

Évaluation
du dispositif **MAIA**
en Ile-et-Vilaine



Ille & Vilaine
LE DEPARTEMENT



Ille-et-Vilaine, **la vie**
à taille humaine

Octobre 2020



Contexte et commande

Le contexte

Le développement du concept d'intégration

- La MAIA (*méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*) vise à améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle développe sur tout le territoire des projets et protocoles améliorant le parcours du public visé.
- Elle a pour particularité de regrouper les acteurs des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dans l'accompagnement des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie, et de leur aidants.
- Il s'agit d'une démarche originale d'intégration des services d'aide et de soins.
- Ce concept d'intégration s'est développé depuis les années 90 dans les pays anglo-saxons, il devient plus soutenu en France à partir des années 2000 (CASF et CSP en 2011, décret du 29 nov. 2011, loi ASV de 2015).
- Le déploiement des MAIA sur le territoire national est obligatoire (actuellement, 98 % du territoire est couvert - 352 MAIA).
- Des évolutions récentes du modèle : vers une convergence des dispositifs (MAIA, PRADO*, CTA du PAERPA*, PTA*, PAG*...).

**(SIGLES) PRADO : programme de retour à domicile (personnes âgées) ; PAERPA : parcours de santé des aînés (personnes âgées) ; CTA de la PTA : coordination territoriale d'appui des plateformes territoriales d'appui (sanitaire) ; PAG : plan d'accompagnement global (handicap).*

