coordonnatrices PA-PH se reconnaissent mieux dans les fonctions CLIC que dans la fonction de pôle PA-PH, en insistant sur leur indépendance vis-à-vis de la délégation territoriale. Cette coordonnatrice évoque ce manque de stabilité, qui a une influence certaine sur la mise en place d'un nouveau dispositif, et qui nous permettra de mieux comprendre les enjeux de la mise en place d'une MAIA :

Et du coup cette confusion nous amène à être déstabilisées donc insécurisées, et du coup, à voir le reste de l'organisation, et d'autant quand il y a quelque chose qui va venir se sur-ajouter, comme une angoisse supplémentaire. (...) Car finalement, moi, en termes de communication aujourd'hui j'aurais envie de n'être qu'un tampon CLIC. Sauf que je vais avoir une déléguée territoriale qui va me dire : non mais attends ça ne va pas, ça. Moi j'ai trois pôles : PA-PH, EJP et cohésion sociale. Et aujourd'hui, tu as entendu parler de réorganisation, de la place des délégations territoriales, des délégués territoriaux, de la place des coordo... Je crois que ça vient sur-ajouter de la confusion.

A cette coordination dans le cadre des CLIC intégrés au Conseil général, s'ajoute une coordination pilotée par l'ARS et menée dans le cadre des filières gérontologiques et gériatriques.

2. Coordination dans le cadre de la filière

Mise en place des filières dans la région Rhône-Alpes

Issues d'une réflexion engagée dès 2008, avec la révision du SROS par l'ARS (anciennement ARH) Rhône-Alpes, des filières gérontologiques ont été mises en place dans la région Rhône-Alpes et sont pilotées par l'ARS et les Conseils généraux. L'enjeu est d'éviter les ruptures de parcours du patient, de créer une véritable dynamique d'organisation permettant d'assurer une prise en charge graduée et de qualité des patients âgés⁹⁴. Organisé autour d'un Centre Hospitalier de référence, le territoire des filières a été défini en fonction des flux des personnes âgées de plus de 75 ans. Instance de coordination, les filières doivent permettre aux acteurs et institutions de travailler ensemble, avec un objectif de décloisonnement et la recherche d'une politique coordonnée⁹⁵. Le référent Alzheimer de l'ARS Rhône-Alpes souligne que l'idée des filières est celle d'une gouvernance par les acteurs, où les représentants des usagers ont leur place.

⁹⁴ ARS RHONE-ALPES, « Les filières gérontologiques », mars 2012, *REPERES 1*, p. 1

⁹⁵ ARS RHONE-ALPES, 7 mars 2013, « Les filières gérontologiques en région Rhône-Alpes : Organiser un parcours de la personne âgée en coordonnant l'ensemble des acteurs pour répondre aux attentes de l'utilisateur et de l'aidant », *Note du directeur général*, p. 1-2

Mise en place des filières dans la Région Rhône-Alpes⁹⁶

- **Territoire** : 30 filières de référence identifiées, 12 interdépartementales
- **Gouvernance** :

Comité de pilotage (ou comité technique) : représentation de l'ensemble des acteurs de la filière dont le pilote MAIA, en charge de faire l'état des lieux et de dégager des pistes d'amélioration. Co-animé par un représentant issu du secteur médico-social et un représentant issu du secteur sanitaire.

Comité stratégique départemental : mis en place suite au bilan 2011 de la déclinaison du Plan Alzheimer effectuée par l'ARS et les Conseils généraux. Il réunit : le Délégué Territorial de l'ARS, le Directeur en charge de la direction personne âgée au Conseil général, le ou les représentants des Conseils généraux pour les filières interdépartementales, les représentants des usagers (CISSRA et CODERPA), le représentant des professionnels libéraux (URPS), les représentants des caisses de retraite, les animateurs de la filière du département et les pilotes MAIA. Il a pour objet d'apprécier la montée en charge du dispositif des filières centrées sur le département, d'apprécier les difficultés et d'orienter les travaux.

Les chartes de filière : elles formalisent les engagements des acteurs de la filière après la réalisation d'un état des lieux, d'un diagnostic de territoire. Elles fixent les modalités de collaboration et les actions prioritaires à conduire. Elles sont cosignées par l'ensemble des acteurs.

A la coordination du CLIC portée par les Conseils généraux, s'ajoute donc une coordination portée par l'ARS, sur un versant plus sanitaire. La mise en place récente d'un comité stratégique départemental pourrait être interprétée comme une volonté de l'ARS d'impliquer les Conseils généraux dans le pilotage des filières, et de rapprocher DT ARS et CG. Les ARS ne peuvent en effet se passer de l'acteur CG dans la politique gérontologique.

La coordination dans le cadre des filières dans le département de la Savoie

Le territoire savoyard se compose normalement de deux territoires de filière : la filière de Chambéry et la filière d'Albertville-Tarentaise. La filière de référence s'articule autour du Centre Hospitalier de Chambéry. La coordination dans le cadre de la filière s'oriente sur les quatre thématiques principales qui ont été identifiées dans le plan d'actions 2011-2016 de la filière gériatrique :

- Optimiser la coordination entre les acteurs
- Améliorer la connaissance et la communication entre les acteurs
- Organiser la prise en charge des situations difficiles
- Structurer la gestion des flux d'entrée et de sortie d'hospitalisation

L'action de la filière s'articule dans cinq filières de proximité : Aix-les-Bains, Chambéry-Couronne, Tarentaise et Haute-Tarentaise, Maurienne, Belley. Les filières de proximité sont co-animées par les délégations territoriales du CG et le Centre Hospitalier concerné. Chaque filière de proximité a défini ses axes de travail, en fonction des problématiques du territoire, tout en répondant au plan d'actions 2011-2016 de la filière.

⁹⁶ ARS RHONE-ALPES, 7 mars 2013, op. cit. p. 2-3 et ARS RHONE-ALPES, juillet 2012, *Schéma régional d'organisation médico-sociale*, Projet régional de santé Rhône-Alpes 2012-2017, p. 105

Exemples d'actions de certaines filières de proximité⁹⁷ :

- Filière d'Aix-les-Bains : prise en charge des situations individuelles (grande dépendance), amélioration de la formalisation des partenariats et amélioration de la coopération avec le CH de Chambéry
- Filière de Belley : fiche de liaison pour faciliter le retour à domicile et amélioration de la connaissance des partenaires.
- Filière de Chambéry : amélioration de la coordination avec les professionnels libéraux et l'HAD
- Filière de Maurienne : travail sur les cas difficiles, travail sur la communication, travail sur le risque infectieux et la gestion des listes d'attente

Témoignant de la superposition des instances de coordination, les comités des filières de proximité coexistent avec les comités de coordination du CLIC, qui réunissent les mêmes acteurs de terrain.

Le CG n'est donc pas seul à piloter la politique gérontologique. Celle-ci s'inscrivant à la fois sur le volet sanitaire et le volet social et médico-social, l'investissement de l'ARS dans cette politique semble logique et pertinente. Les ARS seront de plus au premier plan dans la mise en place des MAIA sur le territoire. La mise en place des filières, puis le rôle de premier plan accordé aux ARS dans la mise en place des MAIA sur le territoire, ont aussi contribué à légitimer ce nouvel acteur, qui, à la différence des ARH, s'est vu confier l'administration du médico-social. Et, comme nous le verrons, les MAIA contribuent à la transversalité ARS-CG.

⁹⁷ ARS RHONE-ALPES, CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, décembre 2012, *Relevé de conclusions de la réunion du 12 décembre 2012 : Filières gérontologiques du territoire Savoie-Belley*

Chapitre 3: Les MAIA, un nouveau dispositif d'intégration territoriale et de gestion de cas

Nouveau dispositif clé de la coordination gérontologique, les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer, bientôt renommées « Missions pour l'Autonomie et l'Intégration des services d'aide et de soins aux personnes Âgées », sont issues des expérimentations québécoises d'intégration des services. Introduites à titre expérimental dans le plan Alzheimer 2008-2012, elles sont entrées dans le droit commun avec un objectif de généralisation sur le territoire national. Ce nouveau dispositif au service de la coordination a contribué à renforcer les ARS et les CG dans leur mission de coordination. Censées faciliter le parcours de la personne âgée et simplifier le mille-feuille administratif français, les MAIA présentent un fonctionnement qui peut apparaître complexe.

Nous étudierons dans ce chapitre les détails de ce dispositif d'intégration et de gestion de cas complexe. Nous nous intéresserons aux outils du dispositif, puis nous nous intéresserons à la déclinaison du dispositif dans la région Rhône-Alpes, en nous appuyant sur les exemples de trois MAIA dans la région.

I. Les MAIA de l'expérimentation à la généralisation

Issues d'une phase d'expérimentation, les MAIA ont fortement évolué depuis les expérimentations dans le cadre du plan Alzheimer.

1. MAIA et expérimentation

Expérimentation et entrée des MAIA dans le cadre réglementaire

Initialement présentées comme des « Maisons », les expérimentations MAIA ne se sont pas orientées vers la mise en place d'un nouvel accueil physique, mais se sont tournées vers une méthode de coordination et la gestion de cas dits « complexes ».

En septembre 2008 a été lancée la première phase d'expérimentation, avec validation de 15 sites en novembre 2010. Le dispositif MAIA n'est pas une nouvelle structure : les MAIA ne se substituent pas à l'existant mais s'appuient sur les ressources du territoire. Elles sont portées par une institution présente sur le territoire et investie dans la coordination gérontologique. Les porteurs des premiers dispositifs MAIA étaient variés : associations, Conseils généraux, réseaux de santé, CLIC, réseaux gérontologiques, MDPH, etc.

Progressivement, les MAIA se sont harmonisées pour être portées essentiellement par des CLIC et des Conseils généraux, du moins dans la région Rhône-Alpes.

En septembre 2010 et février 2011, le Président de la République décide de généraliser les MAIA pour les malades d'Alzheimer mais également pour la dépendance. Il est alors prévu la mise en place de 40 nouvelles MAIA en 2011, de 100 nouvelles MAIA en 2012, avec un objectif de maillage du territoire national d'ici à 2014⁹⁸. En 2011, les MAIA entrent dans la loi de finance de la sécurité sociale. Le cahier des charges MAIA est approuvé par décret et vient donner les bases légales et réglementaires pour lancer la généralisation du dispositif⁹⁹.

Base légale du dispositif MAIA

Code de l'action sociale et des familles

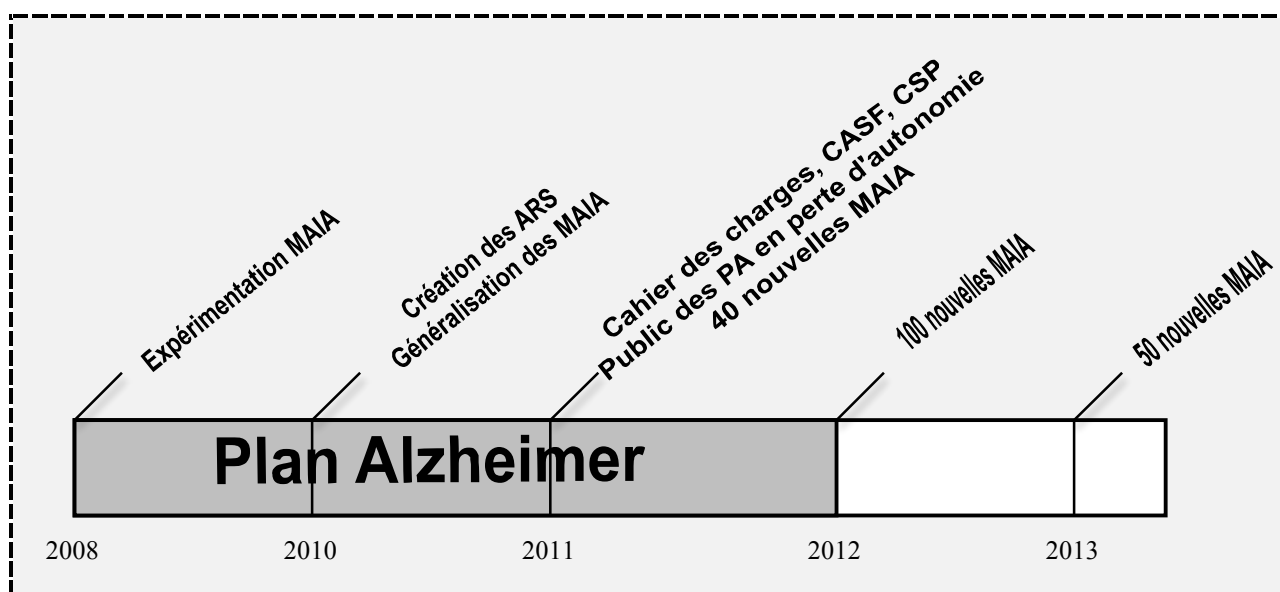
- Article L.113-3 : « Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie coordonnent leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »
- Article L.14-10-5 : relatif au financement par la CNSA des MAIA : la répartition de l'enveloppe de la CNSA est arrêtée chaque année par le Directeur de la CNSA

Code de la santé publique :

- Article L.1431-2 : « [Les ARS] attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 (...) et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement (...) »

La MAIA n'est donc pas une nouvelle structure. La MAIA s'est confirmée comme « label » qualité d'une méthode d'intégration et de gestion de cas sur un territoire.

Depuis le début de l'expérimentation, les MAIA ont évolué.



⁹⁸ <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html>

⁹⁹ DUPONT Olivier, 2012, « De l'expérimentation des MAIA à leur déploiement », *Gérontologie et société*, HS n°1, p. 179-184

L'expérimentation sociale, un nouveau mode de mise en place des politiques publiques

Le processus de mise en place des MAIA nous invite à nous interroger sur l'expérimentation, comme mode de mise en place des politiques sociales. La méthode d'expérimentation est entrée depuis quelques années en France, comme instrument d'amélioration de la performance des politiques sociales. Elle a notamment été utilisée dans la mise en place du Revenu de Solidarité Active. Elle a été développée par des chercheurs anglo-saxons qui ont élaboré une méthode reposant sur l'affectation aléatoire des individus au groupe expérimental et au groupe témoin, l'existence d'un dispositif de politique publique, d'un dispositif de suivi et d'une évaluation¹⁰⁰. L'idée, dans le cas des MAIA, est bien de tester une innovation de politique sociale. L'expérimentation a lieu d'abord à petite échelle (17 dispositifs retenus en 2008 par la CNSA) et l'expérimentation doit être suivie d'une évaluation, avant d'entrer dans une optique de généralisation. Cette méthode expérimentale semble appropriée dans un contexte de contraintes budgétaires, où l'efficacité des politiques publiques est recherchée. Mais elle se heurte cependant aux difficultés d'interprétation des résultats. De plus, considérer la généralisation des MAIA comme la simple conséquence de l'évaluation positive de l'expérimentation serait erroné. La configuration des acteurs, notamment la mise en place des ARS en 2010, a probablement joué un rôle clé dans la généralisation du dispositif. La phase expérimentale des MAIA a plutôt permis de dégager les facteurs de réussite du dispositif (territoire pertinent, porteur) grâce à la diversité des projets expérimentés.

2. Les deux volets du dispositif MAIA : intégration et gestion de cas complexes

La MAIA, initialement pensée sur le modèle du « *kiosk Alzheimer* » développé par l'Association France Alzheimer, présente actuellement deux volets : un volet « *intégration* » et un volet « *gestion de cas complexes* ». Ces deux volets sont interdépendants car l'intégration, telle que prévue par le cahier des charges MAIA doit permettre la gestion de cas complexes. Dans les dispositifs MAIA étudiés, c'est plutôt la gestion de cas complexes qui permet l'intégration.

L'intégration dans le dispositif MAIA

L'intégration dans le dispositif MAIA vise à mettre en œuvre un « guichet intégré ». Il s'agit « *d'un mode d'organisation partagé entre tous les partenaires chargés de l'information, de*

¹⁰⁰ FOUREL Christophe, février 2013, « L'expérimentation sociale », in FOUREL Christophe, MALOCHET Guillaume (dir.), *Les politiques de cohésion sociale. Acteurs et instruments*, Rapports et Documents Questions Sociales, Centre d'analyse stratégique, Direction Générale de la Cohésion Sociale, p. 59

l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire »¹⁰¹. Le guichet est un processus commun aux différentes structures pour l'analyse, l'orientation, et le suivi des situations prises en compte. Quelque soit le partenaire à qui il s'adresse, l'utilisateur doit recevoir la même réponse.

L'intégration est mise en œuvre par un pilote MAIA. Le pilote MAIA, bien qu'employé par le porteur du dispositif, doit être à la disposition de tous les partenaires.

La gestion de cas

L'association des deux volets du dispositif MAIA –intégration et gestion de cas complexe– n'est pas évidente. Les gestionnaires de cas interviennent au domicile des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et en situations complexes. Ils assurent la continuité des interventions au domicile des personnes, organisent la concertation des professionnels autour de la personne, évaluent les situations, mettent en place un plan de service individualisé, suivent la personne au quotidien et l'aident dans les démarches administratives. Le gestionnaire de cas suit un maximum de 40 personnes en file active. Les gestionnaires de cas interviennent pour les situations complexes qui lui sont transmises par les partenaires.

Le dispositif MAIA, est destiné à la fois à la coordination des professionnels, et dans le même temps, le dispositif MAIA vise à fournir une prestation aux usagers. Selon Mme Gucher, cette coexistence des deux volets n'est pas judicieuse :

On pourrait identifier ce qui est de service destiné à la population et ce qui est de service destiné au fonctionnement interne. Enfin, (...) au fonctionnement adapté des professionnels. (...) A mon avis ce ne sont pas les mêmes services et ça ne doit pas être les mêmes services. Que les professionnels aient besoin de centres ressources, ou de lieux de synthèse et de coordination entre eux, et notamment que ces lieux de synthèse, de coordination et de ressources intègrent la perspective d'un parcours ville-hôpital, ça, ça me paraît une nécessité absolue. Mais que ça, ça soit également un service à la population, non, c'est une hérésie (...) je pense que ce n'est pas possible de tenir les deux, parce que ce n'est pas les mêmes compétences qui sont requises de la part des professionnels, c'est pas la même mise en forme, c'est pas la même valorisation, c'est pas la même méthode de travail et c'est pas la même communication non plus.

Il faut bien souligner que la coexistence de ces deux volets n'était pas souhaitée au départ par l'association France Alzheimer. Selon l'ancienne présidente nationale, la mise en place des gestionnaires de cas est due à l'intervention de ce que l'on pourrait appeler un « *entrepreneur politique* » :

Alors au début, il n'était pas question de cas complexes. Et ça, vous savez, dans la vie, il y a des personnes présentes (...). J'identifie fortement le médecin qui a introduit les « case manager », il m'en avait déjà parlé plusieurs fois avant le plan (...). C'est lui, là, qui a (pause), pas imposé, parce que ça a été accepté, mais qui a introduit cette notion. Au départ, ça ne nous paraissait pas, (accent) nous, la première priorité, alors qu'en fait

¹⁰¹ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA » Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer, septembre 2011

dans la pratique aujourd'hui, la MAIA dans son fonctionnement, est presque réduite à cette fonction de cas... Et ça on le regrette.

Et pourtant, malgré ces affirmations, il s'avère que la gestion de cas est ce qui fonctionne le mieux dans les dispositifs MAIA rencontrés¹⁰². La coordination des intervenants autour de la personne orchestrée par les gestionnaires de cas permet une meilleure connaissance réciproque des intervenants, et semble améliorer la coordination institutionnelle.

3. MAIA et public cible : des patients atteints de la maladie d'Alzheimer aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle

Une des principales évolutions de la MAIA est l'élargissement de son public cible. Initialement pensée comme un dispositif spécifiquement dédié aux malades d'Alzheimer dans le cadre du plan, le cahier des charges MAIA de 2011 élargit le public cible du dispositif : « *Les dispositifs MAIA visent à créer un partenariat co-responsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, pour les personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative et plus généralement pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins* »¹⁰³. Comment expliquer cette évolution ?

La remise en cause de la spécificité Alzheimer du dispositif : le passage d'une politique ciblée à une politique généraliste ?

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet élargissement du public cible de la MAIA. Mme Gucher, dans un entretien, insiste sur le rôle des acteurs gérontologiques dans l'élargissement du public cible :

la politique spécifique des MAIA a été quand même largement critiquée, y compris par des acteurs gérontologiques qui ont un peu de poids. La spécificité d'Alzheimer ne se justifie pas tant que ça.

Selon certains observateurs des politiques publiques, les activités de lobbying d'autres associations d'aidants ont probablement joué un rôle. Les associations liées à la maladie de Parkinson ont notamment fortement critiqué qu'autant de moyens soient consacrés spécifiquement à la maladie d'Alzheimer.

Vu de l'association France Alzheimer, l'élargissement du public cible de la MAIA est critiqué : la spécificité de la maladie d'Alzheimer est mentionnée, et la peur de ne pas voir la MAIA orienter correctement les malades et les familles vers l'association est évoquée. Cependant, la présidente de France Alzheimer Savoie reste relativement partagée sur cet élargissement du public :

¹⁰² MAIA de la filière d'Annecy et MAIA iséroises

¹⁰³ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », septembre 2011, op. cit. p. 1

Et comment vous vous positionnez, vous, par rapport à justement cet élargissement du public des MAIA ?
(hésitation)

Est-ce que c'est quelque chose que vous jugez pas souhaitable dans l'évolution du dispositif, ou est-ce que pour finir, ça n'aura pas beaucoup d'incidence ?
C'est un peu compliqué... C'est vrai que l'accompagnement d'un malade Alzheimer est vraiment (accent) très différent d'un malade âgé autre (...).

(...) Au fond, si on dit qu'on coordonne juste pour les malades d'Alzheimer, alors que pour finir, dans les institutions qui seront présentes, ce sera des institutions qui seraient utiles pour l'ensemble peut-être des personnes âgées en perte d'autonomie (...). Et c'est pour ça que je trouve que cette évolution de la MAIA, elle n'est pas complètement...

Non, non. Vous voyez, c'est pour ça que... je suis quand même assez modérée par rapport à ça. (...) La MAIA qui redevient générale... Mais après cela pose la compétence. (...) Et il faut questionner, il faut orienter et amener pour, voilà, pour se confier et pour exprimer. (...) Donc les MAIA qui fonctionnent bien, qui fonctionneraient bien, si les personnes de MAIA orientent, voilà, dans le sens... je ne suis pas contre...

Pour ce qui est du volet « intégration », il semble effectivement que la mise en place d'un dispositif de coordination uniquement destiné aux malades d'Alzheimer ne se justifie que difficilement : les acteurs de la coordination ne se limitent pas à leur action Alzheimer et les bénéfices d'une bonne coordination sur le territoire profitent à l'ensemble des personnes âgées. Cependant, cet élargissement du public pose la question de l'articulation de la MAIA avec les autres dispositifs de coordination et soulève le risque du chevauchement de compétences entre les dispositifs. Les différences entre attributions des MAIA et attributions des CLIC s'amenuisent.

Avec cet élargissement du public cible, passe-t-on véritablement d'une politique ciblée à une politique généraliste ? Il faut souligner que le dispositif MAIA, tel que décrit dans le cahier des charges, est destiné « à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle ». Il s'agit donc d'un dispositif ciblé sur la dépendance, et qui n'est théoriquement pas destiné à l'ensemble des personnes âgées. De plus, le ciblage du dispositif sur les situations complexes ne permet pas de conclure, véritablement, à une politique généraliste.

La gestion de cas et les cas dits « complexes »

La gestion de cas MAIA était initialement destinée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en situation complexe. L'association France Alzheimer Savoie critique cette orientation des MAIA vers les cas complexes. La notion de « cas complexe » fait débat, comme le souligne la présidente de l'antenne savoyarde de l'association.

Parce que qu'est-ce qu'un cas complexe ? Pour nous, tous les cas sont complexes. Ça veut dire qu'aujourd'hui, nous, cette MAIA devait pouvoir centraliser (accent) tous les malades, (accent) toutes les familles. Aujourd'hui, on s'occupe d'une poignée de malades dits complexes. Mais il y a beaucoup plus de cas complexes !