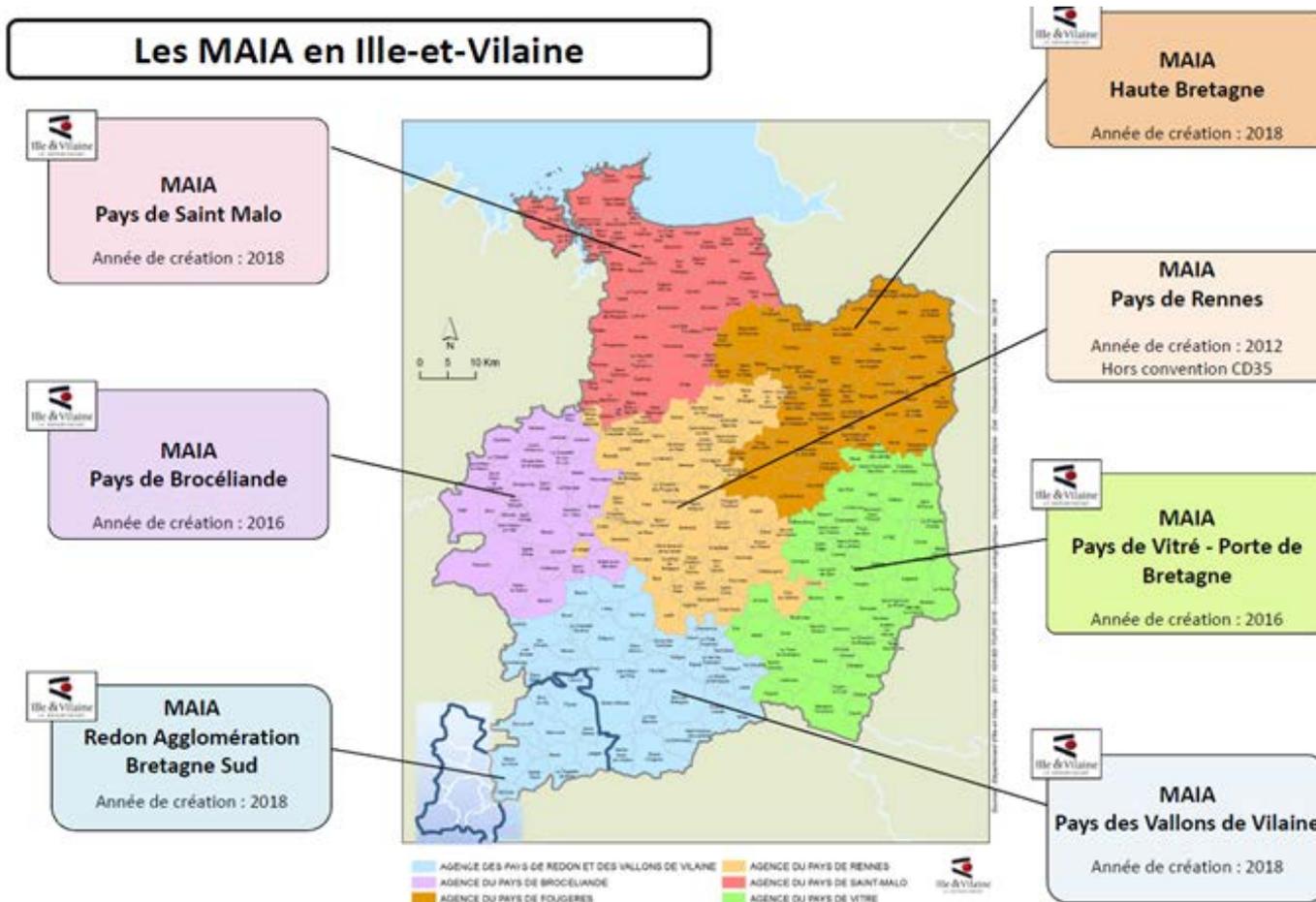
Le contexte

Des incertitudes qui planent

- Des incertitudes quant au devenir des MAIA avec la loi santé de juillet 2019 qui vise à une meilleure organisation des professionnels de santé :
 - L'article 23 porte sur les dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (les DAC) et a un incidence sur les MAIA
 - Les dispositifs existants ont 3 ans (à compter de juillet 2019) pour l'organiser et s'unifier en un seul dispositif d'appui à la coordination (convergence et fusion ?). Les CLIC pourraient intégrer le DAC sur délibération du Conseil départemental.
- Des impacts potentiels en Ille-et-Vilaine :
 - Sur la question du conventionnement : → changements de porteurs (autres que les CLIC)
 - Sur les aspects RH → devenir de la mise à disposition des 12 agents départementaux gestionnaires de cas
 - Sur le principe d'action en mode intégratif : est-ce la gouvernance des MAIA qui change ou le principe-même d'action des MAIA qui est voué à disparaître? → quel positionnement du Département ?

Le contexte

Les MAIA en Ille-et-Vilaine



H Mazonq * Département d'Ille-et-Vilaine * 19/09/2019

La description du dispositif

L'organisation du dispositif

→ Un pilotage national par la CNSA : chargée de la mise en œuvre au niveau national et financeuse des dispositifs avec :

- Une délégation (par la CNSA) de la gestion des crédits MAIA aux ARS
- Les ARS sont chargées du déploiement opérationnel des MAIA auprès des structures porteuses locales (associatives ou publiques)
- Les Conseils départementaux ont été introduits dans le pilotage local (loi ASV) : il « *veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les CLIC [...] et les institutions et les professionnels mettant en œuvre la MAIA* »