Il est vrai que les critères permettant d'identifier un « cas complexe » ne sont pas clairement définis dans le cahier des charges MAIA. Les différentes MAIA orientent donc des personnes vers la gestion de cas selon des critères définis sur les territoires. Il est intéressant de constater, que l'élargissement du public de la MAIA est aussi lié à la pratique de la gestion de cas. Les expérimentations ont montré que les situations complexes ne sont pas l'apanage de la maladie d'Alzheimer, même si les troubles cognitifs sont fréquents pour les personnes suivies en gestion de cas. Les situations sont rendues complexes par la multiplicité des problématiques et les alertes portent majoritairement sur des aspects de santé physique et psychologique, mais aussi socio-économiques et liés à l'environnement de la personne. La complexité associe donc problème de santé et/ou d'ordre psychologique, alerte sur la nutrition, et environnement inadapté¹⁰⁴. Les expérimentations ont donc montré que la complexité « ne doit pas tant que ça à la pathologie en elle-même »¹⁰⁵.

Cette évolution nous renseigne sur la nature même de la politique du dispositif MAIA. Dans un premier temps, issu d'un plan spécifique sur la maladie d'Alzheimer, le dispositif MAIA s'apparentait plus à une politique sanitaire qu'à une politique vieillesse. Avec l'élargissement du public cible, la MAIA peut s'apparenter à une politique vieillesse spécifique.

II. La MAIA, des outils spécifiques

Pour mener à bien le projet d'intégration, le dispositif MAIA propose des outils spécifiques.

Les 6 axes de la méthode d'intégration MAIA

- La concertation
- Le guichet intégré
- La gestion de cas
- L'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne à l'aide d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé
- Le plan de services individualisé
- Un système d'information partagé

Nous détaillerons rapidement les outils de gouvernance des MAIA et les outils de coordination des partenaires de la MAIA.

1. La concertation, un nouveau mode de gouvernance

La concertation vise à mettre en place des espaces collaboratifs. Le pilote MAIA est chargé de constituer et d'animer les tables de concertation. La concertation dans le modèle MAIA s'inscrit à trois niveaux : stratégique, tactique et clinique.

¹⁰⁴ DUPONT Olivier, 2012, op. cit. p. 182

¹⁰⁵ entretien Mme Gucher

Une table stratégique réunit les décideurs et les financeurs de la MAIA ; la table tactique réunit les partenaires de terrain œuvrant dans la politique vieillesse. Au niveau stratégique, l'analyse des informations doit permettre d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire. Au niveau tactique, les partenaires visent à harmoniser les pratiques et limiter les redondances dans les évaluations des personnes et à interpeller la table stratégique. Le dispositif MAIA permet donc une organisation des acteurs de terrain et des financeurs, afin d'ajuster l'offre aux besoins de la population.

Composition des tables de concertation MAIA

- **Table stratégique** : Directeur général de l'ARS ou son représentant, représentants des Conseils généraux concernés, représentants des caisses de retraite, des professionnels de santé libéraux, des associations d'usagers, et toute autre représentation utile
- **Table tactique** : 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 maladies apparentées et les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle

2. Des outils de coordination des partenaires MAIA

La méthode MAIA propose des outils au service de l'intégration des partenaires.

Des outils au service de l'intégration

Deux outils sont au service du gestionnaire de cas :

- l'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas, qui doit permettre une approche globale des besoins de la personne suivie
- le plan de services individualisé, qui vise à articuler les différentes interventions et les différents plans existants en mettant en avant les préférences de la personne

Outre ces deux outils, le dispositif MAIA doit s'appuyer sur un système d'information partagé, permettant la circulation optimale de l'information entre les professionnels concernés¹⁰⁶.

Une difficile mise en œuvre des outils

Cependant, les outils décrits ci-dessus et présentés dans le cahier des charges MAIA peinent à être mis en œuvre. Des réflexions au niveau national sont en cours pour choisir un outil standardisé d'évaluation des besoins de la personne suivie. La mise en œuvre d'un système d'information partagé entre les professionnels MAIA se heurte au secret médical. Le Conseil de l'Ordre des Médecins, qui a été sollicité sur la question, souligne qu'il « *n'existe pas de dérogation légale permettant un secret médical partagé au sein des MAIA* ». Il préconise donc un outil législatif adapté « *afin de partager les informations entre les professionnels de*

¹⁰⁶ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », septembre 2011, op. cit. p. 15-16

santé et professionnels du secteur social », et afin que les professionnels n'aient accès qu'aux données pertinentes et utiles à leur mission¹⁰⁷. Dans l'attente de cet outil législatif, les partenaires MAIA ne sont pas autorisés au partage d'information. La pratique des MAIA mises en place se fait dans un cadre incertain.

III. Les acteurs clé des MAIA : ARS et CG

Le dispositif MAIA s'articule autour de deux acteurs principaux de la politique sanitaire et sociale : les ARS et les CG. Le pilotage MAIA est essentiellement régional et interdépartemental. Le pilotage national se limite en effet à une équipe projet nationale basée au sein de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui constitue un appui technique et méthodologique auprès des ARS et qui est chargée de la formation des pilotes MAIA.

1. Rôle de l'ARS dans le dispositif MAIA : un pilotage régional du dispositif

La MAIA a permis aux ARS naissantes de se forger un rôle dans la politique gériatrique. Dans le dispositif MAIA, les ARS ont été désignées comme relais de la CNSA. Le rôle des ARS se décline en 7 étapes¹⁰⁸ :

- lancement des appels à candidatures
- instruction des dossiers de candidature
- constitution et réunion de la commission régionale consultative pour la sélection des projets MAIA
- décision des projets retenus et financés et formalisation par une convention ARS/porteur du projet
- financement des projets sur la délégation de crédits aux ARS

Financement des MAIA

L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) sanitaire prévoit un montant par an pour le financement de dispositifs MAIA. Le financement prévu est intégré au Fond d'Intervention Régional pour les ARS (FIR).

La délégation de crédits aux ARS est de 100 000€ pour le financement du pilotage et du fonctionnement ; 60 000€ euros par gestionnaire de cas.

Le plafond attribué par l'ARS par dispositif MAIA est de 280 000€ si le projet prévoit 3 gestionnaires de cas ; 220 000€ si le projet prévoit 2 gestionnaires de cas en année pleine.

¹⁰⁷ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2012, « MAIA – le CNOM demande une loi : limites du partage des informations à caractère secret », *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, n°25

¹⁰⁸ Circulaire interministérielle n° DGCS/DGOS/CNSA2013/10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), validée par la CNP le 18 janvier 2013, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, CNSA

Les crédits sont attribués au regard du budget prévisionnel transmis par le porteur.

- investissement dans l'intégration, et notamment la table stratégique
- validation des travaux engagés dans le dispositif MAIA et délivrance du label qualité MAIA

Label MAIA

- Première période d'évaluation par l'ARS : 18 mois, **validation ou non de la poursuite du processus d'intégration**
- Deuxième période d'évaluation par l'ARS : de 18 à 36 mois, **obtention du label qualité en mode certification**, le label est délivré à l'ensemble des partenaires du dispositif.

Le rôle des ARS dans la mise en place du dispositif MAIA est donc essentiel, et les MAIA font partie des grandes missions médico-sociales de l'ARS.

2. Rôle des Conseils généraux dans le dispositif MAIA

Si les ARS sont chargées de la mise en œuvre de la politique des MAIA sur le territoire régional, les Conseils généraux ont un rôle à jouer dans la mise en place des projets sur les territoires. Les Conseils généraux participent à la table stratégique MAIA.

De plus, les Conseils généraux peuvent s'inscrire dans le portage du dispositif MAIA. Dans la phase du lancement des appels à candidatures, les ARS doivent veiller « à informer de façon spécifique les Conseils généraux qui sont des acteurs incontournables dans la mise en place des dispositifs MAIA et dont l'implication est un facteur de réussite de l'intégration ». Le cahier des charges MAIA stipule que le porteur du projet MAIA doit poursuivre un but non lucratif, et doit être un « acteur de la coordination, légitime pour construire un partenariat intégré sur le territoire »¹⁰⁹ (CLIC, réseau de santé gérontologique, CIAS, EHPAD, groupements GCMS et GCS, services du Conseil général, etc.). Les CG représentent environ 30% des porteurs MAIA (2009-2012), les CLIC 18%, les gestionnaires de services à domicile 13%, les réseaux de santé 9%, les établissements de santé 9%, les CG ou CLIC + réseau PA 5%, les associations d'usagers 3%, les GCS 3%, les GCSMS 2%, les EHPAD 1% et les CIAS 1%¹¹⁰.

Les Conseils généraux participent en outre aux commissions consultatives régionales, chargées de débattre sur les projets MAIA présentés suite à l'appel à projet de l'ARS. Ils sont donc fortement favorisés comme porteurs du dispositif MAIA.

Nous verrons ensuite plus précisément comment l'ARS Rhône-Alpes a orienté le dispositif MAIA et nous insisterons sur le rôle attribué aux CG de la région.

¹⁰⁹ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », septembre 2011, op. cit. p. 7

¹¹⁰ EQUIPE PROJET NATIONALE MAIA, 3 avril 2013, « MAIA – réunion des référents Alzheimer ARS », *Présentation support de la réunion*, CNSA

IV. Mise en place des MAIA sur le territoire, les spécificités de la région Rhône-Alpes

La MAIA se décline selon les territoires et les ARS contribuent à orienter les dispositifs MAIA en fonction de leur politique médico-sociale. L'ARS Rhône-Alpes poursuit une politique particulière, que ce soit sur le porteur du dispositif et sur le territoire de mise en place. Nous nous intéresserons ensuite à trois MAIA mises en place en Rhône-Alpes, qui témoignent de la diversité des dispositifs sur le territoire.

1. MAIA et politique médico-sociale de l'ARS Rhône-Alpes

Un rôle primordial dédié aux Conseils généraux

La politique de l'ARS Rhône-Alpes peut se concevoir comme une politique de soutien aux Conseils généraux dans le portage du dispositif. Le soutien du Conseil général au porteur du dispositif occupe une place importante dans grille d'évaluation des projets rendus pour l'appel à candidature de l'ARS Rhône-Alpes¹¹¹. Lors des précédents choix de projets, les projets MAIA portés par les CG (ou, plus généralement, soutenus par les CG, sachant que tous les projets soutenus étaient en fait portés par le CG) ont eu priorité sur les projets concurrents portés par des acteurs autres que des CG (Centres Hospitaliers, etc.).

Actuellement, sur les 18 MAIA financées de la région (y compris les projets retenus pour l'appel à projet de 2013), 16 sont portées par des Conseils généraux. Les deux projets portés par des autres acteurs ont été choisis en 2009 pour la MAIA portée par l'Association d'Action Gériatrique du Bassin Burgien (c'est-à-dire lors de l'expérimentation MAIA, et avant la création des ARS) et en 2010 pour la MAIA portée par le Réseau de santé gériatrique VISage (Vienne Santé Gériatrie). Depuis, tous les projets retenus sont portés par des CG. Cette politique de soutien des CG peut se comprendre : les CG sont en effet des acteurs de premier plan de la politique gériatrique, avec les équipes médico-sociales de l'APA et notamment lorsqu'ils portent les CLIC (dans tous les départements de la région, à l'exception du département de l'Ain). Il s'agit toutefois d'un parti-pris et il a pu arriver que dans d'autres régions, les ARS ne favorisent pas systématiquement les CG sur les projets concurrents. La politique de soutien des CG semble toutefois assez répandue.

Un territoire de référence : le territoires des interfilières gériatriques

L'ARS Rhône-Alpes a fait le choix d'aligner le territoire des MAIA sur le territoire des interfilières gériatriques et gériatriques. Ces nouveaux territoires, sur lesquels les filières

¹¹¹ Les ARS sont libres de fixer et de pondérer comme elles le souhaitent les critères de sélection des projets MAIA

ont été créées, sont centrées sur un hôpital de référence et ont été déterminées en fonction des flux sanitaires des personnes âgées. Ces territoires ne correspondent pas forcément aux territoires départementaux : 12 filières sont interdépartementales.

L'ARS a fait le choix de s'affranchir des découpages administratifs actuels, ce qui se légitime par les impératifs liés à une approche fonctionnelle. Selon Michel Vermorel, référent Alzheimer de l'ARS Rhône-Alpes et Eric Rumeau, Directeur de la Santé et de l'Autonomie du Conseil général de l'Isère, les découpages sanitaires et découpages départementaux ne sont pas fondés sur les mêmes objectifs¹¹². Selon le référent Alzheimer de la région, la logique territoriale des départements n'a pas de sens si l'on raisonne sur une logique de parcours de soins.

Depuis la loi HPST, l'ARS est missionnée pour définir des Territoires de Santé pertinents en termes de prise en charge et d'accompagnement médico-social. L'approche par filière fonctionnelle regroupant l'ensemble des dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires est privilégiée. Les territoires sanitaires et territoires gérontologiques doivent être liés pour éviter les ruptures de prise en charge. Le choix des territoires des interfilières comme territoires des MAIA a aussi pour objectif d'éviter la superposition des instances de coordination : les mêmes acteurs interviennent dans les MAIA et les filières. La coordination dans le cadre des filières gérontologiques doit s'articuler de façon automatique à l'intégration MAIA : le dispositif MAIA est alors perçu comme un animateur et un renfort de la filière. Selon le référent Alzheimer de la région Rhône-Alpes, la MAIA est l'outil qui manquait aux filières. Le pilote MAIA apporte une compétence et un diagnostic territorial précis, qui va au-delà de celui élaboré dans le cadre des filières. La MAIA permet des moyens supplémentaires pour mettre en œuvre la coordination gérontologique.

Le territoire choisi par l'ARS Rhône-Alpes s'impose aux porteurs MAIA : l'avis d'appel à candidature MAIA 2013 de l'ARS Rhône-Alpes indiquait que « *les projets présentés devront répondre aux conditions suivantes : respecter le cahier des charges national ; s'inscrire dans le territoire de l'inter-filière gérontologique tel que défini par le Schéma régional publié en août 2009 et repris par le Plan Régional de Santé publié en novembre 2012* »¹¹³.

Le cahier des charges MAIA souligne que les dispositifs MAIA doivent se développer sur « *un territoire défini et compatible avec le Projet Régional de Santé et ses composantes* ». Les MAIA doivent respecter les contours des territoires de santé définis par l'ARS¹¹⁴. Il indique

¹¹² VERMOREL Michel, RUMEAU Eric, 2010, « Les inter-filières sanitaires et médico-sociales gérontologiques : une approche fonctionnelle de la notion de territoire », *Gérontologie et société*, n°132, p. 215

¹¹³ ARS RHONE-ALPES, 14 février 2013, *Avis d'appel à candidature MAIA*

¹¹⁴ Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA », septembre 2011, op. cit. p. 6

toutefois que la taille du territoire MAIA est un « *territoire de proximité de taille infra-départementale* », ce qui n'est pas le cas des interfilières.

Le territoire choisi par l'ARS Rhône-Alpes favorise des porteurs MAIA qui s'inscrivent sur un territoire relativement large, comme les Conseils généraux, ou éventuellement les Centres Hospitaliers. En revanche, le territoire choisi ne permet pas aux intercommunalités, aux CCAS ou encore à un CLIC isolé de candidater en tant que porteur MAIA.

La double logique de l'ARS Rhône-Alpes qui privilégie les Conseils généraux comme porteurs des dispositifs MAIA sur des territoires non départementaux a des conséquences importantes sur la mise en place des MAIA, comme nous le verrons par la suite dans la mise en place du projet de MAIA en Savoie.

2. Focus sur trois MAIA de la région : expériences et retours

Il s'agissait lors de la préparation du projet MAIA de la Savoie de faire un état des lieux des MAIA d'autres départements Rhône alpins. Cela nous permettait de faire un réel relevé d'expériences et d'observer l'organisation en interne des dispositifs. J'ai ainsi pu rencontrer les pilotes de la MAIA de l'Isère (actuellement en recomposition), de la Drôme –filière de Montélimar– (en cours d'installation) et de la Haute-Savoie –filière d'Annecy–.

Ces trois dispositifs sont portés par des Conseils généraux et sont positionnés, conformément aux attentes de l'ARS Rhône-Alpes, sur un territoire de filière gérontologique. Malgré les similitudes qui relient ces dispositifs, il apparaît que les dispositifs MAIA observés comportent des divergences importantes.

Public cible et gestion de cas

Les dispositifs se différencient notamment sur le public cible, et notamment sur le public de la gestion de cas. Ces différences sont dues notamment aux évolutions du cahier des charges entre les premiers dispositifs (expérimentation en Isère) et les suivants.

	Isère	Drôme	Haute-Savoie
Public cible	Public de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (sans notion d'âge : y compris les jeunes malades).	En accord avec le cahier des charges MAIA : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sans notion d'âge, et personnes en perte d'autonomie fonctionnelle de 60 ans et plus.	Conforme au cahier des charges MAIA
Cas complexes	Public diagnostiqué ou public avec démence qui est accompagné vers le diagnostic. En attente de positionnement : (ouverture aux PA atteintes de	Cas complexes dans le public cible. Travail sur la définition.	Personnes de 75 ans et plus (60 ans et plus au cas par cas) en situations complexes (critères définis par un dispositif de gestion de cas antérieur), et

	maladies psychiatriques ?) Réseaux de santé qui prennent déjà en charge les PA atteintes de maladies chroniques.		personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de tout âge.
--	---	--	--

Chaque dispositif MAIA a mis en place des fiches d'orientation à destination des professionnels pour l'entrée en gestion de cas. Pour chaque dispositif, une équipe de professionnels de la MAIA se réunit pour juger de l'entrée ou non de la personne en gestion de cas MAIA. Il est intéressant de constater qu'en Isère, les réunions de concertation d'entrée en gestion de cas ne sont plus automatiques : les partenaires connaissent mieux les objectifs de la gestion de cas MAIA et ne font appel aux gestionnaires de cas que de façon justifiée. L'Isère et la Haute-Savoie insistent sur l'intérêt de la pluridisciplinarité des équipes de gestionnaires de cas.

Méthodologie

Il est intéressant de constater que la méthodologie adoptée en Isère et en Haute-Savoie diffère de celle normalement promue par le dispositif MAIA. Le cahier des charges MAIA insiste sur le fait que la première étape du dispositif est la mise en place du guichet intégré. La gestion de cas ne doit être débutée qu'après ce travail d'intégration. Pourtant, les MAIA de l'Isère et de la Haute-Savoie se sont tout d'abord orientées vers la gestion de cas, qui leur a ensuite servi de base pour le travail d'intégration. Dans la pratique, il semble donc que les dispositifs s'orientent tout d'abord vers la gestion de cas, volet dont la mise en place s'avère plus aisée sur le territoire. Cette orientation des MAIA est critiquée par l'association France Alzheimer Savoie, qui déplore que la MAIA soit aujourd'hui « *presque réduite à cette fonction de cas* ».

Apports du dispositif

Malgré des réticences en interne dans la mise en place du projet, il apparaît que les différentes MAIA ont trouvé leur place dans la coordination gérontologique. Le CG de l'Isère a été confronté à des difficultés liées à l'expérimentation, notamment à l'incertitude sur les orientations que devait prendre la MAIA. Souvent, les partenaires craignaient que la MAIA ne « monopolise » les cas complexes ; la pratique de la gestion de cas MAIA a cependant été bien acceptée et jugée bénéfique. Les deux dispositifs qui ont le plus de recul, la MAIA de la Haute-Savoie et la MAIA de l'Isère concluent sur un impact positif du dispositif MAIA qui a permis de renforcer la coordination et une meilleure connaissance mutuelle des partenaires. Les pilotes soulignent toutefois les difficultés liées à la mise en place d'outils d'évaluation communs, le manque de système informatique de partage d'information performant, et le flou sur les autorisations de partage d'information.

Concernant les facteurs de réussite du dispositif, les pilotes insistent sur la légitimité du CG pour le portage d'une MAIA. La légitimité du pilote semble aussi primordiale. Enfin, l'existence d'un bon partenariat avant la mise en place de la MAIA (dispositif de gestion de cas CG/Centre Hospitalier déjà en place sur la filière d'Annecy) facilite la mise en œuvre du dispositif.

Particularités territoriales et difficultés de transposition

En observant ces différents dispositifs, il apparaît que les MAIA possèdent des spécificités territoriales. Si les trois MAIA s'appuient sur les mêmes partenaires principaux (hôpitaux notamment), et qu'elles tentent d'articuler leurs actions avec les instances de la filière, leur fonctionnement peut différer sur certains points. La MAIA de l'Isère, qui est issue de la phase d'expérimentation, reste centrée sur la maladie d'Alzheimer. La MAIA de la Haute-Savoie s'est construite autour d'un dispositif de gestion de cas complexes, initié en partenariat avec le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy antérieurement à la MAIA. Le dispositif se modifie progressivement pour répondre au cahier des charges MAIA.

En interne, l'organisation des dispositifs varie aussi. Chaque Conseil général possède des délégations territoriales, et le territoire MAIA se positionne souvent sur plusieurs délégations territoriales du CG. Suivant les dispositifs, les pilotes peuvent être positionnés soit au sein des délégations territoriales ou au sein des délégations départementales. De même, les gestionnaires de cas sont parfois dispersés entre les délégations territoriales, ou sont tous présents au sein de la même délégation territoriale. Les positionnements des nouveaux professionnels dépendent notamment de l'organisation interne de chaque CG et de l'autonomie laissée aux délégations territoriales.

Il apparaît donc difficile de vouloir transposer une des organisations présentées au projet MAIA du Conseil général de la Savoie. Chaque CG a sa propre organisation interne, avec ses structures hiérarchiques, et la MAIA doit s'adapter à l'organisation interne de la structure porteuse et à la configuration de partenaires sur le territoire. Cette observation des différents dispositifs a donc essentiellement contribué à se familiariser avec les MAIA, à avoir une vue concrète sur leur mise en place et à esquisser des pistes de réflexion sur le projet.

Après avoir présenté les raisons de l'intérêt du Conseil général pour la coordination, et l'outil MAIA, nous nous intéresserons plus particulièrement au projet MAIA du Conseil général de la Savoie. Comment le Conseil général veut-il s'investir dans la coordination gérontologique

via les MAIA ? Quelles sont les caractéristiques du projet ? Comment expliquer l'émergence du projet ? Quels sont les principaux freins sur le territoire ?

Partie II Le projet MAIA du Conseil général de la Savoie : défis, acteurs et enjeux

Comment un Conseil général s'investit-il dans la coordination gérontologique par le biais du dispositif MAIA ? Comment cette collectivité peut-elle affirmer son rôle dans les politiques de coordination ? Quelles sont les difficultés qui peuvent être rencontrées ?

Ce mémoire repose sur une expérience de stage de sept mois au Conseil général de la Savoie. Cette mission de stage a permis de suivre l'élaboration du projet MAIA, de la décision du Conseil général de se lancer dans le projet, et jusqu'à la Commission consultative régionale de l'ARS, statuant sur les projets retenus et financés dans le cadre de l'appel à projet MAIA. Le développement proposé s'appuie donc sur la conduite du projet (réunions, rencontres réalisées dans le cadre du stage), ainsi que sur des entretiens.

Comment expliquer la décision du Conseil général de la Savoie de s'investir dans la mise en place d'une MAIA ? Comment le projet s'est-il structuré ? Quel territoire a été retenu, quels partenaires ont été mobilisés et comment le dossier de candidature a-t-il été réalisé ? Enfin, quelles sont les principales difficultés et enjeux auxquels le Conseil général de la Savoie a été confronté ? En quoi les questions des légitimités, de la conduite du changement et de la territorialité sont-elles centrales dans le développement d'un projet de Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer ?

Chapitre 1: Décision politique et intérêt pour le Conseil général

Pourquoi le département de la Savoie décide-t-il de se lancer en 2013 dans la création d'une MAIA ? Nous nous intéresserons dans ce chapitre à la décision politique prise par le Conseil général de s'insérer dans le dispositif MAIA. Nous insisterons sur la volonté du CG de s'inscrire dans la coordination gérontologique et nous tenterons de comprendre pourquoi la mise en place d'une MAIA est si tardive dans le département de la Savoie, en décrivant notamment les jeux des acteurs. Il nous semble que la décision de mettre en place le dispositif MAIA est peu liée à l'évaluation d'un besoin sanitaire ou social sur le territoire. Elle résulte plus d'une configuration d'acteurs particulière et du contexte institutionnel de l'organisme. Ceci ne signifie pas que le besoin soit inexistant, et que par conséquent, le dispositif sera inutile. Le besoin est probablement réel, même si ce n'est pas une modification ou une amplification du besoin qui a conduit à la décision. La décision résulte forcément « *du contexte dans lequel elle s'inscrit et des contraintes qui pèsent sur l'action publique : institutions, jeux de pouvoir, publics* »¹¹⁵.

I. Légitimité et inscription du CG dans la politique gérontologique

La décision de mettre en place une MAIA s'explique par la place du département dans la politique gérontologique et sa volonté de s'inscrire comme acteur incontournable de la coordination. Toutefois, la décision de mettre en place une MAIA sur le territoire s'apparente plus à une décision administrative que politique.

1. Une volonté de rester chef de file de la politique gérontologique dans la « lutte » pour la coordination

La coordination gérontologique, un moyen pour légitimer département et ARS

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, l'intervention du département dans les politiques sociales peut être perçu comme un moyen de légitimation de la collectivité départementale. L'intérêt de la coordination gérontologique pour le département peut aussi entrer dans cette logique de légitimation. Mme Gucher souligne que :

¹¹⁵ BOUSSAGUET Laurie (dir.), 2006, op. cit. p. 202

les Conseils généraux, depuis qu'ils ont été positionnés comme chefs de file de l'action gérontologique, se saisissent, finalement, de tous les dispositifs qui peuvent donner plus de visibilité, plus de poids à leur ancrage de ce côté là.

Les Conseils généraux doivent légitimer leur action dans le domaine gérontologique pour s'affirmer face aux premiers acteurs de l'action gérontologique : les communes et les CCAS.

La décision du Conseil général a aussi été influencée par la pression de l'ARS. La Savoie est le dernier département de la région Rhône-Alpes à ne pas posséder de MAIA, l'ARS a donc poussé à la mise en place d'une MAIA sur le territoire. Selon Mme Gucher, les Conseils généraux se trouvent « *courtisés* » par les ARS, qui restent relativement déstabilisées depuis leur création. L'instabilité des ARS, et notamment des Délégations territoriales de l'ARS, les inciterait à chercher des « alliés » pour pouvoir s'affirmer dans le politique médico-sociale. Ceci pourrait expliquer cette association ARS/CG dans le cadre du dispositif MAIA.

La recherche d'une place dans la « lutte » pour la coordination

La coordination gérontologique est devenue peu à peu une notion « à la mode ». De nombreux acteurs de la politique gérontologique se targuent de faire de la coordination. Les plateformes de répit¹¹⁶, instituées par le plan Alzheimer, sont chargées « *d'organiser, sur un territoire donné, une "offre diversifiée et coordonnée de répit et d'accompagnement aux aidants familiaux"* », avec un objectif de mutualisation des ressources existantes¹¹⁷. La plateforme d'accompagnement et de répit savoyarde est pilotée par l'association France Alzheimer, qui joue donc un rôle dans la coordination gérontologique. Les CCAS participent au soutien à domicile des personnes (aides à domicile, portage de repas, etc.) et s'inscrivent dans une coordination des différents services. Les équipes mobiles (équipe mobile de gérontopsychiatrie, équipe mobile spécialisée Alzheimer –ESA–) interviennent dans la coordination autour de la personne suivie. Ainsi, de nombreux acteurs « coordonnent », d'où l'intérêt prononcé pour le Conseil général de s'investir dans un dispositif de coordination gérontologique.

Si le Conseil général possède déjà une légitimité forte dans la politique gérontologique, par le biais de l'attribution de l'APA, la décision de s'engager dans le dispositif MAIA était pragmatique vis-à-vis d'autres acteurs. En l'absence de candidature du CG de la Savoie, l'ARS pouvait tout à fait décider de financer un projet MAIA porté par un autre acteur (association, Centres Hospitaliers, etc.). La crainte de voir une MAIA non portée par le CG se

¹¹⁶ Voir description des plateformes de répit en annexe 1

¹¹⁷ PAQUET Michel, 15 février 2012, « Plateformes de répit : une dynamique de coopération au profit des aidants familiaux », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°27, p. 30-33

mettre en place a favorisé la décision. Aucun partenaire n'avait cependant émis l'idée de monter un projet MAIA dans le département.

2. Une décision administrative pragmatique, plus que politique

Il semble toutefois important de souligner que la décision du CG apparaît plus comme une décision administrative pragmatique, qu'une décision véritablement politique.

Les élus n'ont pas été consultés avant que le projet ne soit retenu par l'ARS.

Pourquoi alors se lancer dans le projet MAIA ? L'intérêt est tout d'abord pragmatique. L'objectif politique est la généralisation des MAIA sur le territoire : le département devrait donc à terme mettre en place une MAIA. Le contexte de la politique vieillesse est actuellement incertain, dans le cadre des débats sur l'acte III de la décentralisation. Le probable développement sur tout le territoire national des Maisons de l'Autonomie¹¹⁸ risque de bousculer et de profondément modifier la structuration actuelle du Conseil général de la Savoie, et servira probablement de socle pour la mise en place d'autres réformes. La crainte que la mise en place de MAIA devienne obligatoire, avec l'éventuelle généralisation des Maisons de l'Autonomie, a probablement joué un rôle dans la mise en place du projet.

Décision pragmatique, c'est aussi la perspective de financement par l'ARS qui a incité le CG à se lancer dans le projet. Comme nous l'avons vu, les CG évoluent dans un contexte budgétairement très contraint. La création de quatre postes supplémentaires ne serait pas possible sans le financement de l'ARS. Ce financement ARS explique en outre le peu d'implication des élus : l'enjeu financier est extrêmement réduit pour le CG. Et, toujours dans un contexte incertain, le CG n'était pas certain de la pérennité de financement du dispositif MAIA par l'ARS. Bien sûr, limiter la décision à une incitation financière est réducteur, car cela n'explique pas pourquoi le CG de la Savoie a été le dernier département Rhône alpin à mettre en place une MAIA.

II. Les raisons d'une mise en place tardive et le rôle des configurations d'acteurs

Plusieurs types de facteurs peuvent expliquer la mise en place tardive d'une MAIA dans le département. Elle découle à la fois des incertitudes et de la complexité du dispositif MAIA, d'une organisation interne peu stabilisée et d'une configuration d'acteurs qui a évolué.

¹¹⁸ Les Maisons de l'Autonomie, sur le modèle développé dans certains départements, notamment l'Isère, consacrent l'intégration des MDPH au sein des services des Conseils généraux, pour aboutir à une association de l'ensemble des services départementaux consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées, avec un lieu d'accueil unique.

1. Des facteurs inhérents au dispositif MAIA

Il convient de souligner que la mise en place tardive d'une MAIA en Savoie est liée aux incertitudes et à la complexité du dispositif MAIA.

Les incertitudes sur le dispositif

Les MAIA ont tout d'abord fait l'objet d'une phase d'expérimentation. Puis, il a été politiquement décidé de généraliser les MAIA en 2010. Ce n'est cependant qu'en 2011 qu'un cahier des charges national a été défini, modifiant le public cible des MAIA. La généralisation du dispositif s'est donc fait de façon peu lisible pour les acteurs. Elle a coïncidé avec la mise en place des ARS, qui a profondément modifié l'organisation médico-sociale régionale. D'un point de vue extérieur, la MAIA peinait donc à devenir un dispositif pérenne et assuré. La généralisation des MAIA reste encore relativement incertaine. 100 nouvelles MAIA devaient en effet voir le jour en 2013. Finalement, les crédits n'ont été délivrés que pour 50 nouvelles MAIA. Cette incertitude inhérente au dispositif a pu conduire les acteurs locaux à ne pas se « précipiter » dans la mise en œuvre du dispositif.

La complexité du dispositif MAIA

Nous l'avons constaté, le dispositif MAIA est un dispositif relativement complexe, entre intégration des partenaires et gestion de cas complexes. Comme le souligne la présidente de l'association France Alzheimer Savoie, les expérimentations ont été relativement « chaotiques » et l'articulation entre ces deux volets n'était pas évidente.

Ces deux têtes au début... Olala, faut voir. Mais ça ne se décante seulement maintenant, hein. Moi j'étais en tant que présidente de France Alzheimer jurys (...) voilà, pour l'agrément des premières MAIA, les plateformes et tout ça. Mais (hésitation) personne... C'était un peu n'importe quoi au départ.

C'est surtout l'articulation des MAIA avec les dispositifs existants qui pose question. Les MAIA recourent notamment certaines missions des CLIC et l'articulation entre instances de la filière et MAIA ne paraissait pas évidente. Enfin, la question de l'articulation avec la plateforme de répit et les équipes mobiles a été soulevée. Alors que les MAIA ont été pensées pour simplifier le mille-feuille médico-social français, l'articulation de la MAIA avec les autres dispositifs est loin d'être évidente. Dans les départements où les MAIA ont été mises en place, celles-ci ont progressivement trouvé leur place dans le paysage gérontologique, après une phase de flottement.

De ce point de vue là, il semblait important pour la déléguée départementale de mener une expertise territoriale et d'attendre « *de voir un peu aussi comment fonctionnaient les autres*

départements, enfin d'avoir les vrais retours d'expérience des départements qui ont expérimenté ».

2. Une organisation jusqu'alors peu stabilisée

D'autres facteurs qui ont influencé la décision ou plutôt la « non-décision » jusqu'alors de mettre en place une MAIA tiennent au contexte de l'organisation.

Une instabilité en interne depuis l'intégration et la création des CLIC

L'intégration des CLIC au sein des services du Conseil général et la mise en place de nouveaux CLIC pour couvrir le territoire départemental ont généré une certaine instabilité. Le CG a dû légitimer sa présence dans le champ gérontologique. Une coordonnatrice souligne d'ailleurs que la mise en place des CLIC n'est pas encore véritablement posée dans tous les territoires :

Il faut se rappeler, justement, de la mise en place des CLIC, qui était compliquée et qui n'est pas terminée partout. Moi, je parle d'un endroit où le CLIC est plutôt bien repéré (...). Mais il y a des territoires où le CLIC c'est pas du tout connu encore... Tu vois, où il n'y a pas d'organisation, de permanences, ou même d'accueil physique. Je veux dire, c'est peut-être la secrétaire, qui va dire, je vous passe une référente. (...) On n'a pas terminé la phase de mise en place des CLIC, qu'on attaque déjà les MAIA.

Ainsi, cette instabilité due à l'évolution et à la mise en place de dispositifs successifs n'a pas incité le département à se lancer dans la mise en place des MAIA, d'autant que l'articulation avec les CLIC semblait délicate.

Une instabilité jusqu'alors avec la mise en place des filières

Nous l'avons vu, les filières se sont progressivement mises en place dans la région Rhône-Alpes sous l'impulsion de l'ARS à partir de 2010. Cette nouvelle organisation de la coordination gérontologique avec ses instances a mis du temps à se structurer dans le département de la Savoie. Selon la déléguée départementale, le Conseil général a attendu une meilleure structuration de la filière :

C'est qu'on attendait que la filière se structure un peu mieux (...) parce que c'était plus facile d'apposer la MAIA sur une filière un peu plus structurée.

Après quelques années de fonctionnement, les filières se sont structurées et leur organisation a été intégrée dans le paysage de la politique gérontologique. Le fonctionnement pendant quelques années des filières a en outre permis de soulever les besoins sur le territoire, et notamment le manque d'un véritable animateur de filière que devra être le pilote MAIA. Cependant, ces motifs organisationnels ne doivent pas faire oublier l'importance de la configuration des acteurs présents sur le territoire.

3. Une configuration d'acteurs plutôt favorable

Plusieurs orientations d'acteurs peuvent expliquer que le Conseil général se soit lancé en 2013 dans le projet MAIA.

Nouvelle configuration d'acteurs et attentes du Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier de Chambéry a connu d'importants changements fin 2012 dans le domaine de la gériatrie. En premier lieu, un nouveau directeur en charge des unités de personnes âgées a été recruté à temps plein sur cette fonction. L'ancienne directrice chargée des personnes âgées avait en charge plusieurs directions dont celle des personnes âgées, et disposait par conséquent de moins de temps pour la politique gérontologique. En second lieu, les unités pour personnes âgées de l'hôpital de Chambéry et de l'hôpital d'Aix-les-Bains ont été réunies sous la direction commune du nouveau directeur en charge des personnes âgées. Cette nouvelle configuration facilitait les relations avec le CG et la mise en place d'un projet de coordination gérontologique : un interlocuteur unique pour les deux hôpitaux, spécialisé dans les unités de personnes âgées.

De plus, en interne de l'hôpital d'Aix-les-Bains, certains acteurs se sont exprimés en faveur de la mise en place d'une MAIA sur le territoire, et notamment du dispositif de gestion de cas.

Perte d'importance de l'association France Alzheimer

Le Conseil général de la Savoie avait été candidat pour l'expérimentation MAIA en 2008. Il avait effectivement été fortement impliqué dans la mise en forme du plan Alzheimer 2008-2012 et souhaitait expérimenter le guichet unique. Le projet était alors beaucoup plus libre que le projet MAIA actuel, notamment au niveau du territoire. Cependant, le projet MAIA de la Savoie n'avait pas été retenu par la CNSA pour l'expérimentation. Seuls 17 sites expérimentaux avaient été sélectionnés sur 113 candidatures¹¹⁹.

Selon la déléguée départementale PA-PH, le dossier de candidature de la Savoie n'avait pas été retenu du fait du non soutien de l'association France Alzheimer Savoie au projet. Celle-ci se serait trouvée pas assez impliquée dans le projet présenté par le Conseil général. Or, le soutien de l'association était à l'époque primordial pour la mise en œuvre du dispositif :

On n'a pas été retenus par la CNSA parce qu'il y a eu un nombre restreint de projets retenus. Certainement, enfin une des raisons qui a due être expliquée par France Alzheimer, qui était membre du jury, c'était la... pas assez de coopération avec France Alzheimer. En sachant qu'à ce moment là, les MAIA étaient très très très marquées Alzheimer et qu'on voit maintenant que la coopération est quand même moindre. Enfin, on est quand même plus sur des projets intégrés CG – CLIC – filière que sur des projets intégrés association.

¹¹⁹ www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html

L'élargissement du public de la MAIA en 2011 et la fin du plan Alzheimer en 2012 a amoindri l'influence des associations d'aidants Alzheimer dans la mise en œuvre des MAIA et le choix des projets. Cette perte d'influence a probablement joué un rôle dans la mise en œuvre du projet MAIA en 2013 : le non soutien de l'association aurait été de moindre importance.

Les configurations d'acteurs en interne

En interne, il n'y a pas eu de soutien particulier ou de demande pour mettre en place le projet. Toutefois, un nouveau Directeur général adjoint à la Vie Sociale (DGAVS) a été recruté. Il avait déjà mis en place une MAIA dans son précédent poste, en tant que délégué PA-PH dans un autre département (hors région Rhône-Alpes) et avait une expérience du dispositif, sans toutefois pousser à la mise en place d'une MAIA en Savoie.

La présence d'une stagiaire pendant la période, chargée de faire un état des lieux des dispositifs MAIA dans les autres départements et plus généralement du projet a probablement joué un rôle dans la mise en œuvre du projet (temps disponible notamment).

Ainsi, de nombreux facteurs peuvent expliquer la décision prise par le Conseil général de se lancer dans le projet MAIA en 2013 : quête de légitimité, configuration des acteurs, et stabilisation du paysage institutionnel.

Chapitre 2: Territoire, partenariats et dossier de candidature : la mise en place du projet MAIA dans le département de la Savoie

La mise en place du projet MAIA comprend le choix du territoire de la MAIA, une première définition du champ d'intervention du dispositif, la formalisation des coopérations avec les partenaires jusqu'au passage du projet en commission consultative de l'ARS qui étudie les projets déposés pour l'appel à candidature.

La mise en place du projet, du choix du territoire à la commission consultative, s'est déroulée lors de la période du stage et faisait partie de mes missions. La description présentée s'appuie donc sur les diverses réunions de mise en place du projet, sur les choix réalisés en interne, et sur le déroulement de la commission consultative de l'ARS. Nous mobiliserons aussi l'expérience des autres MAIA étudiées en Rhône-Alpes, pour pouvoir mener une approche comparative.

I. Le choix d'un territoire MAIA

Le choix du territoire MAIA a été une étape clé dans la mise en œuvre du projet MAIA, car il témoigne des priorités définies par le Conseil général dans le montage du projet.

1. Les interfilières en Savoie, deux territoires possibles de développement MAIA

Comme nous l'avons étudié, l'ARS Rhône-Alpes a fait le choix de faire coïncider le territoire des MAIA avec celui des filières gérontologiques.

En Savoie, deux filières couvrent le territoire : la filière de Chambéry et la filière d'Albertville-Tarentaise¹²⁰. La filière de Chambéry s'articule autour du Centre Hospitalier de Chambéry et comprend cinq délégations territoriales à la vie sociale du Conseil général : les DT de Chambéry, de la Couronne chambérienne, d'Aix-les-Bains, de l'Avant-pays savoyard, de la Combe de Savoie et de la Maurienne. Le territoire de la filière s'étend sur une partie du département de l'Ain, sur le territoire du Bugey autour de la ville de Belley, et sur quelques communes du département de l'Isère. La filière d'Albertville-Tarentaise s'articule autour du Centre Hospitalier d'Albertville-Moutier (CHAM). Elle s'étend sur les DT d'Albertville et de

¹²⁰ Voir carte des délégations territoriales du CG 73 et carte des filières en Rhône-Alpes en annexe 1

la Tarentaise-Vanoise. Cette filière est infradépartementale et son territoire est largement plus restreint.

Il nous semble important de nous pencher plus en détail sur le choix du territoire MAIA et les raisons qui ont engendré ce choix.

2. L'arbitrage et les raisons du choix du territoire

Pour comprendre le choix du territoire, il convient de s'intéresser aux positions des coordinatrices PA-PH des différentes DT et aux configurations des partenaires extérieurs.

Les coordinatrices PA-PH des DT : des opinions contrastées sur la mise en place d'une MAIA

D'une façon générale, les coordinatrices des DT ne se sont pas positionnées en faveur du projet MAIA. Toutefois, si la majorité des coordinatrices se sont plutôt initialement positionnées contre le projet, les avis étaient néanmoins partagés. La configuration décrite ci-dessous était celle de la première réunion organisée entre la DD et les coordinatrices des DT sur les MAIA.

Certaines coordinatrices des DT étaient plutôt dans une position de neutralité vis-à-vis de la mise en place d'une MAIA, c'est le cas de la coordinatrice de la DT de la Maurienne et d'une des coordinatrices de la Couronne chambérienne (deux coordinatrices, chacune à 50%).

La majorité des coordinatrices se sont positionnées contre la mise en place du projet : la coordinatrice de Chambéry, de la Couronne chambérienne, de l'Avant-pays savoyard, et de la Combe de Savoie.

Deux coordinatrices se sont montrées plutôt intéressées par le projet : la coordinatrice de la DT d'Albertville, et, plus encore, la coordinatrice de la DT de la Tarentaise.

Dans cette première configuration, les coordinatrices des délégations territoriales présentes sur le territoire de la filière d'Albertville-Tarentaise étaient donc plus favorables à la mise en place du projet que celles des DT présentes sur le territoire de la filière de Chambéry.

Il est intéressant de constater que les Déléguées Territoriales à la Vie Sociale se sont montrées beaucoup moins impliquées que les coordinatrices PA-PH. Deux réunions ont été organisées en présence des Déléguées Territoriales, du Directeur Adjoint à la Vie Sociale et de la DD PA-PH. Ces réunions ont engendré moins de débats et un absentéisme important. Les Déléguées Territoriales ne se sont pas proposées pour participer à un groupe de travail sur les MAIA. Lorsque l'avis des DT est considéré, il s'agira donc plus de l'opinion des coordinatrices PA-PH que de l'opinion des Déléguées Territoriales.

Les configurations des autres partenaires, et principalement des hôpitaux

Les deux territoires présentent des configurations différentes, notamment concernant les Centres Hospitaliers. Nous l'avons vu, l'hôpital de Chambéry possédait une configuration plutôt favorable : nouveau directeur chargé des unités de personnes âgées, commun à l'hôpital de Chambéry et d'Aix-les-Bains. Au contraire, le Centre Hospitalier d'Albertville Moutier connaît des difficultés suite à la fusion des deux hôpitaux, et à l'échec de la construction d'un nouvel hôpital. Ses relations avec l'ARS sont actuellement tendues. La configuration des hôpitaux était donc plus favorable sur le territoire de la filière de Chambéry.

Le choix de la Déléguée Départementale PA-PH, reposant sur la configuration externe

Face à cette configuration d'acteurs, qui en interne, faisait porter le choix plutôt vers la filière d'Albertville-Tarentaise, et était, en externe, plus favorable à la filière de Chambéry, la Déléguée Départementale s'est positionnée pour la mise en place d'un projet MAIA sur le territoire de la filière de Chambéry. Cette décision a été prise suite à une réunion avec le nouveau directeur chargé des unités de personnes âgées de Chambéry, qui a montré son intérêt pour un tel projet. Ce choix a été validé par la hiérarchie.

Ce choix est important, car il témoigne d'une bonne compréhension des attendus de la MAIA, qui ne doit pas être un dispositif au service du porteur, mais bien au service de l'ensemble des partenaires sur le territoire. Dans la configuration des partenaires, les Centres Hospitaliers ont une importance primordiale, en tant que Centres de référence de la filière. La volonté de pouvoir s'allier avec le Centre Hospitalier de Chambéry dans la mise en place de la MAIA a donc été à l'origine du choix du territoire, comme l'explique la déléguée départementale :

Alors le territoire de Chambéry a été choisi notamment, enfin essentiellement par la volonté forte de l'hôpital de bien vouloir nous accompagner dans la MAIA. Avec (...) l'hôpital qui a un territoire qui couvre maintenant les hôpitaux de Chambéry et d'Aix, donc c'était assez intéressant. Ça faisait un interlocuteur unique au niveau hospitalier. Et, a contrario, le CHAM connaît actuellement des difficultés, notamment avec l'ARS, liées au nouveau projet. Ça paraissait difficile d'aller mettre en place un nouveau projet en ce moment au niveau du CHAM.

Il convient donc de présenter les principales caractéristiques du territoire choisi.

3. Focus sur le territoire de la filière de Chambéry

Le territoire de la filière est Chambéry est supradépartemental : il comprend quelques communes iséroises (autour de Pontcharra), et le territoire du Bugey dans le département de l'Ain. Suite au refus du département de l'Ain de coopérer au projet MAIA, le territoire retenu pour le projet concernait donc le territoire savoyard et le territoire isérois de la filière.

Caractéristiques du territoire

Ce territoire s'articule autour du pôle urbain de Chambéry/Aix-les-Bains. Le territoire de la filière gérontologique de Chambéry se caractérise par sa grande hétérogénéité, avec une grande diversité géographique (territoires de montagne/territoires de plaine) et démographique (territoires ruraux/territoires urbains). Ce territoire présente une superficie importante, avec des temps de parcours élevés du fait du relief. Les problématiques auxquelles font face les différentes entités de la filière sont différentes selon les territoires. Le territoire de la Savoie a une densité de médecins généralistes supérieure à celle des autres départements rhônalpins et largement supérieure à la densité régionale et nationale. Cependant, il subsiste de grandes divergences entre les territoires. D'une façon générale, les professions médicales se concentrent surtout sur les territoires de Chambéry et d'Aix-les-Bains.

Démographie

Sur l'ensemble du territoire de la filière de Chambéry, on compte 76 544 personnes de plus de 60 ans (soit 13,50% de la population globale), dont 30 018 ont plus de 75 ans¹²¹.

Les territoires du département de la Savoie concernés par la filière de Chambéry connaissent une augmentation forte de la population de 60 ans et plus, de 9% à plus de 16% selon les territoires (de 1999 à 2006). L'indice de vieillissement sur le territoire de la filière de Chambéry est de 89,80 personnes âgées de plus de 60 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans. En 2009, le nombre de bénéficiaires APA, dans les territoires savoyards de la filière s'élevait à 3 545 bénéficiaires¹²².

En appliquant le taux national de prévalence par genre et par âge à la structure de la population, on estime qu'il y a plus de 4 370 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'ensemble du territoire de la filière de Chambéry pour les personnes âgées de 75 ans et plus¹²³.