→ Un modèle national organisationnel reposant sur **3 axes** :

- **Concertation** : permet de décroisonner les secteurs et construire une réponse commune
- **Guichet intégré** : permet de fournir aux usagers une information harmonisée sur tout le territoire, adaptée à leurs besoins et une orientation vers les ressources adéquates
- **Gestion de cas** : un suivi intensif au long cours pour les situations complexes, avec un interlocuteur unique référent

→ **3 outils** déployés dans le cadre de cette démarche : un outil-type d'évaluation, un plan de service individualisé, un système d'information partageable

Le contexte

L'intervention en propre du Département d'Ille-et-Vilaine

- Le Département d'Ille-et-Vilaine s'est emparé du dispositif dès 2012 (2 MAIA sur Saint-Malo et Dinan), puis sur le pays de Rennes
- L'ARS a sollicité le Département pour lancer une **préfiguration** et porter la MAIA à l'échelle départementale → La réflexion a débouché sur l'engagement du département à être territoire pionnier pour l'expérimentation de la RAPT
- En 2016, **appel à candidature conjoint ARS/Département** lancé auprès des CLIC pour le déploiement de MAIA sur les territoires non pourvus → Réorganisation des secteurs des MAIA existantes + création des MAIA de Brocéliande, Vitré, Fougères, Redon et Vallons
- **Un contrat-cadre Département/ARS** pour 6 MAIA sur 7 (hors Rennes) signé en mars 2016, réactualisé en janvier 2018, accompagné d'une convention financière annuelle
- Un **conventionnement du Département** avec chaque structure gestionnaire de CLIC porteuse d'une MAIA (3 ans)