Acteurs sur le territoire

Sur le territoire concerné, de nombreux acteurs œuvrent à prise en charge et l'accueil des personnes âgées.

- Centre Hospitalier de Chambéry : Soins de Suite et de Réadaptation (84 lits), Unité de court séjour gériatrique (20 lits), consultations mémoire, évaluations gériatriques, consultations gériatriques spécialisées, unité mobile de gériatrie, EHPAD (370 lits), USLD (30 lits), Unité d'Hébergement Renforcé

¹²¹ Source INSEE, RP2007, publiée en 2011

¹²² CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, 2011, *Schéma départemental 2011-2016 Personnes Âgées*

¹²³ Source CNSA, RP2007, exploitation ARS Rhône-Alpes

- Centre Hospitalier d'Aix-les-Bains : SSR, USLD (30 lits), EHPAD (274 lits), et projet de court séjour gériatrique
- Centre Hospitalier de Saint-Jean de Maurienne : EHPAD (80 places), USLD (30 places), consultations mémoire, équipe mobile gériatrique, et projet de court séjour gériatrique
- Centre Hospitalier Spécialisé de Bassens : équipe mobile de géronto-psychiatrie
- 5 CLIC sur le territoire savoyard de la filière
- Services d'Aide à Domicile : 31 SAD intervenant sur le territoire savoyard de l'IFGG autorisés par le Conseil Général de la Savoie
- Services de Soins Infirmiers A Domicile : 542 places de SSIAD pour personnes âgées sur le territoire savoyard de l'IFGG autorisées (2010), dont trois Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile (ESA)
- Association France Alzheimer Savoie : plateforme d'accompagnement et de répit, accueil thérapeutique de jour, formation des aidants familiaux, des professionnels et des bénévoles
- 14 CCAS, 5 CIAS sur le territoire savoyard concerné
- Maison des réseaux de santé de Savoie
- Etablissements médico-sociaux (publics, privés associatifs et privés lucratifs) : sur le territoire savoyard de la filière, 3 200 places adaptées autorisées, dont 545 places en Unités de Soins Spécifiques Alzheimer, 80 places d'Hébergement Temporaire, 100 places d'Accueil de Jour (2010), deux pôles d'activité et de soins adaptés (PASA)
- Professionnels libéraux : 347 omnipraticiens, 262 infirmiers et 251 kinésithérapeutes sur le territoire de la filière (source CartosantéPro, 2009)

II. La formalisation des partenariats

Suite à la décision de monter un projet sur le territoire de la filière de Chambéry, il était important de formaliser les partenariats avec les acteurs principaux du territoire. La formalisation des partenariats est un critère de choix des ARS pour retenir les dossiers de l'appel à candidature MAIA : l'ARS demande un engagement d'acteurs des secteurs social, médico-social et sanitaire dans le projet. Cette formalisation s'est traduite par une réunion de la déléguée départementale avec les principaux partenaires séparément (Centre Hospitalier, France Alzheimer Savoie, CCAS), puis par des courriers d'engagement des partenaires dans le projet MAIA porté par le Conseil général.

1. Les Centres Hospitaliers, un engagement dans le projet

Le Centre Hospitalier de Chambéry s'est engagé à s'investir dans le projet MAIA. Le Centre Hospitalier ne souhaitait pas porter lui-même une MAIA. Il a été prévu que le recrutement du pilote se ferait en concertation avec cet acteur fondamental de la filière.

Le pilote MAIA peut être considéré comme le pendant administratif de la filière au chef de service des unités gériatriques de l'hôpital, qui devrait animer le versant sanitaire de la filière. L'enjeu d'une bonne coopération entre le pilote MAIA et le chef de service de gériatrie de l'hôpital est donc au centre des attentes de la MAIA.

Suite à un courrier de la part du Conseil général et à une conversation avec une chef de service de la délégation PA-PH, le Centre Hospitalier de Saint-Jean de Maurienne s'est lui aussi engagé dans le projet MAIA.

Enfin, le Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie s'est engagé à « *poursuivre son partenariat* » dans le champ de la prise en charge des malades d'Alzheimer, « *dans la limite de ses missions* »¹²⁴, et de son territoire d'action.

2. L'association France Alzheimer Savoie, une adhésion au projet, malgré une évolution jugée peu souhaitable

Contrairement aux craintes sur la non-adhésion de l'association suite à l'échec du projet d'expérimentation MAIA porté par le CG de la Savoie en 2008, l'association France Alzheimer Savoie s'est engagée à soutenir le projet MAIA, malgré les orientations du dispositif jugées peu souhaitables par l'association. Le projet MAIA du Conseil général est en outre critiqué par la présidente de l'association :

En Savoie, ce qu'elles présentent, (...) ce n'est pas exactement la MAIA que je voudrais (rires). Là c'est très calqué, comment dire, sur les territoires. (...) Oui, là quelque part, on est trois ou quatre gros partenaires, enfin gros... essentiels... Nous en tant que plateforme, le Conseil général, le Centre Hospitalier. Voilà, on est trois. (...) En fait la MAIA, telle que moi je les ai souvent vues, les MAIA on est dix, vingt entrées. Et chacun a presque le même pouvoir, en fait, le même rôle. C'est une entrée.

L'articulation du projet MAIA autour de quelques partenaires essentiels est critiquée. Toutefois, il convient de souligner que seuls les partenaires essentiels du territoire ont été mobilisés pour soutenir le projet MAIA dans l'optique de la candidature à l'ARS. Le projet MAIA repose sur le recrutement du pilote, qui sera chargé de l'élargissement des partenaires de la MAIA : établissements médico-sociaux, SAD, SSIAD, etc.

3. Les autres Conseils généraux concernés, entre défense du territoire et logique partenariale

Pour l'implantation de la MAIA sur le territoire de la filière de Chambéry, les Conseils généraux des autres départements concernés (Ain et Isère) ont été consultés.

La collaboration avec le département de l'Ain a été complexe. Il n'a pas souhaité s'associer au projet MAIA mis en place sur le territoire de la filière de Chambéry. Le territoire de la MAIA ne couvre donc actuellement qu'une partie du territoire de la filière¹²⁵.

Le Conseil général de l'Isère, dont quelques communes sont concernées par le projet MAIA porté par le CG de la Savoie s'est dit prêt à s'investir dans le projet. Le département de l'Isère possède une bonne expérience du dispositif MAIA car il a participé à l'expérimentation MAIA depuis 2008.

¹²⁴ Lettre de formalisation de l'engagement du CHS de la Savoie

¹²⁵ Nous reviendrons sur la position du département de l'Ain dans le chapitre 3 de la partie 2

4. Les CCAS, une adhésion de principe

Les trois principaux CCAS savoyards du territoire, les CCAS de Chambéry, d'Aix-les-Bains, et de Saint-Jean de Maurienne, ont formalisé leur partenariat. Les CCAS, en tant que prestataires de services à domicile, sont des acteurs importants de l'action en faveur des personnes âgées. De plus, les communes ont un rôle historique dans l'action gérontologique. Il a en outre été montré que lorsque les personnes âgées ont un problème, elles s'adressent tout d'abord à leur famille, puis à leur médecin, et enfin à leur CCAS (mairie)¹²⁶.

III. Le dossier de candidature et le passage du projet en commission consultative régionale de l'ARS

Dans l'optique de répondre à l'appel à candidature MAIA publié par l'ARS, le CG de la Savoie a monté un dossier de candidature, décrivant les grandes lignes du projet. Le dossier est ensuite passé en commission consultative régionale, qui est chargée d'émettre un avis sur les candidatures MAIA. La délégation départementale PA-PH de la Savoie, représentant le Président du Conseil général de la Savoie était présente.

1. Le projet MAIA de la Savoie, un projet « prudent » ?

Le projet MAIA, tel que décrit dans le dossier de candidature, permet de tracer les premiers objectifs de la MAIA sur la filière de Chambéry. Toutefois, la grande majorité des décisions seront prises par le pilote MAIA.

L'articulation des MAIA avec les services existants : la recherche d'une complémentarité

Dans son essence, la MAIA doit simplifier le dispositif actuel de prise en charge des personnes âgées : elle doit donc s'articuler avec les dispositifs existants. De nombreux services sont présents sur le territoire de la filière, dont les missions peuvent se rapprocher de la MAIA. La complémentarité doit être recherchée.

Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESA) proposent par exemple un accompagnement de la personne malade et de ses proches à domicile sur un nombre limité de séances (sur 3 mois maximum), alors que le dispositif de gestion de cas MAIA met en œuvre un suivi sur le long terme. Le territoire d'intervention de la gestion de cas MAIA s'étend sur toute la filière alors que les ESA ont un territoire d'intervention restreint (autour de Chambéry et d'Aix-les-Bains).

¹²⁶ formation d'Idéal Connaissances sur les parcours des filières CLIC et MAIA, « Le paysage de la coordination » ; suivie en vidéoconférence le 25 mars 2013 dans le cadre du projet MAIA du CG 73. Intervention de Erwan Keryer, directeur associé ENEIS Conseil

L'équipe mobile de géronto-psychiatrie, récemment mise en place par le CHS de la Savoie, suit des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques et n'intervient que sur le territoire de Chambéry et de la Couronne chambérienne.

La MAIA doit aussi s'articuler avec la plateforme de répit, créée en 2009 par l'association France Alzheimer Savoie et chargée de développer des formules de répit pour les aidants et d'accompagnement pour les malades. Elle propose un accompagnement à domicile, des activités dans les locaux de l'association, et un accueil de jour. La plateforme devra permettre le développement de l'offre de la MAIA à destination des familles.

Une intégration de la MAIA dans les instances de la filière et une simplification des instances CLIC/filière

Conformément aux attentes de l'ARS Rhône-Alpes et dans un souci de simplification institutionnelle, il est prévu d'insérer la MAIA dans les instances déjà existantes de la filière. Le comité de filière actuel devra évoluer pour intégrer le pilote MAIA. Les réunions du comité de filière pourront se dérouler en deux temps : un temps pour le comité de filière technique et un temps pour la table tactique MAIA (ces deux instances présentent la même gouvernance et les mêmes membres). Il est aussi prévu que la table stratégique MAIA prenne place au sein du comité stratégique départemental de la filière. Le pilote MAIA est présenté comme un véritable pilote de la filière. Le constat est fait que si les acteurs participent aux activités de la filière sur leur temps de travail, aucun n'est en mesure actuellement de mener un pilotage sur le long terme des actions.

La création d'une MAIA devrait aussi permettre une simplification des instances du CLIC et de la filière. Actuellement, chaque CLIC possède un comité de filière. En parallèle, les filières de proximité (dont le territoire est équivalent aux territoires des CLIC) possèdent chacune un comité. Il a été proposé que ces deux instances fusionnent. Cette éventuelle fusion fait controverse.

Un rôle fondamental laissé au pilote dans la structuration du projet

Il est important de souligner le rôle fondamental qui est laissé au pilote MAIA dans la structuration du projet. Le pilote est chargé de la mise en place en interne du projet : réflexion sur la place des gestionnaires de cas, redéfinition de son rôle dans la coordination par rapport à celui des coordinatrices PA-PH, etc. Il est aussi chargé de la mise en place du projet sur le territoire : information de tous les acteurs du territoire, définition des modalités de coopérations, diagnostic et état des lieux, etc. Pour ce faire, il est prévu de laisser une période de six mois au pilote pour structurer le dispositif, avant le recrutement des trois gestionnaires de cas.

Un projet « prudent » ?

Pourquoi parler de projet « prudent » pour désigner le projet MAIA du département de la Savoie ? D'une façon générale, la Savoie a eu une attitude prudente dans la mise en place d'un dispositif MAIA. Dernier département de Rhône-Alpes à se lancer dans ce projet, le CG souhaitait attendre les retours des autres départements ayant expérimenté le dispositif, et consolider préalablement les instances des filières.

Le projet présenté apparaît « prudent », car de nombreuses décisions de mise en œuvre restent à la charge du pilote : la place des gestionnaires de cas, la répartition des compétences entre CLIC et MAIA et l'éventuelle fusion de certaines instances de concertation. Ceci peut être interprété comme un désir de laisser murir les équipes et d'éviter les confrontations, le sujet étant particulièrement sensible avec les coordinatrices PA-PH. Le pilote ne sera probablement pas en mesure de résoudre tous les problèmes. Toutefois, ce temps laissé aux équipes leur a peut-être permis d'accepter progressivement l'idée de la mise en place d'une MAIA. Il est apparu pendant les entretiens, qui ont été réalisés à la toute fin du stage et après celui-ci, que la position des coordinatrices avait évolué. Il semble que les autres départements aient aussi laissé ces initiatives au pilote et que la période de six mois allouée au pilote pour préparer le projet soit recommandée par l'ARS.

De plus, aucun pilote n'était présenté dans le dossier de candidature à l'ARS qui demandait aux porteurs de lui transmettre des éventuels CV. Le poste de pilote MAIA n'a pas fait l'objet d'un appel à candidature en interne ou en externe. Il a été seulement formulé de façon informelle en interne (aux Déléguées territoriales et aux coordinatrices PA-PH) et aux proches partenaires (Centre Hospitalier de Chambéry, association France Alzheimer Savoie) que le Conseil général recherchait un éventuel pilote pour son projet de MAIA. Il faut souligner que la position de l'ARS peut paraître étonnante : un CV de pilote est demandé dans le dossier de candidature, mais rien ne certifie que le dossier de candidature sera retenu. Il apparaît donc complexe de publier une offre d'emploi en externe, sans certitude quant à la mise en place de ce poste. Les autres dossiers présentés pour l'appel à projet MAIA en 2013 comprenaient la plupart du temps déjà des propositions de pilote (souvent des recrutements en interne).

2. La commission consultative régionale : acteurs, enjeux et avis

La commission consultative régionale de l'ARS Rhône-Alpes a eu lieu le 29 avril. La commission consultative avait pour objectif de formuler un avis sur les dossiers d'appel à candidature, le choix final des MAIA retenues relevant du Directeur général de l'ARS.

Acteurs et place prépondérante des Conseils généraux

La circulaire interministérielle de 2013 relative aux MAIA indique que : « *Cette commission comprend à minima : le Directeur général de l'ARS ou son représentant, un représentant du Président de chaque Conseil général de la région, une représentation des usagers. Chaque ARS complète la composition de cette commission comme elle l'entend. Les dossiers de candidature sont présentés aux membres de la commission qui donnent un avis sur les dossiers recevables (éligibles et complets) et peuvent proposer un classement des projets* »¹²⁷.

La commission consultative réunissait : le référent Alzheimer de l'ARS, une chargée de dossier MAIA de l'ARS, des représentants des Conseils généraux (pilote MAIA du CG Isère, médecin PA du CG de la Haute-Savoie, élue du CG Ardèche, directeur adjoint PA-PH de la Drôme, représentante du pôle PA-PH du Rhône, représentante du pôle PA-PH de la Loire, la déléguée départementale PA-PH du Conseil général de la Savoie) et des représentants des associations départementales de France Alzheimer.

Il est tout à fait intéressant de constater que les Conseils généraux sont à la fois « juges et parties » dans le choix des dispositifs MAIA, puisqu'ils siègent à la commission et que leurs propres dossiers de candidature sont présentés. Ils sont donc fortement avantagés face aux autres porteurs dans la configuration des instances. La circulaire stipule que « *le représentant d'un Conseil général qui a déposé un dossier de candidature se met en retrait des débats lors de l'examen de son dossier* ». Pourtant, il ne semble pas que les représentants des CG se soient véritablement mis en retrait. Au contraire, l'ARS et les autres membres de la commission pouvaient poser des questions aux représentants concernés par le dossier sur la mise en place du dispositif, le budget, les partenariats, etc. Il semblait donc plus que chaque Conseil général venait « défendre » son dossier de candidature, bien qu'il ne participe pas au vote.

Il est aussi important de constater que malgré l'élargissement du public cible de la MAIA, les représentants de l'association France Alzheimer Savoie conservent un rôle important dans la mise en œuvre du dispositif. Ils étaient les seuls représentants des usagers présents lors de cette commission.

Enjeux restreints et consécration des Conseils généraux dans le portage MAIA

L'ARS Rhône-Alpes prévoyait le financement de cinq nouveaux projets MAIA pour l'année 2013. Cinq dossiers furent présentés : un dossier conjoint du CG de la Drôme et du CG de l'Ardèche sur la filière de Valence, un dossier du CG de la Haute-Savoie sur la filière du

¹²⁷ Circulaire interministérielle n° DGCS/DGOS/CNSA2013/10 du 10 janvier 2013, op. cit. p. 4

Chablais, deux dossiers du CG du Rhône sur la filière gérontologique de Villefranche-sur-Saône et la filière de Lyon sud, et un dossier du CG de la Savoie sur la filière de Chambéry. Les enjeux de la commission étaient réduits : un financement était possible pour chaque projet présenté.

Il convient de constater que seuls les CG ont candidaté pour le portage de la MAIA. Cet état de fait peut s'expliquer de plusieurs façons. Les CG sont des interlocuteurs privilégiés de l'ARS dans le cadre des MAIA, ils sont donc avertis de l'appel à candidature avant que celui-ci ne soit officiellement publié. En 2012, la commission consultative s'est déroulée de façon plus tendue du fait des enjeux : il y avait plus de dossiers de candidature que de MAIA financées. Des projets présentés par des CG étaient parfois concurrencés sur leur territoire par des projets portés par une autre institution. Ce sont toujours les projets soutenus par les CG qui ont été choisis. On peut donc supposer que la préférence du portage par les CG s'est institutionnalisée, conduisant uniquement les CG à se porter candidat pour la mise en œuvre des MAIA.

Devant le peu d'enjeu, la réunion s'est plutôt déroulée comme une simple formalité. Elle a permis aux représentants des CG d'échanger, notamment sur les profils et le positionnement des gestionnaires de cas et sur l'articulation avec les instances de la filière. Les principaux débats ont porté sur le nombre de gestionnaires de cas par filière. Certaines filières, dont celle de Chambéry, ont un territoire particulièrement étendu. Or, le nombre de gestionnaires de cas par MAIA financé par l'ARS est officiellement limité à trois, ce qui ne permet pas de couvrir des territoires étendus. L'ARS propose donc d'attendre que la Savoie mette en place une MAIA sur la deuxième filière du territoire (dont le territoire est plus restreint, et qui pourrait être couverte par un seul gestionnaire de cas). Comme le nombre de gestionnaires de cas est de minimum deux gestionnaires par MAIA, le gestionnaire de cas supplémentaire pourrait être affecté sur le territoire de la filière de Chambéry.

Le vote s'est déroulé lui aussi comme une simple formalité. Les seules abstentions ont été celles d'un représentant de France Alzheimer, qui jugeait les territoires d'intervention trop étendus. L'ARS s'est montrée peu regardante sur les dossiers, notamment sur les dossiers financiers. On peut supposer que l'ARS fait confiance aux CG dans le portage MAIA. Tous les CG (sauf la Savoie) présentaient leur dossier pour la mise en place d'un deuxième dispositif MAIA sur leur territoire.

L'ARS a indiqué la nouvelle dénomination de la MAIA : Mission pour l'Autonomie et l'Intégration des services d'aide et de soins pour les personnes Âgées, qui consacre officiellement l'élargissement du public de la MAIA. Les représentants de l'ARS ont souligné

que les financements des MAIA devraient être pérennes sous réserve du vote des crédits par l'Assemblée nationale dans le cadre de l'ONDAM.

La question de la position du département de l'Ain, qui ne souhaitait pas s'associer aux deux projets qui touchaient son territoire (sur la filière de Chambéry et sur la filière de Villefranche-sur-Saône), a été très rapidement abordée. Le Conseil général de l'Ain était le seul département à ne pas être représenté à la commission consultative régionale.

Lors de cette commission consultative, les cinq projets MAIA présentés ont reçu un avis positif. La décision a été validée par le Directeur général de l'ARS. Les CG porteurs devront donc signer une convention MAIA avec l'ARS.

Le projet MAIA a toutefois soulevé de fortes oppositions en interne et se heurte à d'importantes difficultés, notamment liées au territoire. Nous développerons cet aspect dans une prochaine partie.

Chapitre 3: Légitimités et Territoire, enjeux et difficultés de la mise en œuvre du projet MAIA

Le projet MAIA a eu de grandes difficultés à être accepté en interne, notamment au sein des délégations territoriales du Conseil général de la Savoie. S'intéresser aux oppositions et aux points conflictuels nous permet de souligner à la fois les points « faibles » du dispositif MAIA, de mieux comprendre les clivages entre professions et les enjeux des relations hiérarchiques. Nous mobiliserons donc la littérature issue de la sociologie des professions pour appuyer les données des entretiens. La question du territoire sera abordée dans une seconde partie. Pourquoi insister sur le territoire MAIA ? Tout d'abord parce que, déterminé par l'ARS, le territoire MAIA ne satisfait pas les CG, même si la plupart s'y conforment. Le territoire MAIA s'affranchit des frontières départementales et les remet donc en cause tout en légitimant le CG comme acteur de la coordination gérontologique. Ensuite, parce que le territoire MAIA, qui aurait été défini autrement si le CG avait eu la liberté de le délimiter¹²⁸, engendre des difficultés pour mettre en œuvre le projet en interne.

Cette partie s'intéresse donc aux difficultés d'adhésion et de mise en œuvre sur un territoire particulier d'un dispositif dont les contours ont été définis nationalement, suite aux expérimentations.

I. Enjeux et controverses en interne

Dans un souci de clarté, nous relèverons tout d'abord les controverses sur la place du pilote et la coordination MAIA, puis les controverses liées à la mise en place des gestionnaires de cas. Nous évoquerons ensuite les remises en cause de la cohérence du dispositif. Dans une dernière partie, nous évoquerons la question du pilotage du changement et les problèmes de gouvernance de l'action territorialisée dans le département.

1. Controverses sur la coordination et le pilote

La mise en place d'un dispositif d'intégration par la Conseil général soulève de nombreuses questions. En effet, le Conseil général est déjà un acteur engagé, par le biais de ses CLIC et

¹²⁸ lors du projet de candidature pour l'expérimentation MAIA de 2008, le CG de la Savoie avait proposé un territoire d'intervention centré autour du CLIC de Chambéry, et donc bien plus limité que le territoire choisi par l'ARS

des professionnels dédiés, dans la coordination gérontologique. L'articulation entre les CLIC et ses professionnels et la MAIA et son pilote est au cœur des difficultés de mise en place. Cette question se pose dans de nombreux départements, comme le témoigne la mise en œuvre de formation par le réseau Idéal Connaissances à destination des CG sur « le parcours des filières CLIC et MAIA : bilan et perspectives de coordination ». La question se pose surtout dans les cas où le porteur des CLIC est différent du porteur de la MAIA. La cohérence de l'action de coordination semble alors difficile à mettre en œuvre. Toutefois, la question se pose aussi dans le cas d'un porteur unique MAIA-CLIC. Le CG de la Savoie possède déjà des professionnels dont une partie de leur mission est consacrée à la coordination gérontologique. L'arrivée d'un pilote MAIA, chargé de développer l'intégration sur le territoire, pose la question des frontières entre les différentes professions et oblige à redéfinir les attributions de chacun.

Quelle place pour les CLIC et ses professionnels ?

Si la MAIA va plus loin que les CLIC, certaines attributions sont communes. Selon la présidente de France Alzheimer Savoie, la MAIA et le CLIC ont vocation à fusionner.

ça veut dire qu'à terme, je pense que les CLIC, il y en aura pas. (...) La MAIA absorbe forcément le CLIC.

Pourtant, cette fusion n'est pas évidente. Le CLIC a des attributions qui lui restent propres, notamment l'accueil et l'information au public ; les MAIA, elles, possèdent la gestion de cas complexes. De plus, des professionnels sont impliqués dans la gestion du CLIC du département : les coordinatrices PA-PH qui sont chargées de l'animation du CLIC et en ce sens, de l'animation de la coordination gérontologique sur le territoire du CLIC.

Comme le souligne une des coordinatrices, la mise en place de la MAIA vient interroger la légitimité des professionnels du CLIC.

Donc les MAIA, on se dit, les MAIA, elles vont faire de l'information. Oui, mais alors, nous, on fait de l'information. Mais comment c'est pris en compte. Parce que derrière (rires) quand on est des professionnels, on a toujours peur de notre légitimité.