Le contexte

Les caractéristiques du modèle breillien

Le dispositif déployé en Ille-et-Vilaine est **caractéristique** : le Département a déployé des MAIA à l'interface entre le sanitaire et le social, qui s'engagent à mobiliser à la fois les CLIC (personnes âgées, handicap) et les PTA (champ sanitaire)

- **Au niveau du public visé** : un dispositif qui vise les personnes âgées dépendantes, mais également celles en situation de handicap
- **Au regard du mode de gouvernance choisi** : le choix de s'appuyer sur les CLIC en tant que structures gestionnaires porteuses de la MAIA (peu de Départements ont fait ce choix) :
 - Le porteur est soit la structure déjà gestionnaire du CLIC, soit une structure créée par les CLIC existants pour porter la MAIA
 - Le porteur est l'employeur du pilote et de l'assistant du pilote MAIA (le Département, depuis 2019 conventionne avec obligation pour la structure porteuse de recruter et financer le poste d'un assistant à hauteur minimale d'un 0,5 ETP).
- **En termes de RH, une mobilisation de professionnels dans les équipes autonomie des CDAS** : avec la mise à disposition de **12 professionnels départementaux** (les gestionnaires de cas) au sein des équipes autonomie des CDAS, sous la responsabilité hiérarchique de **5 médecins-conseils** qui interviennent en articulation avec le pilote (sur partie de leur temps).

Les spécificités du modèle MAIA en Ille-et-Vilaine

Par rapport au modèle national

	Modèle général des MAIA	MAIA Ille-et-Vilaine
Public visé	Personnes <u>âgées</u> en perte d'autonomie présentant des complexités dans leurs parcours de soins	Personnes <u>âgées et handicapées</u> en perte d'autonomie présentant des complexités dans leurs parcours de soins (handicap reconnu ou non par la MDPH)
Portage	Structures <u>associatives ou publiques</u> (28 % CLIC ou réseau de santé, 17 % service ou établissement public de santé, 11 % groupement, 3 % établissement médico-social) et Conseils départementaux (35 %)	Structures gestionnaires de <u>CLIC</u> (publiques ou associatives)
Compétence	100 % ARS	Compétence déléguée au Département
Financier	100 % CNSA (via ARS)	100 % CNSA (via ARS)
Secteur concerné	->Convergence médico-social et sanitaire ->Coordination avec les PTA (plates-formes territoriales d'appui)	->Convergence médico-social et sanitaire ->Coordination avec les PTA, les CLIC, les CDAS
Employeur des agents	Structures associatives ou publiques ou Conseils départementaux	Structure gestionnaire du CLIC employeur du pilote + assistant MAIA (structure déjà gestionnaire du CLIC ou structure créée par les CLIC existants pour porter la MAIA)
Gestionnaires de cas	Professionnels salariés de la structure porteuse (le cas échéant) -> 3 gestionnaires de cas par MAIA	Agents intégrés au sein des équipes autonomie des CDAS ->2 à 3 gestionnaires de cas par MAIA