Comprendre les difficultés relatives à la mise en place des MAIA nous invite à nous pencher sur la sociologie des professions pour « *cerner les enjeux du statut et les jeux sociaux qui permettent aux postulants en interaction avec un ensemble de partenaires, de le conquérir ou de le protéger* »¹²⁹. Il faut souligner qu'à chaque groupe professionnel correspond une aire de compétences, de savoirs, de tâches à accomplir¹³⁰. Les craintes évoquées par les

¹²⁹ PARADEISE Catherine, 1987, "Des savoirs aux compétences: qualification et régulation du marché du travail", *Sociologie du travail*, Vol. XXIX No. 1, pp. 35-46. cité par TROMPETTE Pascale, « La sociologie des groupes professionnels », *Sociologie du marché et des professions. Cours introductif donné à l'IEP de Grenoble*, p. 5

¹³⁰ TROMPETTE Pascale, op. cit. p. 1

coordinatrices illustrent bien la concurrence pour le monopole des compétences juridiques, décrite par Abbott. Abbott décrit les professions comme des systèmes interdépendants, c'est-à-dire en constants rapports de compétition, de coordination et de coopération¹³¹. Les groupes professionnels, ici les coordinatrices PA-PH, ne comprennent pas cette remise en cause de leur monopole de compétence, c'est-à-dire leur légitimité exclusive d'exercer dans un champ spécifique d'activités. Comme le souligne Abbott, les « *frontières des compétences sont perpétuellement en débat* »¹³². L'arrivée de nouveaux professionnels, les pilotes MAIA, implique de redéfinir les frontières professionnelles de chacun.

Les zones de frottement MAIA/CLIC

La coordination de la MAIA est susceptible d'engendrer ce qui est désigné par une coordinatrice comme des « *zones de frottement* », c'est-à-dire des terrains de compétences pour lesquels la MAIA et le CLIC auraient une légitimité à agir.

C'est-à-dire que quand tu travailles sur un secteur d'activité qui est commun, il y a ce que j'appelle des frottements, des zones de frottements. C'est-à-dire que pour moi la MAIA, elle va avoir (hésitation) une référence beaucoup plus large mais à certains moments, elle va interférer avec le CLIC

C'est sur ces zones de frottement que se joue la légitimité des acteurs. Comme le souligne la même coordinatrice, il ne sert à rien de se mettre « *en rivalité* » avec la MAIA. Cependant les coordinatrices insistent sur le fait qu'il est essentiel qu'elles rencontrent le pilote MAIA pour définir les compétences respectives, et aussi, d'une certaine manière, défendre leur domaine de compétence :

Et lui faire comprendre, que moi, j'ai un territoire, c'est pas une chasse gardée, mais c'est un territoire de préférence. C'est-à-dire que moi j'ai un interlocuteur, par exemple, l'hôpital (...) : on participe aux commissions d'admissions, on fait tout un travail de lien entre le domicile et l'établissement que je veux conserver. Et je n'ai pas envie que ce soit quelqu'un d'autre qui vienne faire ce travail là. (...) Mais, par ailleurs, si elle a besoin, si la MAIA a besoin de travailler avec l'hôpital (...), pour le mettre en coordination avec l'hôpital de Chambéry, ça me paraît important aussi, tu vois ? Donc il va falloir qu'on travaille ces zones de frottements, qu'on s'en entende et qu'on dise : moi je vais participer à telle commission, et bien écoute, ça me paraît plus normal que ce soit toi qui y ailles plutôt que moi, parce que là, il y a une vision plus globale à avoir.

Cette coordinatrice souligne cependant que ce sont ces zones de frottement « *qui sont intéressantes* », « *parce que c'est là où ça nous fait évoluer* ». S'il apparaît primordial de tracer les délimitations des compétences de chacun, les coordinatrices soulignent que cela va demander « *un gros travail de coordination et d'attention* ». Abbott explique que la revendication juridictionnelle par une profession peut être réalisée dans plusieurs arènes possibles : le système légal, le royaume d'opinion publique, et dans l'arène du lieu de

¹³¹ ibidem, p. 10

¹³² DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, 2005, *Sociologie des professions*, Armand Colin

travail¹³³. Le domaine de compétence du pilote MAIA est d'abord établi par le système légal : le cahier des charges national du dispositif MAIA confie certaines missions à ce professionnel. Cependant, l'influence de « *l'arène du lieu de travail* » est primordiale : le domaine de compétences du pilote MAIA va probablement se construire en fonction des domaines déjà occupés par les autres professions, et notamment les coordinatrices, et va être l'objet de négociations réalisées en interne.

Les MAIA, une remise en cause du travail du CLIC ?

Plus généralement, la mise en place des MAIA est interprétée comme une remise en cause du travail du CLIC et de ses professionnels. Comme le souligne une coordinatrice, le chevauchement des compétences entre CLIC et MAIA est perçu comme un échec dans le travail mené par les CLIC.

Donc les MAIA, on se dit, les MAIA, elles vont faire de l'information. Oui, mais alors, nous, on fait de l'information. (...) Donc on se dit que s'ils veulent faire de l'information, c'est qu'ils ont l'impression qu'on ne la fait pas bien.

Il est vrai que les MAIA se sont fondées sur un constat national relativement critique vis-à-vis des CLIC. Le rapport Ménard souligne que les CLIC ont permis des « *avancées notables* » mais que leurs domaines d'intervention « *restent encore trop cloisonnés* » et qu'ils sont « *sans lien systématique avec l'ensemble des autres acteurs, que ce soit les médecins traitants, les hôpitaux ou les services d'hospitalisation à domicile* »¹³⁴.

Cependant, les coordinatrices ne se reconnaissent pas dans ce constat d'échec des CLIC. Avec la mise en place des MAIA, les coordinatrices insistent sur le travail réalisé au sein du CLIC : publications, relations avec les partenaires, etc. Une coordinatrice souligne la pertinence de l'action gérontologique du département, remettant en cause le besoin de création d'une MAIA :

Moi je trouve que ce qu'on avait monté dans le département a de la pertinence, c'est-à-dire que la DD est sur la politique et sur cohérence départementale, dans les DT on est sur la proximité, avec la gestion des services. Et du coup, quand on regarde comment on a monté nos équipes dans le pôle PA-PH, comment on fait l'APA, la PCH, avec des référentes mixtes : assistantes sociales, infirmières, conseillères en économie, éducatrices, donc des professions complémentaires, un coordo qui anime et qui pilote avec les partenaires cette politique, en lien avec la DD, c'est un bon outil.

Selon une coordinatrice, les équipes sont particulièrement affectées par la mise en place d'une MAIA car leur légitimité est déjà fragile. Nous l'avons vu dans notre première partie sur

¹³³ TROMPETTE Pascale, op. cit. p. 11

¹³⁴ COMMISSION NATIONALE chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, présidée par monsieur le professeur Ménard, 2007, *Rapport au Président de la République. Pour le malade et ses proches. Chercher, soigner et prendre soin*, remis le 8 novembre, p. 46

l'organisation du Conseil général de la Savoie, les équipes PA des Délégations territoriales sont organisées entre le CLIC et le pôle PA-PH. Cette organisation reste confuse, et explique la réaction des coordinatrices vis-à-vis de ce nouveau dispositif qui les amène à :

être déstabilisées donc insécurisées, et du coup, à voir le reste de l'organisation, et d'autant quand il y a quelque chose qui va venir se surajouter, comme une angoisse supplémentaire

Selon cette coordinatrice, cette confusion est liée à un manque de légitimité général ressenti par les coordinatrices, qui explique aussi ses craintes quant à la mise en place de la MAIA :

Donc si on se sentait légitimes déjà, sur ce qu'on faisait, sur l'organisation, sur l'appellation, sur...

L'enjeu de la mise en place d'une MAIA est donc important pour les équipes de terrain des DT qui y voient une remise en cause de leur légitimité.

La crainte de perdre le contrôle des compétences

Enfin, les coordinatrices craignent de ne pas être associées à certaines décisions et de perdre ainsi le contrôle de certains domaines de compétences. Il est notamment question ici du transfert vers la gestion de cas complexes. Les partenaires extérieurs de la MAIA (hôpitaux, SAD, professionnels de santé, associations, etc.) peuvent envoyer des professionnels en gestion de cas complexes. Toutefois, les personnes suivies font l'objet d'une « sélection » par un comité, dont les membres doivent être définis. Certaines coordinatrices voient cet envoi vers la gestion de cas par des partenaires comme un danger, car elles estiment que les partenaires n'évaluent pas forcément bien la complexité des situations.

Parce qu'aujourd'hui, l'hôpital (...) a une situation complexe à traiter. (...) Ils appellent la coordo de la DT ou la secrétaire (...) ils disent : « cette situation, elle est complexe, j'aimerais bien que vous la preniez rapidement ». (...) Mais souvent on discute plutôt ensemble et on regarde. Et ils vont, eux, percevoir des situations complexes. Ils vont se dire : « ah ben tiens, maintenant, on a la MAIA donc on va filer directement aux gestionnaires de cas », par le biais du pilote. Et ça, ça me gêne. Moi, je préférerais qu'on continue à travailler, qu'ils interpellent le coordo PA-PH (...), que le référent fasse sa visite. Parce que des fois, ça paraît complexe de l'hôpital. (...). Une fois que nous on a mis en place l'aide à domicile, le dispositif, ça roule. Et ça tient pas forcément un besoin de gestionnaire de cas.

Plus généralement, la coordinatrice voit dans la gestion de cas une menace sur son implication. De plus, l'implication des délégations territoriales dans le dispositif est jugée trop limitée :

Et comme le recrutement, là, se fait du pilote MAIA : hôpital – ARS – DD, en fait c'est un supra truc qui se met indépendamment des DT. Moi, ça m'interroge.

Là encore, les coordinatrices trouvent la solution dans le besoin de travailler avec le pilote, « pour voir comment on fait dans notre travail, y compris par rapport aux partenaires ».

Les principales oppositions dans le cadre de la coordination et du rôle du pilote sont donc liées à la défense de la légitimité et des domaines de compétence des employés. Bien sûr, toutes les coordinatrices ne partagent pas le même point de vue, mais la crainte d'une mauvaise articulation CLIC-MAIA semble partagée. Nous verrons que les craintes vis-à-vis de la mise en place des gestionnaires de cas sont aussi liées en grande partie à la défense d'une légitimité professionnelle.

2. Controverse sur les gestionnaires de cas

La question de la mise en place des gestionnaires de cas a été au cœur des interrogations et des débats sur la mise en place du projet MAIA dans le département de la Savoie. Plus encore que sur la question du pilote, les craintes et les oppositions se sont concentrées autour de la place des gestionnaires de cas. Il est intéressant de constater que dans les dispositifs MAIA existants en Rhône-Alpes, l'intégration et la coordination apparaissent plus problématiques dans la pratique que la gestion de cas. Les pilotes MAIA de l'Isère et de la Haute-Savoie rapportent les succès de la gestion de cas, alors qu'elles soulignent les difficultés de l'intégration. La pilote de l'Isère a cependant souligné que si l'arrivée des gestionnaires de cas a été plus discutée que le volet intégration, les problématiques se sont inversées dans la pratique.

Pour la déléguée départementale PA-PH, les oppositions liées à la gestion de cas MAIA peuvent s'expliquer par la méconnaissance de ce qu'est la gestion de cas :

Sans doute par la méconnaissance de ce qu'est une MAIA, de ce qu'est la gestion de cas et donc la difficulté de lisibilité de ce que ça va apporter en plus par rapport au travail qui est mené. Puisque les MAIA, c'est un dispositif jeune, c'est pas bien connu, (...) Oui, c'est l'impression de faire déjà le travail et de ne pas comprendre ce que ça va apporter de nouveau.

(...) la plus grande résistance, elle vient pas du côté « information », mais elle vient du côté équipe médico-sociale, prise en charge des dossiers APA, donc c'est plutôt l'impression qu'ils font déjà ce travail là, mais sans la connaissance fine de ce qu'est la gestion de cas, puisqu'ils font déjà de la gestion... Enfin, qu'ils gèrent déjà les cas complexes, mais ils n'ont pas forcément les outils pour gérer les cas complexes.

Nous proposerons ici quelques pistes de réflexion qui ont été soulevées par les coordinatrices dans les entretiens pour comprendre ces réticences.

Contours des compétences et concurrence professionnelle avec les équipes médico-sociales de l'APA ?

Les gestionnaires de cas interviennent à domicile, au quotidien, pour des personnes en situation complexe. Ils suivent un maximum de 40 personnes en file active. Ils sont chargés de réaliser une évaluation approfondie des besoins de la personne, de respecter ses choix et de coordonner l'ensemble des acteurs intervenant à domicile. Une part de leurs attributions est

commune avec celles des équipes médico-sociales de l'APA, qui interviennent aussi à domicile et sont chargées de l'élaboration, du suivi et de la révision des plans d'aides APA. La mise en place des gestionnaires de cas fait débat. Une coordinatrice rapporte que ses équipes sont en colère, car elles estiment avoir la compétence pour traiter les cas complexes :

Là, les équipes sont très en colère. Parce qu'elles estiment qu'elles ont la compétence. On a la compétence et en plus l'intérêt de travail. C'est-à-dire que demain, si toutes les situations complexes, on les passe aux gestionnaires de cas, alors que ça a un intérêt pour elles...

Outre la compétence, les coordinatrices ont été relativement unanimes dans les réunions pour affirmer que les équipes APA ont de l'intérêt à traiter des situations complexes, que cela fait partie de la diversité de leur métier. La crainte est donc de voir intervenir de nouveaux professionnels qui entreraient en concurrence sur certains domaines de compétence (le suivi des situations complexes). Les équipes APA seraient alors dépossédées d'une de leurs attributions. Les nouveaux professionnels (les gestionnaires de cas) auraient un statut supérieur, une meilleure légitimité, et s'occuperaient de situations dans lesquelles les équipes APA sont en échec. La mise en place de professionnels spécialisés remet en question certaines compétences des équipes médico-sociales avec le risque de voir celles-ci se déqualifier. Les coordinatrices l'expliquent bien :

Quand c'est une référente qui va devoir passer son dossier à une super spécialisée, qui, si tu lui passes, ça veut dire qu'elle fait du meilleur boulot que toi... ça va être vécu comme ça.

Et puis, ça remet en cause la compétence et la qualification des référentes. Elles le vivent comme ça...

Selon une coordinatrice, les professionnels actuellement en poste dans les services du Conseil général suffisent pour la prise en charge des situations complexes :

On travaille dans les pôles, on a les référentes, les psycho, les coordo. On travaille vachement ensemble sur les situations. On les analyse ensemble. Et les situations complexes, moi, je vois ici, pour en avoir régulièrement, on les traite. On les traite.

Comme sur la question des attributions du pilote, la mise en place des gestionnaires de cas témoigne donc des concurrences interprofessionnelles et de l'enjeu, pour une profession, de voir ses compétences évoluer. Là encore, les coordinatrices soulignent que la question des attributions de compétence devra être clairement définie lors de la mise en œuvre du dispositif MAIA par le pilote. La clarification des rôles de chacun et des limites de compétences semble protéger les professions existantes d'une concurrence avec les nouveaux professionnels.

Nouveaux profils versus amélioration de l'existant

Les coordinatrices ne remettent généralement pas en cause le fait de spécialiser certains professionnels. Une des coordinatrices explique en effet que la « spécialisation » se fait déjà au sein des équipes, de manière informelle :

Ça ne me gêne pas qu'on cible une ou deux membres de l'équipe, plus sur des situations compliquées. Parce que déjà on fait ce choix aujourd'hui. Moi, par exemple, une situation complexe, qui m'est rapportée en équipe, je regarde et des fois j'oriente telle ou telle, parce que je sais comment les équipes elles travaillent. Si j'ai besoin que ce soit l'infirmière, j'envoie l'infirmière. Si j'ai besoin que ce soit une assistante sociale qui connaisse PA et PH un peu plus qu'une autre, j'oriente...(...). Et les situations complexes, elles sont un peu distribuées en fonction des capacités et des compétences et connaissances.

Cette coordinatrice critique essentiellement le fait que l'on crée des nouveaux profils, les gestionnaires de cas, qui ont un statut différent des équipes médico-sociales de l'APA. Les gestionnaires de cas ne feront que du suivi de situations complexes, sur des critères précis. Ils seront recrutés en CDD dans le cadre de la MAIA, et ne seront pas des professionnels exclusivement dédiés au CG, mais bien à l'ensemble des partenaires. Ils seront sous la responsabilité directe du pilote MAIA, et non de la coordinatrice PA-PH. Cette ligne hiérarchique, qui établit une distinction entre équipes APA et gestionnaires de cas questionne les coordinatrices. Elles ne « *maitriseront* » pas les gestionnaires de cas, ce qui, selon une coordinatrice, complique le fonctionnement du CG.

Si le besoin d'avoir une intervention à domicile au quotidien n'est pas remis en cause, une des coordinatrices explique qu'elle aurait préféré voir un renforcement de ses équipes, plutôt que la mise en place de ces nouveaux professionnels.

Moi, mes équipes, elles sont d'accord pour le faire, elles sont capables de le faire, mais ça veut dire qu'on renforce nos équipes pour le faire. Et moi, c'est ce que j'aurais préféré.

L'idée serait bien de permettre à certains membres des équipes d'être formés sur la gestion des situations complexes, et de renforcer, de façon numérique, les équipes afin de dégager plus de temps pour une prise en charge quotidienne de certaines situations particulièrement complexes.

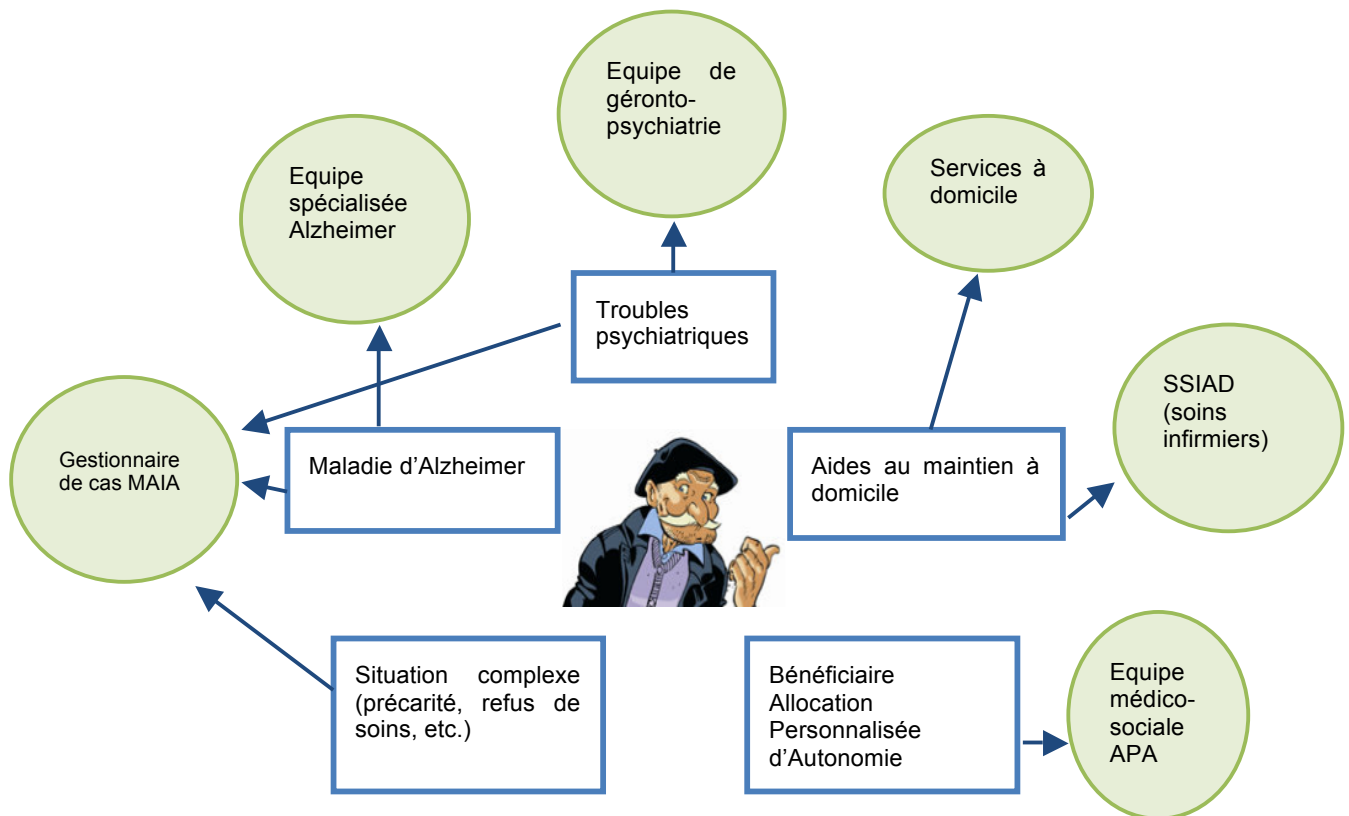
Outre ces réticences liées aux nouveaux postes introduits par le dispositif, la cohérence des MAIA est remise en cause par les équipes de terrain.

3. Controverses sur la cohérence du dispositif

Plus généralement, la cohérence du dispositif MAIA pose question aux équipes de terrain. De nombreux points sont soulevés, qui témoignent du doute de certaines coordinatrices sur le bien-fondé du dispositif MAIA.

Un usager perdu au milieu des intervenants

Certaines coordinatrices se questionnent sur le bien-fondé de la mise en place de gestionnaires de cas. Elles insistent sur le fait que de multiples services interviennent déjà au domicile de la personne : équipes médico-sociales du CG, ESA, SAD, SSIAD, etc.



Le gestionnaire de cas est perçu comme un professionnel de plus intervenant au domicile.

Une coordinatrice soulève le problème du pilotage des interventions :

Enfin, moi, quand je regarde le panel de services sur une seule situation : je peux avoir cinq services qui interviennent : Alzheimer, psychiatrie, la MAIA, le pôle PA-PH, le service aidant, la mairie, le SSIAD (...) C'est très complexe, c'est très complexe à gérer et à mettre en place et de désigner qui est le référent principal de la situation et pour respecter l'utilisateur : qui il choisit lui aussi.

Le gestionnaire de cas est normalement responsable de la coordination autour de l'utilisateur, pour autant que cela soit accepté par l'utilisateur. Les gestionnaires de cas doivent, d'après le cahier des charges MAIA, libérer du temps pour mettre les attentes et les aspirations de l'utilisateur au centre de la prise en charge. Une coordinatrice souligne toutefois que l'arrivée des gestionnaires de cas risque de complexifier encore les interventions au domicile :

Parce que ce mon souci à moi, c'est aussi le respect de l'utilisateur dans tout ça. L'utilisateur aujourd'hui, il va être victime d'un montage de dispositifs institutionnels, qui a un problème de cohérence (...).
Déjà rien qu'avec ce qu'on a. Moi j'ai repéré que quand on a trois-quatre intervenants différents, c'est très compliqué pour les familles, elles nous le disent.

On peut toutefois supposer que l'intervention d'un professionnel de plus à domicile, qui, contrairement aux autres, aura du temps pour expliquer aux familles les différentes interventions et décider avec les usagers et les familles les interventions nécessaires devrait simplifier le dispositif. Toutefois, il est vrai que la complexité et le manque de cohérence des différentes interventions peuvent déstabiliser la personne âgée.

Les MAIA, un renforcement du mille-feuille administratif ?

Plus généralement, certaines coordinatrices craignent que la mise en place d'une MAIA ne complexifie encore le système d'aide et de soins pour les personnes âgées dépendantes. Alors que la MAIA a justement été pensée pour simplifier le mille-feuille administratif, la mise en place d'un nouveau dispositif sans suppression des dispositifs existants peine à plaider en faveur d'une simplification. Une coordinatrice souligne que :

Ce que je regrette personnellement, c'est qu'on met en mille-feuille l'action sociale.

Cette vision est largement partagée par le médecin départemental, qui est d'avis que les MAIA contribuent à complexifier l'action sociale et à rendre l'action publique illisible pour les usagers. Sur le plan de la maladie d'Alzheimer, les ESA se développent ces dernières années financées par l'ARS. Elles se superposent aux gestionnaires de cas, bien que les publics cibles et les moyens de prise en charge puissent être différents. La problématique de la segmentation des politiques sociales est au centre des préoccupations.