La commande d'évaluation

Une évaluation à l'initiative du Département d'Ille-et-Vilaine

- **Commanditaires** : l'élue référente et le Directeur général du pôle Solidarité humaine
- **Déclencheurs de la commande** :
 - Une volonté du Département de mesurer la **pertinence du modèle** breillien de la MAIA (était prévue dans le contrat cadre ARS-CD35 l'évaluation de chaque MAIA - non réalisée)
 - Des **évolutions nationales** sur le dispositif MAIA depuis l'été 2019 ayant des impacts sur le dispositif et nécessitant une réflexion quant au positionnement futur du Département dans le cadre des futurs DAC
- **Suites données** : les résultats de l'évaluation permettront d'**éclairer la décision du Département** sur son positionnement futur dans le cadre des DAC, avec une **décision finale prise en Assemblée départementale** en novembre 2020.
- Cette étude vient s'inscrire dans une réflexion plus globale menée par le pôle Solidarité humaine assise sur les résultats de plusieurs travaux menés concomitamment.
- **Réalisation** : le service Contrôle de gestion, évaluation et audit -SCGEA- a été missionné pour réaliser cette évaluation qu'il a pilotée, en partenariat étroit avec la Direction de l'autonomie.



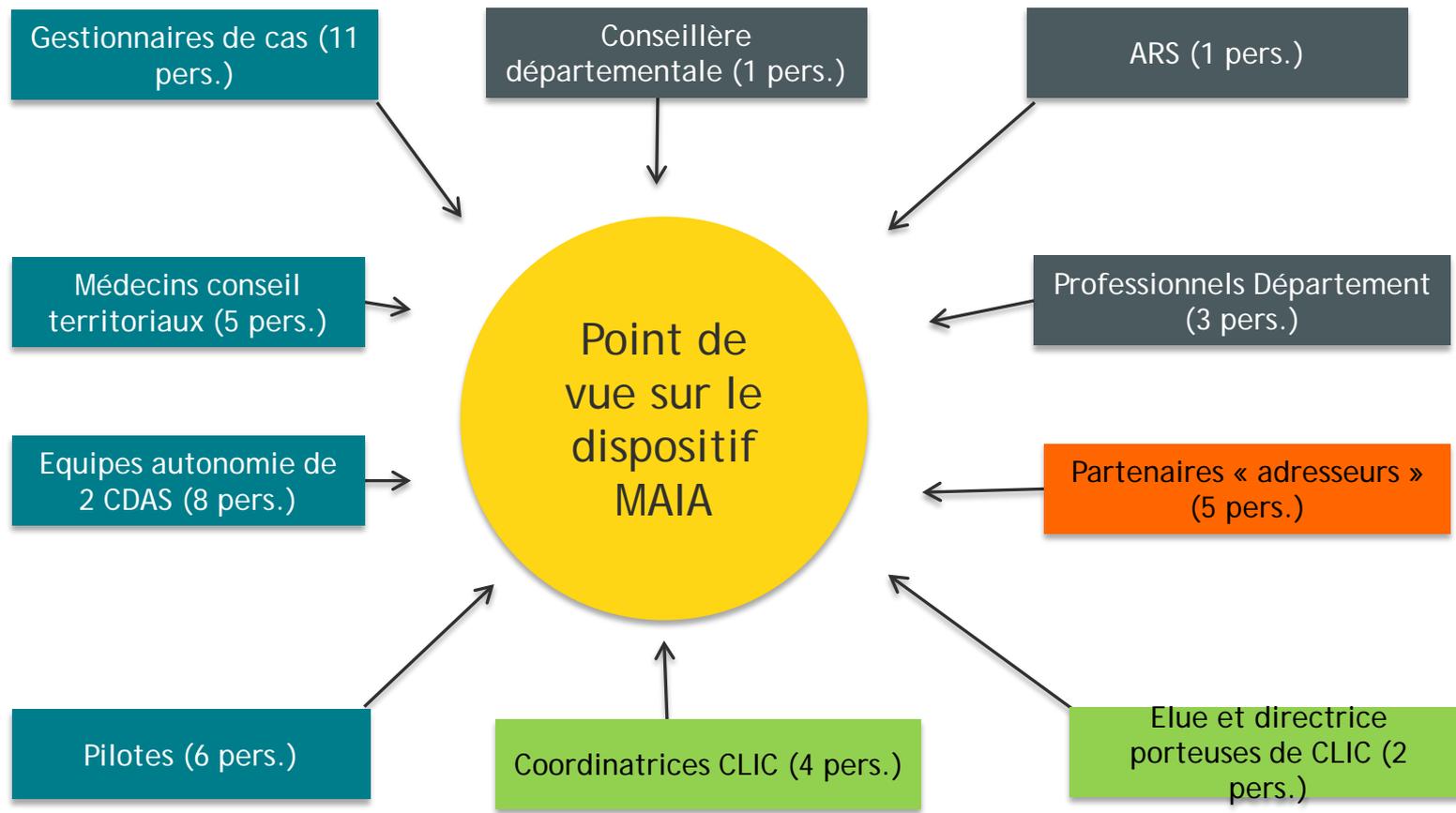
La méthodologie déployée : le périmètre

- **Attendus** : mesurer le degré d'atteinte des objectifs que s'est fixés le Département sur les spécificités du modèle breillien (et non pas sur l'entièreté du dispositif national MAIA)
- **Participants à l'évaluation** : les acteurs de terrain
- **Période étudiée** : depuis la création des MAIA (2012 pour la première, 2018 pour la dernière)
- **Nombre de MAIA enquêtées** : 6 MAIA (sur les 7 existant en Ile-et-Vilaine)
- **Période de travail** : de novembre 2019 à juin 2020 (8 mois)
- **De larges thèmes investigués** (répondant aux spécificités du modèle breillien) : fluidité, convergence, gouvernance, public



Méthodologie déployée : 46 interlocuteurs sollicités

- En amont de l'enquête, les ≠ acteurs ont été informés



Enquête auprès des acteurs : types d'investigations

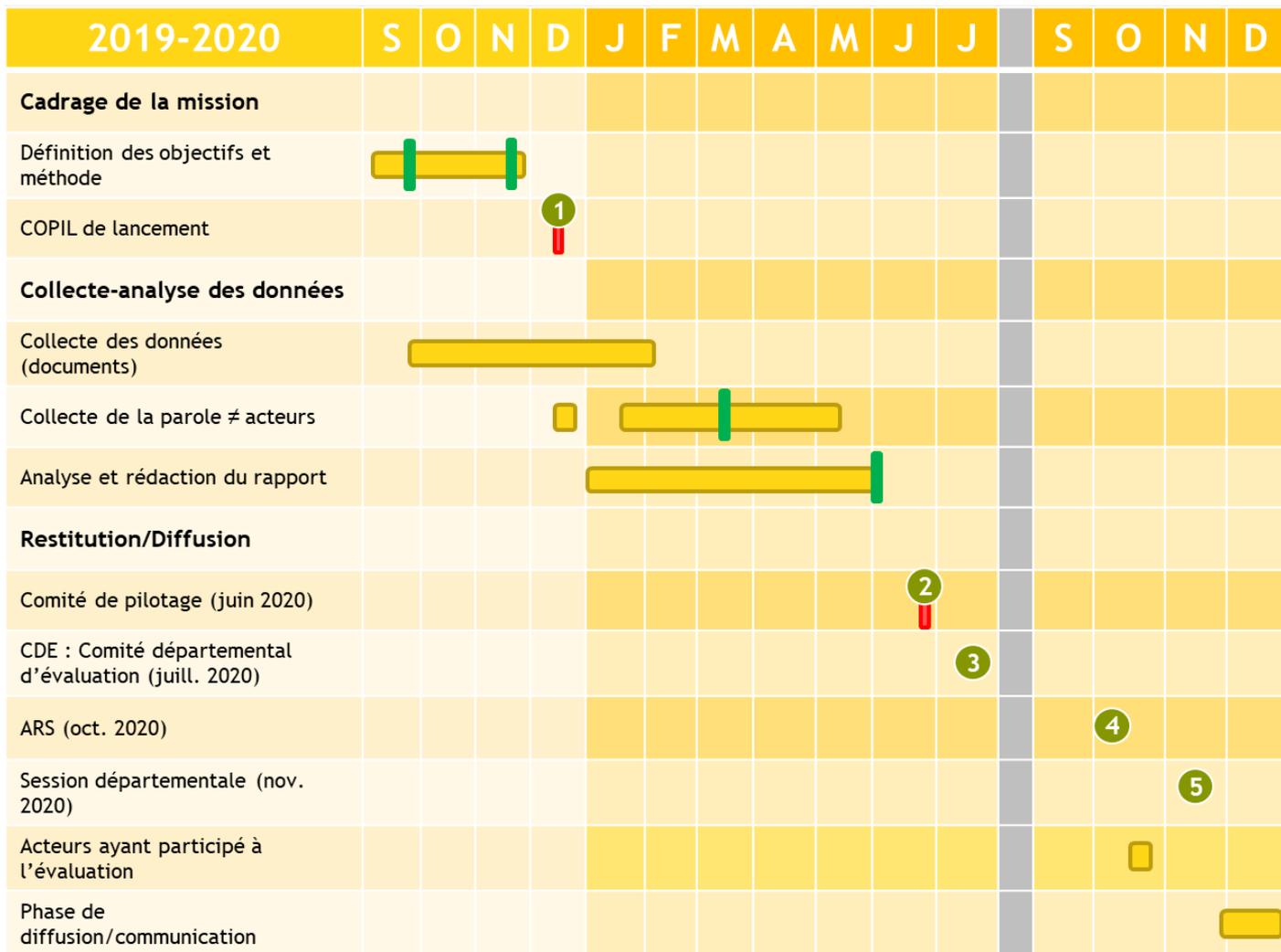
- Des trames de questionnement ont été élaborées en amont des entretiens