Les MAIA, un gaspillage financier ?

Une des coordinatrices va jusqu'à critiquer l'attribution de fonds pour la mise en place du dispositif MAIA. Selon elle, la MAIA va engendrer un temps important de coordination entre les partenaires, et peut être considéré comme « *un gaspillage financier* ».

Pour moi, c'est un gaspillage financier, quelque part, quand même. Avec la multitude de temps de coordination qu'on va devoir se donner avec toutes ces équipes multiples et des financements ou des porteurs de services différents, on passe beaucoup d'énergie et de temps à se réunir pour discuter de situations.

Elle estime que l'argent public dans le cadre des MAIA n'est pas dépensé de façon raisonnée, puisqu'il s'agit d'un dispositif qui ne répond pas forcément aux besoins du territoire, et qui contribue à « *l'empilement des dispositifs* ». Ce qui est critiqué c'est un nouveau mode de financement sur des projets précis, dont la cohérence avec l'existant pose question :

On sort des budgets à des instants « t » sur des sujets sans regarder ce qu'il y a déjà sur le terrain et sans regarder comment on optimise les services existants, de mon point de vue

(...)

Moi, mon souci, ce n'est pas qu'il y ait des financements, c'est comment on fait sur le terrain. Et qu'on ne fasse pas des mille-feuilles en permanence. Parce que moi je dis que c'est du gaspillage. Pas du gaspillage, parce qu'on implante un service, enfin c'est un

peu... Si l'on mettait la cour des comptes dessus, ils se poseraient des questions sur comment on utilise l'argent public quand même.

Parler de « *gaspillage financier* » avant la mise en œuvre du projet est probablement prématuré. L'utilité du dispositif dépendra de l'action réalisée dans le cadre de la MAIA par le pilote et les gestionnaires de cas. Dans les autres départements en Rhône-Alpes étudiés, l'impact de la MAIA semble être positif, à la fois sur le plan de la gestion de cas et sur le plan de l'intégration des acteurs. Il apparaît des différentes études menées que la création d'une MAIA fait baisser le nombre d'organismes contactés avant de voir traiter sa demande (en moyenne de 3,24 à 1,3) ce qui témoigne de l'amélioration de l'accessibilité des usagers aux informations¹³⁵. Il reste donc à la MAIA de la Savoie de faire ses preuves.

4. Pilotage du changement

Face à ces oppositions et ces craintes, la mise en place du projet MAIA est devenue un pilotage du changement. Le pilotage de la phase « projet » du dispositif a été complexe, pour plusieurs raisons.

Les problèmes de la gouvernance de l'action territorialisée au Conseil général

La difficulté de conduire le projet est aussi liée en partie aux problèmes de gouvernance de l'action territorialisée du CG. Nous l'avons vu, les équipes de terrain PA du CG sont sous la responsabilité directe des Déléguées Territoriales et non de la Délégation PA-PH du Conseil général. Or, les Déléguées territoriales apparaissent relativement peu investies dans le domaine « Personnes Âgées », comme le témoigne le peu d'investissement de la majorité des Déléguées territoriales dans le projet MAIA. Les coordinatrices se plaignent souvent de ce manque d'investissement et de la relative autonomie qu'elles ont par rapport aux délégations territoriales. Cette autonomie est cependant problématique dans la mise en place d'un projet tel que le projet MAIA.

Le projet MAIA a été piloté par la délégation départementale PA-PH, qui n'a cependant pas de relation hiérarchique avec les délégations territoriales et les équipes médico-sociales. Comme le projet impliquait fortement les délégations territoriales, il aurait été plus cohérent de faire porter le projet MAIA par la Direction adjointe à la Vie Sociale, qui possède une autorité hiérarchique sur les Déléguées Territoriales et sur la Délégation Départementale. Cependant, le DGAVS manque de temps pour mener des projets dont le champ d'action est relativement précis. La question du pilotage est donc complexe dans l'organisation territorialisée des services du CG de la Savoie.

¹³⁵ DUPONT Olivier, 2012, « De l'expérimentation des MAIA à leur déploiement », *Gérontologie et société*, HS n°1, p. 184

La question des relais hiérarchiques doit aussi être soulevée. Les coordinatrices PA-PH étaient chargées d'un rôle de relais hiérarchique dans la mise en place du projet MAIA : elles devaient en informer les équipes de terrain et éventuellement réfléchir avec elles à des propositions sur la mise en œuvre de la MAIA. Elles-mêmes peu convaincues de la pertinence du projet, il est apparu compliqué de leur faire relayer une information dans le but de convaincre les équipes de terrain. D'ailleurs, cet état de fait peut se remarquer dans les entretiens. Une des coordinatrices, initialement peu convaincue du projet mais ayant décidé de se positionner avec un « a priori positif » et de réfléchir aux attributions utiles d'une future MAIA relève que l'information des équipes de terrain s'est plutôt bien passée, bien que la coordinatrice ait été « *un peu filou* » en insistant « *sur le côté qu'on n'arrivait pas à faire* ». Une autre coordinatrice interrogée, particulièrement hostile au projet, relate que ses équipes « *sont très en colère* ».

Clivages entre professions

Une autre difficulté dans la mise en place du projet est liée aux différents clivages professionnels au sein des services. Le premier clivage concerne le clivage entre la Délégation Départementale et les coordinatrices et équipes médico-sociales de l'APA, que l'on pourrait qualifier de clivage direction administrative / équipes de terrain. Les agents de la DD sont des administratifs. Les coordinatrices et les équipes médico-sociales de l'APA ont des profils de type travailleurs sociaux. Si la réunion des deux groupes professionnels est souvent bénéfique et ne pose pas de problèmes particuliers, un clivage a pu être observé dans la mise en place du projet MAIA. Cela a pu être le cas lors de réunion, où les coordinatrices ont insisté sur leur connaissance du terrain et des interventions à domicile pour contrer les arguments en faveur des MAIA.

Un second clivage concerne les différences de points de vue entre le médecin départemental et la DD. Le médecin départemental s'est positionné dès le début du projet (et même en amont, lors de réunions à l'ARS) en opposition avec le projet MAIA, malgré les tentatives pour l'intégrer dans la réflexion. Sa position était tranchée sur le fait que le Conseil général n'a pas la légitimité pour s'inscrire dans la coordination gérontologique. Selon lui, la coordination gérontologique doit être pilotée par l'hôpital, et plus précisément par les services de gériatrie, qui sont des acteurs plus légitimes sur ce plan ou à défaut par les médecins généralistes. Issu de la fonction publique hospitalière et récemment nommé dans la fonction publique territoriale, son opinion de l'inscription du CG dans le coordination médico-sociale est défavorable. Pourtant, sur la filière de Chambéry, l'hôpital ne souhaitait pas candidater en

tant que porteur MAIA, bien qu'investi dans le projet MAIA du CG et dans les instances de la filière. En contraste avec l'opinion du médecin départemental, la DD jugeait le Conseil général comme particulièrement légitime, puisque le CG est porteur des CLIC. De plus, l'action de coordination des médecins généralistes semble être limitée. Des études semblent montrer que les attitudes vis-à-vis de la coordination diffèrent d'un médecin à l'autre, mais que les médecins généralistes considèrent souvent que la coordination n'est pas leur rôle¹³⁶.

Partenaires externes versus adhésion en interne, une décision peu comprise

Le choix du territoire a été à l'origine de difficultés en interne. La Délégation Départementale a fait le choix de privilégier le territoire MAIA sur lequel les partenaires externes semblaient les plus aptes à soutenir le projet. C'est le soutien du Centre Hospitalier de Chambéry qui a motivé cette décision. Cependant, les délégations territoriales de l'autre territoire possible étaient favorables et motivées pour la mise en place d'un projet sur leur territoire. Suite à la première réunion d'information sur les MAIA, la DD, au vu de l'avis des coordinatrices, pensait plutôt s'orienter vers la mise en place d'une MAIA sur le territoire de la filière d'Albertville-Tarentaise. Suite à une réunion avec le directeur des unités de personnes âgées du CH de Chambéry, la DD a décidé de s'orienter sur le territoire Chambéry-Maurienne. Ce changement de cap a été relativement mal vécu par les coordinatrices, à la fois par celles qui auraient souhaité intégrer un territoire MAIA et celles concernées par le nouveau territoire. Elles ont de plus été informées relativement tardivement de ce changement. Ce choix du territoire, qui était de privilégier les partenaires externes sur les attentes en interne, a été relativement incompris par les coordinatrices. Cela a renforcé la vision d'un projet qui leur était imposé.

Une des difficultés du dispositif MAIA réside dans cette articulation nécessaire entre objectifs et contraintes internes et objectifs de l'ensemble des partenaires. Le dispositif n'a pas vocation à être exclusivement centré sur le CG, même si le CG en est porteur.

Si le projet MAIA se heurte à des difficultés, en partie dues à son territoire.

II. Le territoire, source de complexité

Le territoire est source de complexité. Sur le plan des partenaires, le choix d'un territoire interdépartemental implique une bonne collaboration entre les différents CG et l'intervention des équipes d'un CG sur le territoire d'un autre CG. Les difficultés propres au territoire de la filière de Chambéry sont aussi engendrées par l'étendue du territoire et les défis d'un territoire

¹³⁶ ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann, 2005, op. cit. p. 248

MAIA qui doit rassembler cinq CLIC départementaux. Le territoire est particulièrement problématique pour la mise en place de la gestion de cas.

1. Les complexités d'un territoire supradépartemental

Nous l'avons déjà mentionné, le territoire de la filière de Chambéry-Maurienne est un territoire supradépartemental qui comprend sept communes du département de l'Isère et soixante-huit communes du canton de l'Ain. Le département de l'Ain n'a pas souhaité collaborer au projet MAIA. Le territoire du projet MAIA a, par conséquent, été réduit aux territoires savoyard et isérois de la filière. Nous reviendrons sur les difficultés engendrées par la délimitation territoriale pour comprendre la décision du département de l'Ain.

L'oubli des limites départementales et les difficultés de mise en place de la gestion de cas

Le territoire des filières et donc celui des MAIA est calqué sur les flux de personnes âgées, sans prise en compte des limites administratives. Comme le souligne le référent Alzheimer de l'ARS, certains départements collaborent bien pour mettre en place les MAIA : c'est par exemple le cas des Conseils généraux de la Drôme et de l'Ardèche qui ont, pour l'appel à candidature MAIA de 2013, élaboré un projet commun sur le territoire interdépartemental de la filière de Valence. Ils avaient déjà fortement collaboré pour la mise en place de la MAIA de la filière de Montélimar.

Selon la déléguée départementale du Conseil général de la Savoie, la décision de l'ARS de faire correspondre les MAIA et les filières se justifie, dans un objectif de simplification de l'action gérontologique. Cependant, cette décision rend difficile la mise en place sur le terrain, et notamment l'intervention des gestionnaires de cas sur le territoire isérois :

Alors, la position du point de vue de l'ARS, elle se tient puisqu'on est dans un dispositif intégré comme les filières, donc ça c'était pour éviter de rajouter des instances aux instances. En revanche, elle est rendue difficile, d'une part, parce qu'elle ne correspond pas au cahier des charges MAIA, qui dit bien que les MAIA doivent être infradépartementales. Or, les filières sont interdépartementales, voire supradépartementales, donc on est quand même en difficulté. Et ça rend difficile la mise en place sur les zones, notamment quand on est dans des dossiers APA. (...) Intellectuellement, ça se comprend ; de manière pratique, ça va être compliqué quand on est sur de la gestion de cas.

La principale difficulté repose sur la gestion de cas. La gestion de cas devra fortement s'articuler avec les équipes médico-sociales de l'APA, ce qui semble relativement simple dans le cas des équipes du Conseil général de la Savoie, mais plus compliqué pour les équipes du Conseil général de l'Isère. Les personnes sont suivies, sur le territoire de l'Isère, par les équipes médico-sociales de l'APA du CG de l'Isère, qui ont leurs propres règles de suivi et

d'élaboration des aides individuelles. Les équipes du département connaissent en outre mieux les partenaires sur le territoire concerné : services à domicile, SSIAD, etc.

MAIA Isère – MAIA Savoie, la solution du chacun chez soi ?

Il faut savoir qu'une des MAIA, portée par le CG de l'Isère, sur la filière de Bourgoin-Jallieu, s'étend sur quelques communes du département de la Savoie, autour de la ville de Pont-de-Beauvoisin. Les profils des territoires des filières ne sont pas tout à fait stabilisés : le CG de la Savoie et le CG de l'Isère ne possèdent pas les mêmes listes de communes par filière car celles-ci ont évolué plusieurs fois. Il a été évoqué de manière informelle que le plus simple serait peut-être que chaque département fasse intervenir ses équipes de gestionnaires de cas sur son territoire, tout en apportant une attention toute particulière à la coordination avec le département voisin. Cet éventuel « arrangement » sur le territoire de la gestion de cas ne semble pas remettre en cause ni le principe de la MAIA, ni le territoire voulu par l'ARS : les instances de coordination doivent être calquées sur le territoire de la filière. La MAIA nécessite en effet des aménagements dans la pratique sur les territoires, afin de permettre la plus grande cohérence possible.

Le département de l'Ain, écartelé par les filières, et porteur d'une logique propre

Plus problématique est la question du département de l'Ain. Le département de l'Ain est déjà découpé par trois des cinq territoires de santé définis par l'ARS Rhône-Alpes : il est partagé entre le Territoire de santé Est, le Territoire de santé Centre et le Territoire de santé Nord. En outre, sept filières gériatriques se partagent le territoire du département de l'Ain, donc cinq sont interdépartementales et où le département n'a pas le territoire prédominant (peu de communes ou absence d'hôpitaux sur le territoire de l'Ain, ce qui rend donc difficile un portage par le CG de l'Ain). Le découpage territorial établi en fonction des flux de personnes âgées contribue donc à morceler le territoire départemental.

Si le département de l'Ain n'a pas souhaité s'associer au projet du CG de la Savoie, ce refus ne doit pas être entendu comme une absence d'adhésion à ce projet précisément mais bien sous-tendu par la défense du territoire départemental. Selon la déléguée départementale PA-PH du CG de la Savoie, la réaction du CG de l'Ain s'explique par l'éclatement du département de l'Ain dans les différents territoires de l'ARS.

C'est lié à la réaction du département de l'Ain dans la structuration des filières, mais aussi des territoires de santé, puisque le département de l'Ain est complètement éclaté dans les différentes filières gériatriques mais aussi dans les territoires de santé de Rhône-Alpes. Donc (...) ça rend pour eux extrêmement compliqué la définition des dispositifs départementaux puisqu'ils relèvent, pour une part, de l'application des autres départements, enfin de la coopération avec les autres départements.

Le département de l'Ain souhaite, pour les MAIA, développer une logique propre en faisant porter les MAIA de son territoire par les CLIC. Les sept CLIC du département de l'Ain ne sont pas portés par le Conseil général, mais par des associations, intercommunalités, ou établissements médico-sociaux. Actuellement, une seule MAIA est présente sur le territoire du département de l'Ain, sur la filière de Bourg en Bresse, et qui est portée par l'association qui porte le CLIC.

Le département de l'Ain a refusé de s'associer à la MAIA portée par le CG de la Savoie et aux MAIA portées par le CG du Rhône. Le référent Alzheimer de l'ARS dit être intervenu pour faire adhérer le CG de l'Ain au projet MAIA du Rhône, mais celui-ci s'est heurté à un refus catégorique, concluant que ce sont bien des enjeux politiques qui sous-tendent ces positions. Dans un contexte où la pertinence de l'échelon départemental peut être remise en question, le département de l'Ain peut se sentir dépossédé par la politique de l'ARS. Sa réaction peut s'interpréter comme une « crise d'identité ».

On peut donc constater que la logique territoriale de l'ARS ne satisfait pas tous les départements. La réaction du département de l'Ain pourrait compromettre la couverture de l'ensemble du territoire régional en MAIA, objectif pourtant poursuivi par l'ARS Rhône-Alpes.

2. Les défis d'un territoire MAIA comprenant cinq CLIC départementaux

L'étendue du territoire de la filière de Chambéry qui est une des plus vastes de la région est en soi source de complexité : le territoire réunit une multitude d'acteurs, les problématiques sont différentes selon les zones du territoire (urbain/rural, plaine/montagne). La complexité est aussi liée à la présence de cinq CLIC départementaux sur ce territoire, qui possèdent chacun une gouvernance territoriale.

Une superposition de gouvernances

Le territoire de la filière comprend cinq CLIC. Il est important de souligner que la plupart des territoires MAIA en Rhône-Alpes comprennent un ou deux CLIC. Chaque CLIC est animé par les coordinatrices PA-PH, qui participent aussi à l'animation des filières de proximité. Le pilote aura donc à travailler avec ces cinq CLIC et cinq coordinatrices. L'harmonisation des réponses du CLIC et l'échange de bonnes pratiques, visés par le projet MAIA, seront donc complexe à mettre en œuvre, notamment du fait de la multiplicité des acteurs.

Les atouts de cet échelon supérieur

Toutefois, il faut souligner que le fait que le territoire MAIA dépasse le territoire de chaque CLIC a permis une meilleure adhésion au projet. En effet, il ne s'agit pas de développer la coordination de proximité au niveau des CLIC, ce qui aurait remis en cause le travail et le domaine de compétence des coordinatrices. L'intégration MAIA se positionne sur un territoire plus vaste, en animateur des instances de la filière. C'est probablement pour cette raison que la mise en place d'un pilote a été relativement bien vécue par les coordinatrices.

Alors qu'il y ait un pilote global sur la filière, puisqu'elle est énorme, moi ça ne me gênait pas forcément, puisqu'il faut qu'il y ait quelqu'un qui fédère comme ça.

Le fait que le territoire de la MAIA n'interfère pas avec le territoire de coordination des délégations territoriales est souligné par une coordinatrice, qui insiste sur le territoire « *beaucoup plus large* », sur l'activité de « *médiation* » de la MAIA, notamment « *entre les hôpitaux* », sur un plan qui « *n'appartient* » pas aux délégations territoriales.

Considéré en premier lieu comme une source de complexité, le territoire de la MAIA s'est avéré peu remettre en cause les légitimités des professionnels impliqués dans la coordination territoriale. Cependant, la complexité du territoire est évoquée pour la mise en place de la gestion de cas.

3. Quelles conséquences du territoire sur la gestion de cas complexes ?

La mise en place des gestionnaires de cas sur le territoire apparaît plus complexe du fait des six équipes de l'APA présentes dans les délégations territoriales.

Dispersion des gestionnaires de cas versus équipe mobile de gestionnaires de cas

La mise en place des gestionnaires de cas soulève de nombreuses questions. La projet MAIA possèdera trois gestionnaires de cas dans un premier temps.

Ces gestionnaires de cas pourraient être répartis dans les différentes équipes médico-sociales de l'APA des territoires concernés. Une organisation similaire a été mise en place dans le Conseil général de l'Isère. Cette configuration a l'avantage de permettre aux gestionnaires de cas d'être proches des équipes APA et d'élaborer une prise en charge coordonnée. Ils seraient ainsi répartis dans différents territoires, avec une cohérence géographique, dans l'optique de réduire les temps de trajets. Les deux coordinatrices interrogées se positionnent plutôt en faveur de cette répartition.

L'autre possibilité serait de former une équipe mobile de gestionnaires de cas, qui serait placée dans une délégation territoriale centrale. L'avantage de cette répartition est bien de favoriser le partage d'expériences entre les gestionnaires de cas, et d'assurer une proximité

pilote/gestionnaire de cas. Le département de l'Isère réfléchit actuellement à positionner ses gestionnaires de cas dans la même délégation territoriale, sur demande de ceux-ci.

Quelle que soit la configuration choisie, la question de la position hiérarchique des gestionnaires de cas semble tranchée : les gestionnaires de cas, même intégrés aux équipes médico-sociales de l'APA, restent sous la responsabilité hiérarchique du pilote. Ce positionnement doit éviter qu'une des délégations territoriales ne s'approprie le projet MAIA.

La question de la répartition des gestionnaires de cas, une étape franchie dans l'acceptation du dispositif ?

Il est intéressant de constater que la question de la répartition des gestionnaires de cas entre les territoires des délégations territoriales est apparue lors d'un entretien. Cette question témoigne d'une certaine acceptation du dispositif, puisqu'il s'agit de savoir comment garantir que toutes les délégations territoriales puissent faire appel à des gestionnaires de cas. Les débats des réunions précédentes s'articulaient plus autour d'une remise en cause de la nécessité de la gestion de cas.

Cette coordinatrice souligne l'enjeu de la répartition des gestionnaires de cas :

En tous les cas, moi je te dis, il y a un enjeu à la mise en place des gestionnaires de cas. Dans le périmètre, dans la répartition, c'est vraiment important.

Elle est préoccupée par la répartition des trente cas par gestionnaire : comment les cas seront-ils choisis ? Faut-il privilégier un choix basé sur l'urgence de la situation ? Attribue-t-on pour chaque territoire un nombre de places en gestion de cas en fonction du nombre de personnes âgées ou en fonction des ressources présentes sur le territoire ?

Au début, on va leur proposer des situations, et ils vont arriver à trente cas. Est-ce qu'il va y avoir une liste d'attente ? Quelles sont les situations qu'on va prendre en premier ? Et on va dire, dans les trente cas, je vais en prendre dix d'Aix-les-Bains, deux de Maurienne. Mais en même temps, peut-être que les dix d'Aix-les-Bains, c'était pas si urgent que ça pour l'instant, peut-être que ceux de la Maurienne l'étaient plus. Je ne sais pas comment ils vont gérer ça. (...)

Et puis le risque, c'est que justement, il y ait un territoire qui ait moins de moyens, alors moi je dis, j'ai l'équipe mobile. En Maurienne, ma collègue, elle a rien : gestionnaire de cas immédiatement. Et du coup, elle va aller sur la Maurienne (...). Et donc le risque, c'est que tout à coup, on a gestionnaire de cas qui soit davantage positionné à un endroit qu'à une autre. Et ça va, ça va faire frottement.

Est-ce que c'est au nombre de bénéficiaires de l'ADPA¹³⁷ ? (...) Est-ce qu'on peut se dire, que pour 100 bénéficiaires de l'ADPA, on a dix situations complexes ? ça peut être ça. Il faut en tous les cas qu'on définisse quelque chose.

Il ne s'agit pas ici de trouver une solution et de définir cette répartition. Toutefois, il est important de souligner que la répartition des gestionnaires de cas entre les différentes délégations territoriales est considérée comme un « enjeu », susceptible de créer des tensions

¹³⁷ L'APA est nommée ADPA dans le département de la Savoie (Aide Départementale Personnalisée à l'Autonomie)

entre les territoires. D'une façon générale, l'étendue du territoire pour le nombre de gestionnaires de cas est largement critiquée. Une coordinatrice pense même que l'étendue du territoire risque de mettre en difficulté les gestionnaires de cas, qui ne pourraient alors pas être légitimés pour leur travail. Elle propose donc de commencer la gestion de cas sur un plus petit territoire, et est prête à ne pas faire partie de ce territoire de gestion de cas dans un premier temps.

Parce que le risque, si on les met trop en difficulté en leur demandant d'être sur l'Avant-Pays, la Couronne, Aix-les-Bains (...) c'est que à un moment donné, elles saturent. Et la qualité risque de ne pas y être. Et que, du coup, pour les légitimer, il vaut mieux peut-être, qu'elles commencent par un endroit. (...) Mais si on veut que ça réussisse, il faut leur donner les moyens de la réussite. Donc je suis prête à laisser mes places, tu vois.

La question du territoire est centrale, que ce soit pour la coordination avec les autres départements ou pour la mise en place de la gestion de cas. Cette importance du territoire dans les débats peut être expliquée par un territoire MAIA non choisi par le porteur. Cela montre aussi toutes les difficultés qu'il y a à concilier les acteurs territoriaux autour de l'usager.

III. Quel besoin pour le projet MAIA ?

Peut-on déduire des difficultés de mise en place du projet que celui-ci n'est pas adapté et pas utile ? Il apparaît que malgré les limites exposées par les coordinatrices, des situations restent irrésolues sur le territoire, que ce soit sur le plan de la coordination ou sur le plan de la prise en charge des situations complexes. Il faut aussi souligner que les deux coordinatrices interrogées faisaient partie des personnes relativement opposées au projet dans un premier temps. L'avis exposé n'est donc pas emblématique de l'ensemble des coordinatrices.

1. Les besoins relevés sur la coordination territoriale

Les différents acteurs du territoire ne perçoivent pas forcément les mêmes besoins en termes de coordination. Cependant, il est intéressant de constater que des manques dans la coordination actuelle sont relevés par la plupart des acteurs rencontrés. L'enquête est loin d'être exhaustive : il aurait fallu interroger l'ensemble des acteurs du territoire (CH, SAD, SSIAD, CCAS, etc.) et les usagers.

En interne, un besoin de coordination départementale relevé

Sur le plan interne au CG, des pistes d'améliorations en termes de coordination sont relevées. La déléguée départementale a relevé plusieurs fois en réunion le manque de coordination sur un plan départemental : cette coordination devrait se faire dans le cadre de la DD mais personne n'a le temps d'animer véritablement cette coordination. De plus, il est relevé par la

DD que les filières manquent d'animateurs, ce qui a été montré lors de la dernière réunion de filières.

Les coordinatrices PA-PH interrogées évoquent plusieurs pistes de besoins de coordination. Si elles assurent une coordination de proximité, notamment en lien avec l'hôpital local, les coordinatrices relèvent un manque pour toutes les situations qui sortent de leur territoire, et notamment les sorties d'hospitalisation d'un hôpital autre que l'hôpital local :

Ecoute, je pense que c'est toutes les sorties d'hospi, mais globalement alors, qui n'ont pas lieu forcément sur (l'hôpital de proximité), parce que sur (l'hôpital de proximité), par exemple, nous, on les travaille bien. Sorties d'hospi de Chambéry, il n'y a pas d'organisation départementale. (...) Nous, on est souvent informées au dernier moment, et encore, ça dépend du service. On n'a pas de lisibilité ou très peu. Moi je ne sais pas qui sont les assistantes sociales. Alors, j'ai une liste, mais on les connaît pas vraiment (...).

Outre la question des sorties d'hospitalisation, la coordinatrice déplore le manque de concertation départementale sur la question des SSIAD, qui travaillent de façon « *isolée* », qui présentent un « *manque de place* » et une « *structuration un peu rigide* ». Elle évoque aussi le manque d'informations sur des services accessibles à tous mais qui ne sont pas forcément dans son territoire (HAD, unité cognitivo-comportementale, etc). Cette coordinatrice mentionne aussi la gestion des Soins de Suite et de Réadaptation :

Il y a aussi la gestion de tous les SSR par exemple. Là aussi, c'est quelque chose que je ne mesure pas. Nous, on va se limiter à demander une entrée sur le territoire (de la DT). Mais peut-être qu'il y a des possibilités ailleurs, je n'en sais rien, tu vois, l'organisation des places disponibles dans les SSR. Il y a l'unité [cognitivo-comportementale] et j'ai appris par hasard son existence. Personne ne nous l'a présentée. On n'en a jamais réellement parlé. Je ne sais pas quand il faut la solliciter, comment faire, enfin tu vois. Tout ce qui est services, qui pourraient servir à tout le monde, qui pour l'instant n'est pas géré collectivement. Où chacune, on va se débrouiller... (...) Il y a la HAD aussi. Tu vois, tous ces services qui ont une visée départementale et que ben, nous, c'est un petit peu à la petite semaine, parce que tu as trouvé un petit lien.

D'après ces indications, une coordination sur un plan départemental ou au niveau de la filière serait bénéfique. Les manques dans la coordination sont aussi évoqués par les partenaires extérieurs.

Pour les partenaires extérieurs : des besoins divers

Quelques partenaires rencontrés au cours de réunions ou en entretien ont pu aussi évoquer des manques dans la coordination sur le territoire.

Lors d'une réunion sur le sujet des MAIA, le directeur des unités de personnes âgées du CH de Chambéry nous a fait part de ses impressions sur le sujet. Ses affirmations étaient plutôt généralistes car il était seulement récemment nommé au sein du CH de Chambéry. Son impression était que si le service de gériatrie anticipait et travaillait bien les sorties

d'hospitalisation des personnes âgées et le retour à domicile, la situation était plus complexe pour des personnes âgées prises en charge dans une autre unité hospitalière.

La présidente de France Alzheimer Savoie évoque quant à elle un travail de certains CLIC jugé peu satisfaisant, car ils omettent d'orienter les usagers vers l'association.

2. Les besoins relevés sur la gestion de cas complexes

Concernant la prise en charge des situations complexes, certaines coordinatrices évoquent des manques et des limites importants actuellement. Une des coordinatrices mentionnait dans une réunion des situations qui restaient sans réponse satisfaisante pour les usagers, faute de temps pour suivre les personnes au domicile.

Deux principales compétences et possibilités d'action des gestionnaires de cas sont jugées utiles pour résoudre des situations qui s'enlisent : la formation spécifique sur les situations complexes et surtout la possibilité d'une prise en charge « au quotidien » (probablement plutôt hebdomadaire dans la pratique) :

J'ai insisté sur le côté qu'on n'arrivait pas à faire, c'est-à-dire le quotidien.
(...) J'ai parlé d'un cas d'une dame, enfin d'un couple d'ailleurs, qui se met en danger sur le plan financier, parce que cette dame, elle dit qu'elle sait faire. C'est quelqu'un qui a un bon niveau social et tout, qui commence à avoir des troubles Alzheimer mais qui dit ne pas avoir besoin d'aide. Sauf que la dernière fois, on a encore repéré qu'ils n'ont pas fait de déclarations d'impôts et ils ont même pas répondu à la première relance et que là ils ont cinquante pourcents d'impôts supplémentaires à payer (...). L'AS de secteur, elle va y aller une fois tous les 15 jours ou une fois par mois, elle va pas tout vérifier. On a une petite stagiaire qui a essayé de faire des pochettes, en disant à la dame, voilà, ne vous occupez pas de faire des pochettes si vous n'y arrivez pas, je vous mets une bannette et vous mettez tous les papiers dedans. Sauf que la dame, elle en met partout, et que dans la bannette, il n'y a rien. Donc il faut y aller quasiment tous les deux jours. Bah voilà, un gestionnaire de cas, il aura peut-être cette proximité que nous on n'arrive pas à avoir.

Il est toutefois intéressant de noter que les coordinatrices ne voient pas forcément de besoin sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les situations complexes ne sont pas essentiellement l'apanage de la maladie d'Alzheimer et les coordinatrices disent disposer d'un solide réseau d'acteur pour le suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer notamment avec l'ESA.

Une des coordinatrices dit avoir des difficultés pour la prise en charge des personnes avec des troubles psychiatriques et les refus de prise en charge :

Moi, par exemple, les personnes qui ont des troubles cognitifs pour le coup, ça ne sera pas forcément ma porte d'entrée. On travaille très bien avec l'équipe mobile. Elle fait un travail remarquable d'analyse... L'équipe aide beaucoup les aidants par exemple à trouver leur place dans l'accompagnement. Avec les professionnels, elle fait du lien avec les aides à domicile, les forme à la prise en charge individuelle, tout ce lien là il est fait. Donc c'est pas là-dessus qu'on ira. (...). Mais par contre, je suis plus en peine avec des gens qui ont plus des troubles du style Diogène. Où il y a des troubles cognitifs, mais qui ne sont pas de l'ordre de la perte de mémoire, mais plutôt dans l'organisation et de la

gestion du quotidien, où il n'a plus un service d'aide à domicile qui veut aller, plus un SSIAD. Je pense à un Monsieur, c'est une catastrophe. Il y a de la boue par terre, il a des journaux, et il va passer la serpillère sur ses journaux. (...)

On est aussi très en difficulté pour les gens qui ferment leur porte. On a une situation qui va devenir extrêmement problématique d'un couple, ils se sont déjà fait expulsés d'un logement. (...) Même la tutrice ne peut plus rentrer au domicile. Je crois qu'il n'y a plus que le cabinet infirmier qui peut rentrer pour faire un peu de toilette à monsieur (...). Ils vivent dans une tour (...) qui doit être démolie (...) ils refusent donc toutes les interventions du médiateur du logement (...) Donc tous les locataires partent et ils restent tout seuls, et personne ne peut rentrer chez eux. On a une autre situation d'un couple, alors là troubles psychiques plus plus plus, pas d'ADPA, signalement de la mairie. Il devait y avoir un raccordement à la fosse septique, ils ne l'ont pas fait et il y a toutes les eaux usées et tout le reste qui sortent devant chez eux.

A travers ces exemples concrets, il apparaît que certaines situations sur lesquelles les équipes sont en difficulté pourraient être suivies par les gestionnaires de cas.

On peut supposer que la mise en place progressive du dispositif donnera une légitimité aux gestionnaires de cas. Les oppositions et les craintes vis-à-vis de la mise en place du dispositif MAIA en général, que ce soit pour la gestion de cas ou pour le processus d'intégration sont importantes pour les professionnels de terrain. Elles résultent aussi des difficultés liées au territoire. Ces a priori négatifs sur le dispositif pourraient être comblés avec la mise en œuvre du dispositif, comme cela a été le cas dans les autres départements.

Conclusion

Nous tenterons dans cette conclusion de prendre du recul par rapport au projet MAIA du département de la Savoie. Nous émettons l'hypothèse que certaines difficultés auxquelles s'est heurté le projet MAIA de la Savoie sont intrinsèques au dispositif et à sa place dans la politique gérontologique. Nous développerons ensuite un regard critique sur la mission confiée, ses limites mais aussi ses résultats positifs.

I. Une mise en place difficile du dispositif due à des problèmes intrinsèques à la MAIA ?

Nous nous pencherons d'abord sur l'innovation limitée du dispositif MAIA dans l'action gérontologique, pour ensuite analyser une part des incertitudes et de la complexité du dispositif qui rendent délicat la mise en œuvre d'un projet MAIA.

1. Les MAIA, une innovation dans l'action publique ?

MAIA et path dependence

Au travers de notre analyse, nous montrons que la MAIA illustre bien le concept du « path dependence », c'est-à-dire la dépendance au chemin emprunté. La MAIA témoigne du poids des choix effectués dans le passé. Le changement introduit par les MAIA est principalement de l'ordre de la mise à disposition de nouveaux outils (la gestion de cas complexes, le système de partage d'information, etc.) visant à résoudre un problème de cohérence de l'action publique dont le constat n'est pas récent. L'innovation apportée par la MAIA apparaît limitée parce que les dispositifs antérieurs de coordination, réseaux gérontologiques et CLIC n'ont pas été supprimés. Les pouvoirs publics remettent donc à l'agenda la coordination gérontologique en décidant d'innover, par le biais des MAIA, mais sans aller jusqu'à la mise à plat de l'existant et la suppression des dispositifs antérieurs. On peut supposer que les raisons en sont diverses : les CLIC, malgré leurs limites, ont, pour certains, une place identifiée dans la politique gérontologique, à la fois par les partenaires et les usagers. Et ils sont, notamment dans le cas des CLIC portés par des Conseils généraux, un facteur important de légitimation et de visibilité de l'action sociale de la collectivité territoriale départementale. Plus encore, l'objectif principal de la MAIA est de mettre fin au mille-feuille administratif dans l'action gérontologique. Malgré les réussites de certaines MAIA dans la simplification,

la MAIA reste, dans la pratique, un dispositif supplémentaire dans l'action publique et contribue à l'empilement des dispositifs. On ne peut que supposer que la généralisation des MAIA, si celle-ci se produit, et dans la mesure où les dispositifs MAIA se montrent efficaces, conduira dans un second temps à une véritable simplification des dispositifs.

Cohérence, financement, et mise en œuvre du dispositif

Les MAIA soulèvent le problème du financement national sur un dispositif précis, au risque de segmenter l'action sociale. Ce risque a été identifié puisque les MAIA ont vu leur public cible s'élargir, suite aux revendications d'autres associations de malades et aux résultats des expérimentations. Ce financement national sur un dispositif précis, selon la procédure de l'appel à projet, peut expliquer aussi une partie des réticences des professionnels de terrain. Si la MAIA est un dispositif au cahier des charges national, n'y a-t-il pas un risque qu'elle se trouve déconnectée des besoins sur un territoire donné, et de la configuration des institutions sur ce territoire ? La MAIA pose la question de la marge de manœuvre laissée à chaque dispositif en fonction de sa territorialité et de ses spécificités. Les différents dispositifs rencontrés en Rhône-Alpes semblent montrer qu'une marge de manœuvre pour chaque dispositif est possible et que la MAIA doit concilier outils nationaux et spécificités du territoire. D'une façon générale, c'est la cohérence du dispositif et des financements associés qui pose question.

2. Incertitudes et complexité du dispositif

Plusieurs incertitudes contribuent à rendre le dispositif MAIA complexe, et à expliquer les incompréhensions, notamment en interne dans la mise en place du projet.

MAIA et public cible

La MAIA a été initialement pensée comme un dispositif à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Le public cible de la MAIA s'est élargi, mais la MAIA reste un dispositif dont la « prégnance » Alzheimer est importante. Le public Alzheimer est toujours mentionné dans le cahier des charges MAIA. Le déroulement de la commission consultative régionale, chargée de fournir un avis sur les projets MAIA l'illustre bien. Tous les représentants d'usagers et associatifs présents à la commission étaient des représentants de l'association France Alzheimer. De plus, les estimations du nombre de gestionnaires de cas attribué par dispositif MAIA reposent sur l'estimation des prévalences de la maladie sur le territoire. L'ambiguïté sur le public cible est donc importante. Pour les professionnels, l'élargissement du public cible de la MAIA reste peu lisible.

La MAIA invite à réfléchir sur cette assimilation des politiques visant les malades d'Alzheimer à des politiques vieillesse. Il semble que cette assimilation soit remise en cause par l'évolution du dispositif MAIA. La MAIA a été initialement pensée comme un dispositif à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'expérimentation a montré que si la MAIA entre dans la politique vieillesse, alors la spécificité Alzheimer n'a plus de sens : les prises en charge s'éloignent de la question unique de la maladie pour prendre en compte la vieillesse dans sa globalité, y compris sociale.

Cependant, la MAIA apparaît encore traversée par ces ambiguïtés, entre politique spécifique Alzheimer et politique dépendance.

Problèmes de terminologie

Liée à cette ambiguïté sur le public cible, la terminologie du dispositif contribue probablement à rendre peu claire son action. Les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer, ne sont en effet plus destinées aux seuls malades d'Alzheimer. Le terme de « Maison » pose question : les MAIA ne sont pas des Maisons, dans le sens où elles ne proposent pas d'accueil au public et ne se présentent pas comme un lieu physique. Elles doivent se comprendre comme un ensemble d'outils de coordination proposés aux professionnels et comme un dispositif proposant une intervention à domicile pour des situations jugées complexes. Ces problèmes de terminologie rendent complexes la promotion du dispositif. Ils avaient déjà été identifiés en février 2012 dans le rapport réalisé pour la Direction Générale de la Santé par la Fondation Nationale de Gérontologie¹³⁸.

Le changement de nom du dispositif, qui se nommera « Mission pour l'Autonomie et l'Intégration des services d'aides et de soins pour les Personnes Âgées », permettra peut-être de clarifier la compréhension du dispositif, à la fois pour les usagers et pour les professionnels.

Quelle pérennité pour ce dispositif ?

D'une façon générale, la pérennité du dispositif MAIA n'est pas assurée. Les annonces politiques semblent affirmer la généralisation des MAIA sur le territoire. Cependant, seuls 50 projets vont être financés cette année sur le territoire national au lieu des 100 projets prévus. Du fait de la situation économique contrainte, la question de la pérennité des financements se pose, d'autant plus que chaque dispositif MAIA est actuellement contractualisé sur une période de trois ans.

¹³⁸ TROUVE Hélène, SOMME Dominique, février 2012, *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, p. 68

Magali Robelet *et al.* souligne que jusqu'à une période récente, les rares mesures adoptées dans le champ de la coordination n'ont pas vraiment été suivies d'effets et que la question centrale du financement de la coordination n'a jamais été réellement traitée¹³⁹. L'innovation des MAIA est susceptible de résider dans la réponse à la question de du financement d'une coordination, pour autant que le dispositif se forge une pérennité dans l'animation de la coordination gérontologique.

Les interrogations autour de la pérennité du dispositif s'expliquent aussi du fait de l'instabilité du contexte institutionnel. Les ARS apparaissent comme des acteurs de la politique médico-sociale en cours de stabilisation et de légitimation. L'acte III de la décentralisation et la généralisation probable des Maisons de l'Autonomie sur le territoire risquent de modifier le paysage institutionnel et peut-être de remettre en cause la pérennité du dispositif MAIA.

II. Regard critique sur la mission

Nous développerons rapidement dans cette partie les limites et les réussites de la mission : la préparation d'un projet MAIA dans le département de la Savoie.

1. Limites rencontrées

La problématique de la conduite du changement

La problématique de la conduite du changement a été au cœur de la mise en place du projet. Dans un contexte plutôt tendu, certaines équipes des délégations territoriales se sont positionnées en opposition au projet. L'importance de la pédagogie doit être soulignée dans un tel contexte. La communication est aussi essentielle et a peut-être fait défaut dans certaines situations, et notamment lors du choix du territoire. La connaissance du dispositif, et surtout des dispositifs mis en place dans d'autres départements, a permis d'apporter des exemples concrets.

Malgré tout, il a été particulièrement ardu de faire adhérer certaines personnes au dispositif. Comme tout processus de changement nécessite un temps de réflexion pour faire évoluer les positions, le statut et la temporalité du stagiaire ne sont pas les plus légitimes pour la conduite du changement.

Légitimités

La question des légitimités a été au cœur des craintes sur la mise en place du projet. Nous l'avons constaté, la question de l'arrivée de nouveaux professionnels affectés à la MAIA a suscité des réactions liées en grande partie à la crainte de la perte de légitimité des

¹³⁹ ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann, 2005, op. cit. p. 240

professionnels en poste. La MAIA, en se superposant aux dispositifs existants, implique des chevauchements de compétence, notamment entre MAIA et CLIC. Ces « zones de frottements » sont source d'opposition et de freins parce qu'elles sont susceptibles de remettre en forme les contours des professions actuellement en place. Plus généralement, la mise en place du projet a fait ressortir des clivages entre professions.

Face à la question de la légitimité professionnelle, la question de la légitimité des institutions a été au centre des débats. La question du territoire, et notamment le refus d'adhésion du département de l'Ain au projet du CG de la Savoie interroge les légitimités de chaque institution dans la politique gérontologique territorialisée.

Difficultés organisationnelles

Une des difficultés à relever dans la mise en place du projet est celle liée aux contraintes de l'institution. Un Conseil général est une institution d'une taille importante, bureaucratique, et dans laquelle les lignes hiérarchiques doivent être respectées. Les documents doivent être signés et validés par la hiérarchie, ce qui induit d'importantes contraintes temporelles. Le projet a en outre été « retardé » par l'absence de Directeur Général Adjoint à la Vie Sociale pendant une période, à qui incombait la décision de proposer un projet MAIA pour l'appel à candidature de l'ARS. L'inertie d'une telle structure doit être prise en compte dans la réalisation d'un projet.

2. Réussites et apprentissages

Evolution progressive des positions

D'une façon générale, les opinions des équipes de terrain face au projet MAIA ont évolué. Cela a été particulièrement flagrant lors d'un entretien où la question essentielle semblait être de savoir comment répartir les gestionnaires de cas équitablement entre les territoires, alors que le recrutement même des gestionnaires de cas faisait débat et que leur utilité était contestée lors d'une précédente réunion. D'une façon générale, la connaissance du dispositif s'est améliorée et on peut supposer que les équipes ont été préparées avant l'entrée en fonction du pilote.

Conduite du projet et sélection du projet

Le projet MAIA du Conseil général a été retenu par l'ARS Rhône-Alpes. Les appréciations sur le projet fournies par la Délégation Territoriale de l'ARS lors de l'instruction du dossier étaient très favorables. De plus, le projet a pu bénéficier du soutien de nombreux partenaires extérieurs : Centres Hospitaliers, CCAS, association France Alzheimer Savoie, ce qui laisse à penser que la coordination avec les partenaires pourra s'appuyer sur un ancrage solide.

Plus personnellement, cette mission m'a familiarisée avec le secteur médico-social et l'ensemble de ses acteurs (ARS, CH, associatifs, etc.) et m'a permis de comprendre les enjeux de l'organisation interne du Conseil général. La mission globale de préparation du projet MAIA jusqu'à la décision de l'ARS Rhône-Alpes m'a apporté une première expérience dans la mise en place d'un projet médico-social en autonomie. J'ai pu ainsi être confrontée à tous les défis de la mise en place d'un projet novateur, porteur d'évolutions des pratiques et impliquant la mise en place de nouveaux profils professionnels.

Ce travail de mémoire se contente d'esquisser les enjeux de la coordination gérontologique, en insistant sur la place des Conseils généraux. Il se fonde sur la mise en place du projet MAIA en Savoie, de la décision du Conseil général de s'inscrire dans le dispositif jusqu'à la sélection des projets de candidature par l'ARS. Il peut apparaître qu'il est peu fait allusion à l'utilisateur, et plus généralement aux personnes âgées. Le projet MAIA doit pourtant s'articuler autour de la personne âgée avec l'objectif d'une meilleure prise en charge et d'une meilleure coordination des acteurs. Toutefois, la MAIA n'a pas encore vu le jour sur le territoire concerné. Il serait pertinent de s'intéresser à la place des personnes âgées dans un projet en fonctionnement. Si l'objet était, dans ce mémoire, de comprendre la mise en œuvre institutionnelle du projet MAIA, il serait pertinent de s'intéresser dans un second temps à la place des personnes âgées dans un projet en fonctionnement.