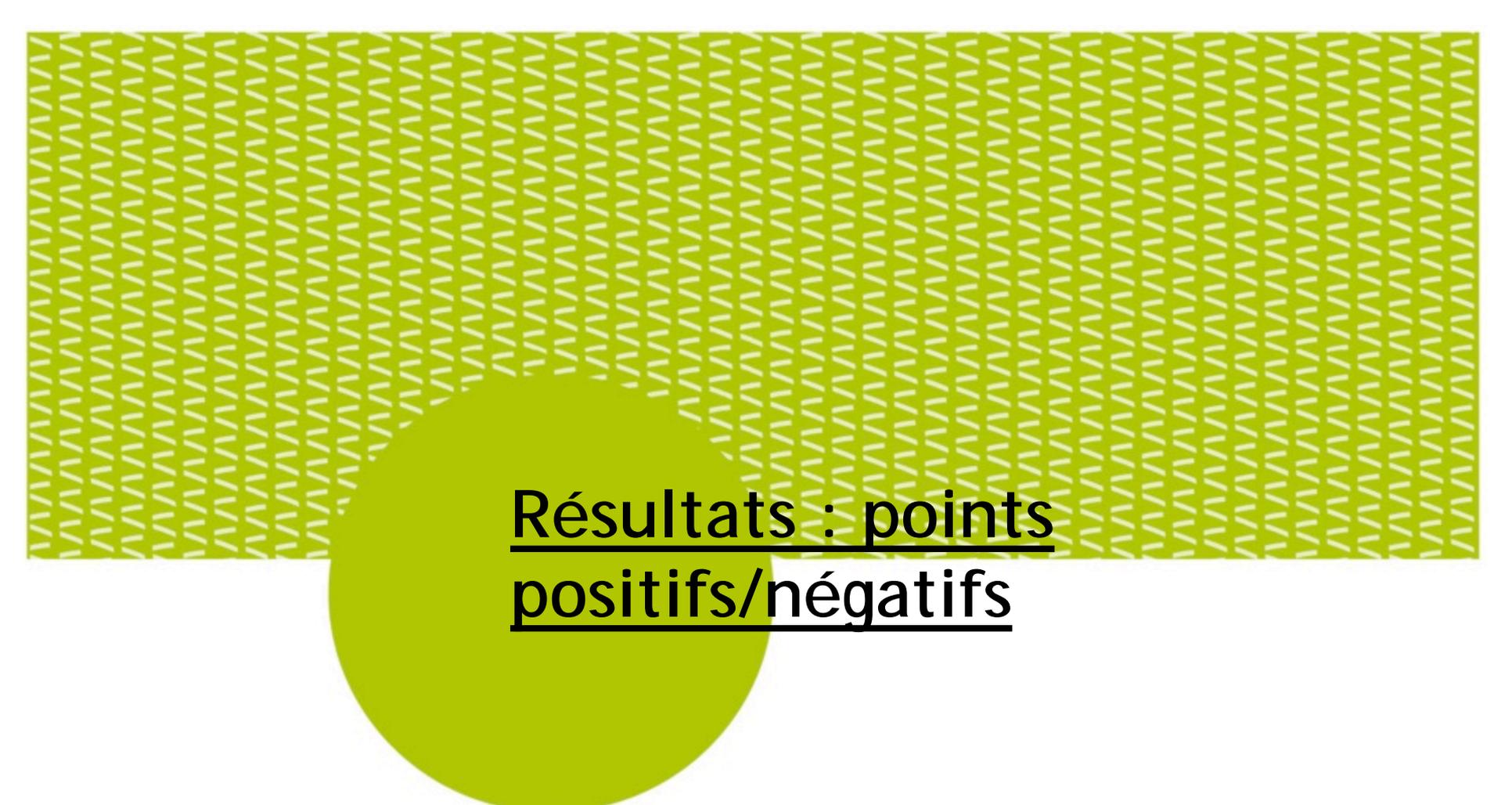
Acteurs rencontrés	Vecteur	Date
Conseillère départementale	1 entretien individuel	Janvier 2020
Directeur départemental adjoint ARS	1 entretien individuel	Janvier 2020
4 professionnels de 4 CLIC (coordinateurs)	4 entretiens individuels (téléphoniques)	Mars 2020 <i>(pendant le confinement)</i>
2 porteurs de 2 CLIC MAIA (1 élue, 1 directrice)	2 entretiens individuels (téléphoniques)	Mars 2020 <i>(pendant le confinement)</i>
5 partenaires « adresseurs » (MAIA Brocéliande et Vitré)	5 entretiens individuels (téléphoniques)	Avril 2020 <i>(pendant le confinement)</i>
3 professionnels (pilotage du dispositif au siège Département)	3 entretiens individuels	Décembre 2019
<u>Professionnels de MAIA</u>		
6 pilotes	6 entretiens individuels	Janvier 2020
11 GDC	5 entretiens collectifs	Février 2020
5 Médecins	3 entretiens individuels, 1 entretien binôme	Février 2020
8 professionnels de CDAS (Brocéliande et Vitré)	1 entretien collectif (téléphonique /1 CDAS), 4 entretiens individuels (téléphon.)	Mars 2020 <i>(pendant le confinement)</i>