Bibliographie

Ouvrages et articles

- ARGOUD Dominique, 2010, « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société*, n°132, p. 103-110
- AUBIN Emmanuel, 2011, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Gualino, Paris
- BARIET Anne, 22 avril 2013, « Alzheimer : En matière d'accueil, le rôle essentiel des départements », *La Gazette*, p. 28-30
- BELZILE Louise, SALLES Mylène, GAGNON Dominique, COUTURIER Yves, 2012, « L'élaboration de dispositifs de *transversalisation* professionnelle et organisationnelle pour le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », *Gérontologie et société*, n°142, p. 115-127
- BLANCHARD Nathalie, 2004, « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ? », *Retraite et société*, n°43, p. 165-186
- BOUSSAGUET Laurie (dir.), 2006, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, Paris
- BUSSIERE Caroline, 2002, « Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Genèse et objectifs », *Gérontologie et société*, n°100, p. 75-81
- CAUDRON Jean-Michel, 2012, « Définition des nouveaux métiers et des nouvelles fonctions. Des arrivées à maturité, ou timides, ou encore à espérer, ou quasiment avortées », *Gérontologie et société*, n°142, p. 169-180
- CARADEC Vincent, 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 3^{ème} édition, Armand Colin, Paris
- CORVOL Aline, MOUTEL Grégoire, SOMME Dominique, 2012, « La gestion de cas en gérontologie : nouveau métier, nouvelles questions », *Gérontologie et société*, n°142, p. 195-203
- COVEZ Alain, GAY Marie, BLANCHARD Nathalie, FAGES Dominique, 2002, « La coordination gérontologique. Pour qui, pourquoi, comment ? », *Gérontologie et société*, n°100, p.25-34
- COVEZ Alain, 2010, « Genèse et évolution des CLIC : expérience des centres locaux d'information et de coordination depuis le bureau d'information gérontologique de Lunel », *Gérontologie et société*, n°132, p. 135-144
- DEMERS Louis, ST-PIERRE Michèle, TOURIGNY André *et all.*, juin 2005, *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*, Université du Québec, Ecole nationale d'administration publique
Disponible sur : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/398-IntegrationServicesAines.pdf>

- DHERBEY Brigitte, JURDAN Christine, 2002, « Les dispositifs locaux de coordination, un outil de développement », *Gérontologie et société*, n°100, p. 65-74
- DUBAR Claude, TRIPIER Pierre, 2005, *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris
- DUPONT Olivier, 2012, « De l'expérimentation des MAIA à leur déploiement », *Gérontologie et société*, HS n°1, p. 179-184
- DUPONT Olivier, 2010, « Les MAIA, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer : un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires », *Gérontologie et société*, n°132, p. 129-133
- ENNUYER Bernard, 2012, « Un regard critique sur les "gestionnaires de cas", dernière "mode" de la coordination imposée par le plan Alzheimer », *Gérontologie et société*, n°142, p. 205-213
- ENNUYER Bernard, 2002, « Les CLIC : un nouvel enfermement des personnes vieillissantes ? », *Gérontologie et société*, n°100, p. 83-94
- FOUREL Christophe, février 2013, « L'expérimentation sociale », in FOUREL Christophe, MALOCHET Guillaume (dir.), *Les politiques de cohésion sociale. Acteurs et instruments*, Rapports et Documents Questions Sociales, Centre d'analyse stratégique, Direction Générale de la Cohésion Sociale, p. 59-79
- GAUTIER Pierre, septembre 2010, « La gouvernance du secteur social et médico-social après la création des ARS et la réforme des services déconcentrés de l'Etat », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2675, Cahier 24
- HENRARD Jean-Claude, 2010, « Territoires gérontologiques : la question en France au regard d'autres pays européens », *Gérontologie et société*, n°132, p. 123-128
- HOFMARCHER Maria M., OXLEY Howard, RUSTICELLI Elena, décembre 2007, « Improved Health system performance through better care coordination », *Health Working Papers*, OECD Health Working Paper No 30
Disponible sur: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/39791610.pdf>
- JANVIER Guy, février 2013, « Bilan de trente ans de décentralisation en matière sociale » in FOUREL Christophe, MALOCHET Guillaume (dir.), *Les politiques de cohésion sociale. Acteurs et instruments*, Rapports et Documents Questions Sociales, Centre d'analyse stratégique, Direction Générale de la Cohésion Sociale, p. 221-237
- LAFORE Robert, 2004, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des affaires sociales*, n°4, p. 17-34
- LE LIDEC Patrick, 2010, « Les relations financières entre l'Etat et les collectivités territoriales : un sauvetage des Conseils généraux orchestré au prix fort », *Informations sociales*, n°162, p. 32-40
- LE SOMMER-PERE Myriam, 2002, « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société*, n°100, p. 49-63
- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, 2012, « MAIA – le CNOM demande une loi : limites du partage des informations à caractère secret », *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*, n°25
- PAQUET Michel, 15 février 2012, « Plateformes de répit : une dynamique de coopération au profit des aidants familiaux », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°27, p. 30-33

- RAYSSIGUIER Yvette, JEGU Josiane, LAFORCADE Michel (dir.), 2012, *Politiques sociales et de santé*, 2^{ème} édition, Presses de l'EHESP, Rennes
- ROBELET Magali, SERRE Marina, BOURGUEIL Yann, 2005, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 231-260
- TREGOAT Jean-Jacques, 2008, « De la modernisation du secteur social et médico-social à la réforme de l'Etat et de son administration territoriale », *Gérontologie et société*, n°126, p. 45-63
- VERMOREL Michel, RUMEAU Eric, 2010, « Les inter-filières sanitaires et médico-sociales gérontologiques : une approche fonctionnelle de la notion de territoire », *Gérontologie et société*, n°132, p. 213-221

Rapports, documents institutionnels et cours

- ARS RHONE-ALPES, 7 mars 2013, « Les filières gérontologiques en région Rhône-Alpes : Organiser un parcours de la personne âgée en coordonnant l'ensemble des acteurs pour répondre aux attentes de l'utilisateur et de l'aidant »
- ARS RHONE-ALPES, 14 février 2013, *Avis d'appel à candidature MAIA*
- ARS RHONE-ALPES, CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, décembre 2012, *Relevé de conclusions de la réunion du 12 décembre 2012 : Filières gérontologiques du territoire Savoie-Belley*
- ARS RHONE-ALPES, juillet 2012, *Schéma régional d'organisation médico-sociale*, Projet régional de santé Rhône-Alpes 2012-2017
- ARS RHONE-ALPES, mars 2012, « Les filières gérontologiques », *REPERES 1*
 Disponible sur : http://www.powermailing.fr/userfiles/165/file/Newsletter1_mars2012/2012_03_Reperes_filières_geronto_interactif.pdf
- COMMISSION NATIONALE chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, présidée par monsieur le professeur Ménard, 2007, *Rapport au Président de la République. Pour le malade et ses proches. Chercher, soigner et prendre soin*, remis le 8 novembre
 Disponible sur : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-menard.pdf>
- CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, 2012, *Les clés de votre département 2012*
- CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, 2011, *Schéma départemental 2011-2016 Personnes Âgées*
- EQUIPE PROJET NATIONALE MAIA, 3 avril 2013, « MAIA – réunion des référents Alzheimer ARS », *Présentation support de la réunion*, CNSA
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie, contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*, Rapport adopté à l'unanimité lors de la séance du 23 juillet 2011
 Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, juillet 2012, « Le dispositif d'intégration MAIA, ses acteurs, ses outils. Aspects éthiques et déontologiques », *Rapport de l'ordre national des médecins pour la CNSA*, Rapporteur : Dr. Bernard Le Douarin
- SOMME Dominique, SAINT-JEAN Olivier (dir.), décembre 2008, *Rapport PRISMA France. Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action*, Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie en France
 Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/094000078/0000.pdf>
- TROMPETTE Pascale, « La sociologie des groupes professionnels », *Sociologie du marché et des professions. Cours introductif donné à l'IEP de Grenoble*
- TROUVE Hélène, SOMME Dominique, février 2012, *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
 Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/124000336/0000.pdf>
- 4^{ème} anniversaire du plan Alzheimer 2008-2012, *Bilan du plan Alzheimer au 1^{er} février 2012*, février 2012, Dossier de presse, Présidence de la République
 Disponible sur : http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_Alzheimer_1er_fevrier_2012.pdf

Textes de lois et textes officiels

- Appel à candidature 2009 pour l'expérimentation d'un dispositif de plateformes de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies Alzheimer et apparentées*, DGAS, CNSA, janvier 2009
 Disponible sur : http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Appel_a_projets_pour_l_experimentation_de_plateformes_d_accompagnement_et_de_repit_-_janvier_2009.pdf
- Appel à candidature 2008 pour l'expérimentation de « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer*, Cahier des charges, 2008
 Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/V6_cahier_des_charges_MAIA_-3_.pdf
- Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits « MAIA » Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer*, septembre 2011
 Disponible sur : http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Cahier_des_charges_MAIA_sept_2011-2.pdf
- Circulaire interministérielle n° DGCS/DGOS/CNSA2013/10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)*, validée par la CNP le 18 janvier 2013, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, CNSA
 Disponible sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/01/cir_34436.pdf
- Code de l'Action Sociale et des Familles*, version consolidée au 31 mai 2013
 Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069>

Code de la Santé publique, version en vigueur au 20 juin 2013

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130620>

Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, JORF n°0227 du 30 septembre 2011

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024612056&dateTexte=&categorieLien=id>

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, 1^{er} février 2008, République française

Disponible sur : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>

Sites internet

www.plan-alzheimer.gouv.fr : site du Plan Alzheimer 2008-2012 (consulté en juin 2013)

www.cg73.fr : site du Conseil général de la Savoie (consulté en juin 2013)

www.ars.rhonealpes.sante.fr (consulté en juin 2013)

<http://rnrsms.ac-creteil.fr/idf/formation/colloque04/ennuyer.htm> : article en ligne de Bernard Ennuyer sur la dépendance, 2003 (consulté en février 2013)

Table des annexes

ANNEXE 1: DOCUMENTATION COMPLEMENTAIRE	117
1. LE CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE	117
<i>Organigramme général.....</i>	<i>117</i>
<i>Cartographie des Délégations Territoriales à la vie sociale</i>	<i>118</i>
<i>Budget 2012 du Conseil général.....</i>	<i>118</i>
2. LE PLAN ALZHEIMER ET L'ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER.....	120
<i>Le plan Alzheimer</i>	<i>120</i>
<i>Les plateformes d'accompagnement et de répit.....</i>	<i>120</i>
3. FILIERES ET MAIA	122
<i>Fiche de poste du pilote MAIA</i>	<i>122</i>
<i>Fiche de poste du gestionnaire de cas MAIA</i>	<i>123</i>
<i>Carte des territoires des filières gérontologiques et gériatriques de la région Rhône-Alpes</i>	<i>125</i>
<i>Fiches du Programme Territorial de Santé, Territoire de Santé Est, ARS Rhône-Alpes, relatives au pilotage des filière.....</i>	<i>126</i>
ANNEXE 2: ENTRETIENS.....	127
1. TABLEAUX D'ENTRETIEN	127
<i>Entretiens réalisés au Conseil général de la Savoie.....</i>	<i>127</i>
<i>Entretiens réalisés auprès des partenaires.....</i>	<i>127</i>
<i>Entretiens réalisés auprès des pilotes de dispositifs MAIA dans le cadre du stage</i>	<i>127</i>
<i>Entretiens réalisés dans le cadre universitaire.....</i>	<i>127</i>
2. EXEMPLES DE GRILLES D'ENTRETIEN	128
<i>Entretien avec les coordinatrices PA-PH du Conseil général de la Savoie.....</i>	<i>128</i>
<i>Entretien avec la présidente de l'association France Alzheimer Savoie.....</i>	<i>128</i>
3. EXTRAITS DE RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	129
<i>Entretien avec la Déléguée Départementale Personnes Âgées – Personnes Handicapées du Conseil général de la Savoie.....</i>	<i>129</i>
<i>Entretien avec une coordinatrice PA-PH du Conseil général de la Savoie, Délégation territoriale 1</i>	<i>130</i>
<i>Entretien avec une coordinatrice PA-PH du Conseil général de la Savoie, Délégation territoriale 2</i>	<i>135</i>
<i>Retranscription des questions posées au référent Alzheimer de l'ARS Rhône-Alpes (pas d'enregistrement, retranscription à partir de notes).....</i>	<i>139</i>
<i>Entretien avec la présidente de l'association France Alzheimer Savoie.....</i>	<i>140</i>
<i>Entretien avec Mme Gucher, enseignant-chercheur au PACTE.....</i>	<i>144</i>
<i>Récapitulatif général des rencontres avec les pilotes MAIA de l'Isère, de la Drôme et de la Haute-Savoie.....</i>	<i>146</i>

Table des matières

SOMMAIRE.....	4
LISTE DES SIGLES	5
INTRODUCTION	6
PARTIE I L'INTEGRATION GERONTOLOGIQUE, CONTOURS D'UN PROBLEME DE POLITIQUE PUBLIQUE ET ROLE DU DEPARTEMENT.....	14
CHAPITRE 1: LA COORDINATION EN GERONTOLOGIE, L'EMERGENCE D'UN PROBLEME DE POLITIQUE PUBLIQUE 16	
<i>I. Une complexité du paysage institutionnel.....</i>	<i>16</i>
1. Une multiplicité d'acteurs.....	16
Fragmentation de la gouvernance et des acteurs	17
Cloisonnements et la question du « médico-social »	17
2. Une forte sectorisation des politiques publiques en faveur des personnes âgées	18
<i>II. Des défis sociétaux et médicaux importants</i>	<i>19</i>
1. Place de l'usager et la question de la coordination.....	20
2. Maintien à domicile et exigence en termes de coordination.....	20
3. Nouvelles exigences liées à la prise en charge des maladies chroniques	21
4. Les trois niveaux de coordination.....	22
<i>III. Premières réponses en termes de politiques publiques : la mise en place des CLIC et des réseaux gérontologiques.....</i>	<i>23</i>
1. Les CLIC et les réseaux gérontologiques, des dispositifs à vocation de coordination.....	24
2. Un échec relatif de ces dispositifs ?	25
<i>IV. La mise à l'agenda de la coordination gérontologique dans le plan Alzheimer</i>	<i>26</i>
1. Du rapport Ménard au plan Alzheimer : la mise à l'agenda de la coordination	26
2. Rationalité de l'action publique et lobbys associatifs.....	28
3. De la coordination à l'intégration, évolutions conceptuelles et innovations	29
L'intégration, tentatives de définition.....	29
Les MAIA : un « changement » en termes de politiques publiques ?	30
CHAPITRE 2: LE CONSEIL GENERAL, UNE PLACE DE PREMIER PLAN DANS LES POLITIQUES GERONTOLOGIQUES	32
<i>I. Le département « chef de file » de l'action sociale et de l'action gérontologique.....</i>	<i>32</i>
1. Retour sur les grandes lois de décentralisation et l'avènement du « département providence »	32
L'acte I de la décentralisation : une compétence de droit commun dans l'aide sociale en faveur des départements.....	33
L'acte II de la décentralisation : la consécration du département providence	33
Enjeux des différentes vagues de décentralisation	33
2. L'action gérontologique du département : entre prestations et planification territoriale	35
3. Le département, un « géant aux pieds d'argile » ?	36
La fragilité budgétaire des départements	36
Fragilité institutionnelle du département.....	37
<i>II. Organisation de la politique gérontologique du Conseil général de la Savoie.....</i>	<i>37</i>

1.	L'organisation centralisée : la délégation départementale PA-PH	38
2.	L'organisation territoriale : les Délégations Territoriales à la Vie Sociale.....	38
3.	Enjeux de l'organisation territorialisée des services.....	39
III.	<i>L'organisation de la coordination gérontologique dans le département de la Savoie</i>	41
1.	Coordination dans le cadre des CLIC	41
	Intégration des CLIC dans les services du Conseil général de la Savoie.....	41
	Coordination dans le cadre des CLIC	41
	Une organisation complexe	42
2.	Coordination dans le cadre de la filière	43
	Mise en place des filières dans la région Rhône-Alpes	43
	La coordination dans le cadre des filières dans le département de la Savoie	44
CHAPITRE 3: LES MAIA, UN NOUVEAU DISPOSITIF D'INTEGRATION TERRITORIALE ET DE GESTION DE CAS		46
I.	<i>Les MAIA de l'expérimentation à la généralisation</i>	46
1.	MAIA et expérimentation.....	46
	Expérimentation et entrée des MAIA dans le cadre réglementaire	46
	L'expérimentation sociale, un nouveau mode de mise en place des politiques publiques.....	48
2.	Les deux volets du dispositif MAIA : intégration et gestion de cas complexes.....	48
	L'intégration dans le dispositif MAIA	48
	La gestion de cas.....	49
3.	MAIA et public cible : des patients atteints de la maladie d'Alzheimer aux personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle.....	50
	La remise en cause de la spécificité Alzheimer du dispositif : le passage d'une politique ciblée à une politique généraliste ?.....	50
	La gestion de cas et les cas dits « complexes »	51
II.	<i>La MAIA, des outils spécifiques.....</i>	52
1.	La concertation, un nouveau mode de gouvernance	52
2.	Des outils de coordination des partenaires MAIA	53
	Des outils au service de l'intégration	53
	Une difficile mise en œuvre des outils	53
III.	<i>Les acteurs clé des MAIA : ARS et CG.....</i>	54
1.	Rôle de l'ARS dans le dispositif MAIA : un pilotage régional du dispositif.....	54
2.	Rôle des Conseils généraux dans le dispositif MAIA.....	55
IV.	<i>Mise en place des MAIA sur le territoire, les spécificités de la région Rhône-Alpes</i>	56
1.	MAIA et politique médico-sociale de l'ARS Rhône-Alpes.....	56
	Un rôle primordial dédié aux Conseils généraux	56
	Un territoire de référence : le territoires des interfilières gérontologiques.....	56
2.	Focus sur trois MAIA de la région : expériences et retours	58
	Public cible et gestion de cas.....	58
	Méthodologie	59
	Apports du dispositif.....	59
	Particularités territoriales et difficultés de transposition	60
PARTIE II LE PROJET MAIA DU CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE : DEFIS, ACTEURS ET ENJEUX		62
CHAPITRE 1: DECISION POLITIQUE ET INTERET POUR LE CONSEIL GENERAL.....		64
I.	<i>Légitimité et inscription du CG dans la politique gérontologique.....</i>	64
1.	Une volonté de rester chef de file de la politique gérontologique dans la « lutte » pour la coordination... 64	64
	La coordination gérontologique, un moyen pour légitimer département et ARS.....	64
	La recherche d'une place dans la « lutte » pour la coordination.....	65
2.	Une décision administrative pragmatique, plus que politique.....	66
II.	<i>Les raisons d'une mise en place tardive et le rôle des configurations d'acteurs</i>	66

1. Des facteurs inhérents au dispositif MAIA	67
Les incertitudes sur le dispositif	67
La complexité du dispositif MAIA	67
2. Une organisation jusqu'alors peu stabilisée	68
Une instabilité en interne depuis l'intégration et la création des CLIC	68
Une instabilité jusqu'alors avec la mise en place des filières	68
3. Une configuration d'acteurs plutôt favorable	69
Nouvelle configuration d'acteurs et attentes du Centre Hospitalier	69
Perte d'importance de l'association France Alzheimer	69
Les configurations d'acteurs en interne	70

CHAPITRE 2: TERRITOIRE, PARTENARIATS ET DOSSIER DE CANDIDATURE : LA MISE EN PLACE DU PROJET MAIA DANS LE DEPARTEMENT DE LA SAVOIE..... 71

<i>I. Le choix d'un territoire MAIA</i>	<i>71</i>
1. Les interfilières en Savoie, deux territoires possibles de développement MAIA	71
2. L'arbitrage et les raisons du choix du territoire	72
Les coordinatrices PA-PH des DT : des opinions contrastées sur la mise en place d'une MAIA	72
Les configurations des autres partenaires, et principalement des hôpitaux	73
Le choix de la Déléguée Départementale PA-PH, reposant sur la configuration externe	73
3. Focus sur le territoire de la filière de Chambéry	73
Caractéristiques du territoire	74
Démographie	74
Acteurs sur le territoire	74
<i>II. La formalisation des partenariats</i>	<i>75</i>
1. Les Centres Hospitaliers, un engagement dans le projet	75
2. L'association France Alzheimer Savoie, une adhésion au projet, malgré une évolution jugée peu souhaitable	76
3. Les autres Conseils généraux concernés, entre défense du territoire et logique partenariale	76
4. Les CCAS, une adhésion de principe	77
<i>III. Le dossier de candidature et le passage du projet en commission consultative régionale de l'ARS 77</i>	
1. Le projet MAIA de la Savoie, un projet « prudent » ?	77
L'articulation des MAIA avec les services existants : la recherche d'une complémentarité	77
Une intégration de la MAIA dans les instances de la filière et une simplification des instances CLIC/filière	78
Un rôle fondamental laissé au pilote dans la structuration du projet	78
Un projet « prudent » ?	79
2. La commission consultative régionale : acteurs, enjeux et avis	79
Acteurs et place prépondérante des Conseils généraux	80
Enjeux restreints et consécration des Conseils généraux dans le portage MAIA	80

CHAPITRE 3: LEGITIMITES ET TERRITOIRE, ENJEUX ET DIFFICULTES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET MAIA 83

<i>I. Enjeux et controverses en interne</i>	<i>83</i>
1. Controverses sur la coordination et le pilote	83
Quelle place pour les CLIC et ses professionnels ?	84
Les zones de frottement MAIA/CLIC	85
Les MAIA, une remise en cause du travail du CLIC ?	86
La crainte de perdre le contrôle des compétences	87
2. Controverse sur les gestionnaires de cas	88
Contours des compétences et concurrence professionnelle avec les équipes médico-sociales de l'APA ?	88
Nouveaux profils versus amélioration de l'existant	90
3. Controverses sur la cohérence du dispositif	90
Un usager perdu au milieu des intervenants	91
Les MAIA, un renforcement du mille-feuille administratif ?	92
Les MAIA, un gaspillage financier ?	92
4. Pilotage du changement	93
Les problèmes de la gouvernance de l'action territorialisée au Conseil général	93
Clivages entre professions	94
Partenaires externes versus adhésion en interne, une décision peu comprise	95

II. <i>Le territoire, source de complexité</i>	95
1. Les complexités d'un territoire supradépartemental	96
L'oubli des limites départementales et les difficultés de mise en place de la gestion de cas.....	96
MAIA Isère – MAIA Savoie, la solution du chacun chez soi ?	97
Le département de l'Ain, écartelé par les filières, et porteur d'une logique propre.....	97
2. Les défis d'un territoire MAIA comprenant cinq CLIC départementaux.....	98
Une superposition de gouvernances	98
Les atouts de cet échelon supérieur.....	99
3. Quelles conséquences du territoire sur la gestion de cas complexes ?.....	99
Dispersion des gestionnaires de cas versus équipe mobile de gestionnaires de cas	99
La question de la répartition des gestionnaires de cas, une étape franchie dans l'acceptation du dispositif ?	100
III. <i>Quel besoin pour le projet MAIA ?</i>	101
1. Les besoins relevés sur la coordination territoriale	101
En interne, un besoin de coordination départementale relevé	101
Pour les partenaires extérieurs : des besoins divers.....	102
2. Les besoins relevés sur la gestion de cas complexes	103
CONCLUSION	105
I. <i>Une mise en place difficile du dispositif due à des problèmes intrinsèques à la MAIA ?</i>	105
1. Les MAIA, une innovation dans l'action publique ?	105
MAIA et path dependency	105
Cohérence, financement, et mise en œuvre du dispositif.....	106
2. Incertitudes et complexité du dispositif.....	106
MAIA et public cible	106
Problèmes de terminologie.....	107
Quelle pérennité pour ce dispositif ?	107
II. <i>Regard critique sur la mission</i>	108
1. Limites rencontrées	108
La problématique de la conduite du changement.....	108
Légitimités.....	108
Difficultés organisationnelles	109
2. Réussites et apprentissages.....	109
Evolution progressive des positions.....	109
Conduite du projet et sélection du projet.....	109
BIBLIOGRAPHIE	111
OUVRAGES ET ARTICLES	111
RAPPORTS, DOCUMENTS INSTITUTIONNELS ET COURS	113
TEXTES DE LOIS ET TEXTES OFFICIELS	114
SITES INTERNET	115
TABLE DES ANNEXES	116
ANNEXE 1: DOCUMENTATION COMPLEMENTAIRE	117
1. LE CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE	117
<i>Organigramme général</i>	117
<i>Cartographie des Délégations Territoriales à la vie sociale</i>	118
<i>Budget 2012 du Conseil général</i>	118
2. LE PLAN ALZHEIMER ET L'ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER	120

<i>Le plan Alzheimer</i>	120
<i>Les plateformes d'accompagnement et de répit</i>	120
3. FILIERES ET MAIA	122
<i>Fiche de poste du pilote MAIA</i>	122
<i>Fiche de poste du gestionnaire de cas MAIA</i>	123
<i>Carte des territoires des filières gérontologiques et gériatriques de la région Rhône-Alpes</i>	125
<i>Fiches du Programme Territorial de Santé, Territoire de Santé Est, ARS Rhône-Alpes, relatives au pilotage des filière</i>	126
ANNEXE 2: ENTRETIENS	127
1. TABLEAUX D'ENTRETIEN	127
<i>Entretiens réalisés au Conseil général de la Savoie</i>	127
<i>Entretiens réalisés auprès des partenaires</i>	127
<i>Entretiens réalisés auprès des pilotes de dispositifs MAIA dans le cadre du stage</i>	127
<i>Entretiens réalisés dans le cadre universitaire</i>	127
2. EXEMPLES DE GRILLES D'ENTRETIEN	128
<i>Entretien avec les coordinatrices PA-PH du Conseil général de la Savoie</i>	128
<i>Entretien avec la présidente de l'association France Alzheimer Savoie</i>	128
3. EXTRAITS DE RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	129
<i>Entretien avec la Déléguée Départementale Personnes Âgées – Personnes Handicapées du Conseil général de la Savoie</i>	129
<i>Entretien avec une coordinatrice PA-PH du Conseil général de la Savoie, Délégation territoriale 1</i>	130
<i>Entretien avec une coordinatrice PA-PH du Conseil général de la Savoie, Délégation territoriale 2</i>	135
<i>Retranscription des questions posées au référent Alzheimer de l'ARS Rhône-Alpes (pas d'enregistrement, retranscription à partir de notes)</i>	139
<i>Entretien avec la présidente de l'association France Alzheimer Savoie</i>	140
<i>Entretien avec Mme Gucher, enseignant-chercheur au PACTE</i>	144
<i>Récapitulatif général des rencontres avec les pilotes MAIA de l'Isère, de la Drôme et de la Haute-Savoie</i>	146
TABLE DES MATIERES	148