Planning et livrables

Une évaluation menée sur 8 mois : nov. 2019 à juin 2020





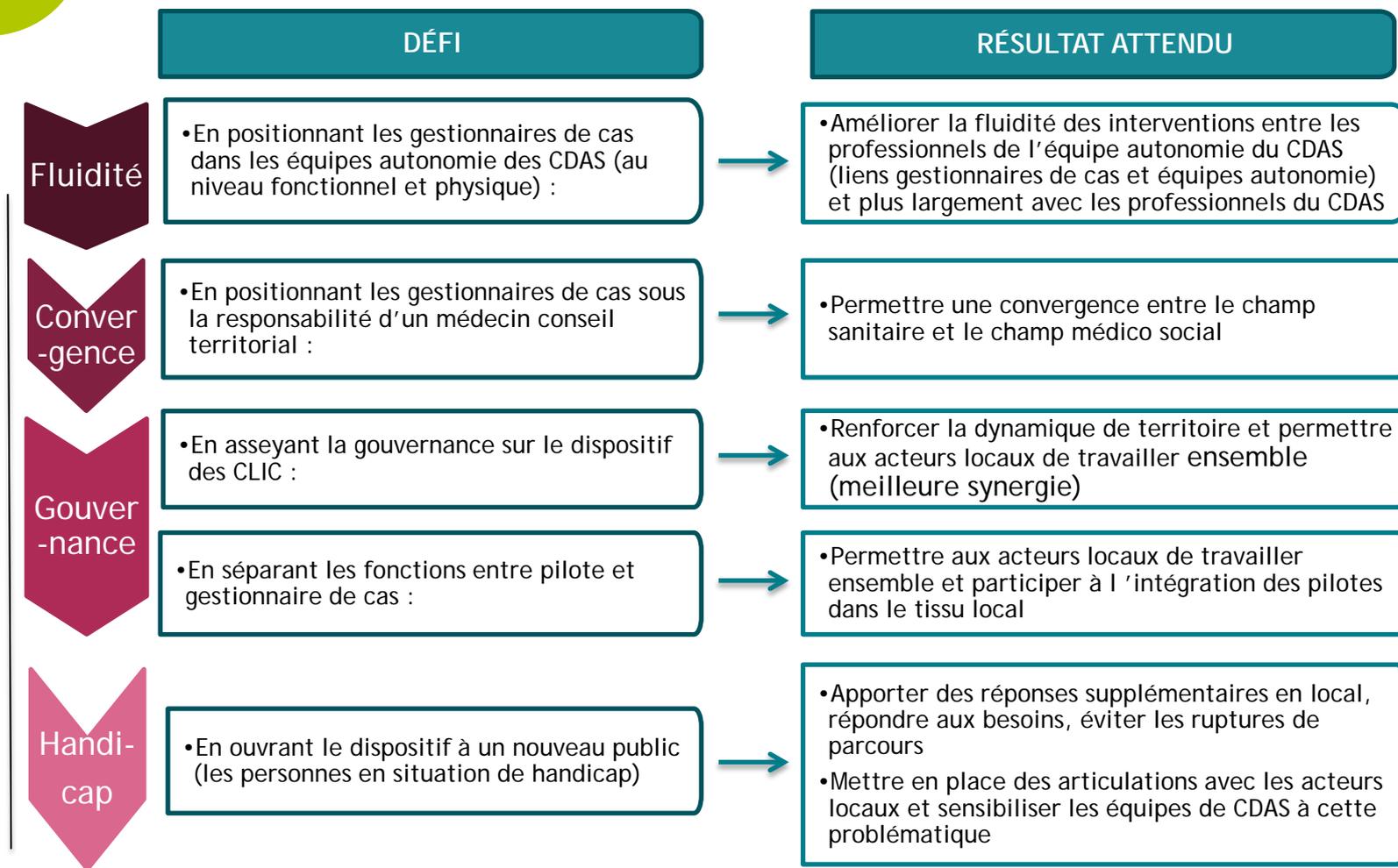
Résultats : points positifs/négatifs

Précautions de lecture !



- **Contexte : l'évaluation a été menée dans un contexte particulier, qui peut avoir un impact sur les résultats (facteurs de biais) :**
 - Une partie de l'enquête a été menée durant le **confinement** (41 % des interlocuteurs)
 - Un outil de traitement d'enquête non accessible (délais augmentés, pas de COTECH)
 - Durant l'évaluation, les **GDC** ont rencontré les organisations syndicales et la DRH pour évoquer leur **insécurisation** face à leur devenir et obtenir des garanties
 - Une problématique RH individuelle ayant un impact fort sur les résultats d'1 MAIA
- **Périmètre**
 - L'étude est centrée sur quelques questions évaluatives analysées du point de vue des acteurs de terrain (objectifs à atteindre que le Département s'est fixés, pas de questionnement sur l'efficacité ou la pertinence du dispositif)
 - Elle n'a pas vocation à proposer de scénario prospectif (s'intègre dans ≠ travaux menés par le PSH)
- **Typologie des professionnels rencontrés**
 - Pas d'échantillonnage, ont été rencontrés les acteurs présents quel que soit leur degré d'ancienneté dans le dispositif, 2 MAIA ciblées pour la rencontre avec les CDAS et partenaires (parmi les plus anciennes : Brocéliande et Vitré) ; 46 acteurs rencontrés sur 49 initialement prévus (disponibilité des acteurs liée à la période de crise sanitaire).
- **Traitement des données**
 - Respect des règles de **sécurité et de confidentialité** (anonymisation des résultats, destruction des données après analyse...) inhérents au travail d'évaluation (déontologie).

Les défis du Département : 5 défis principaux

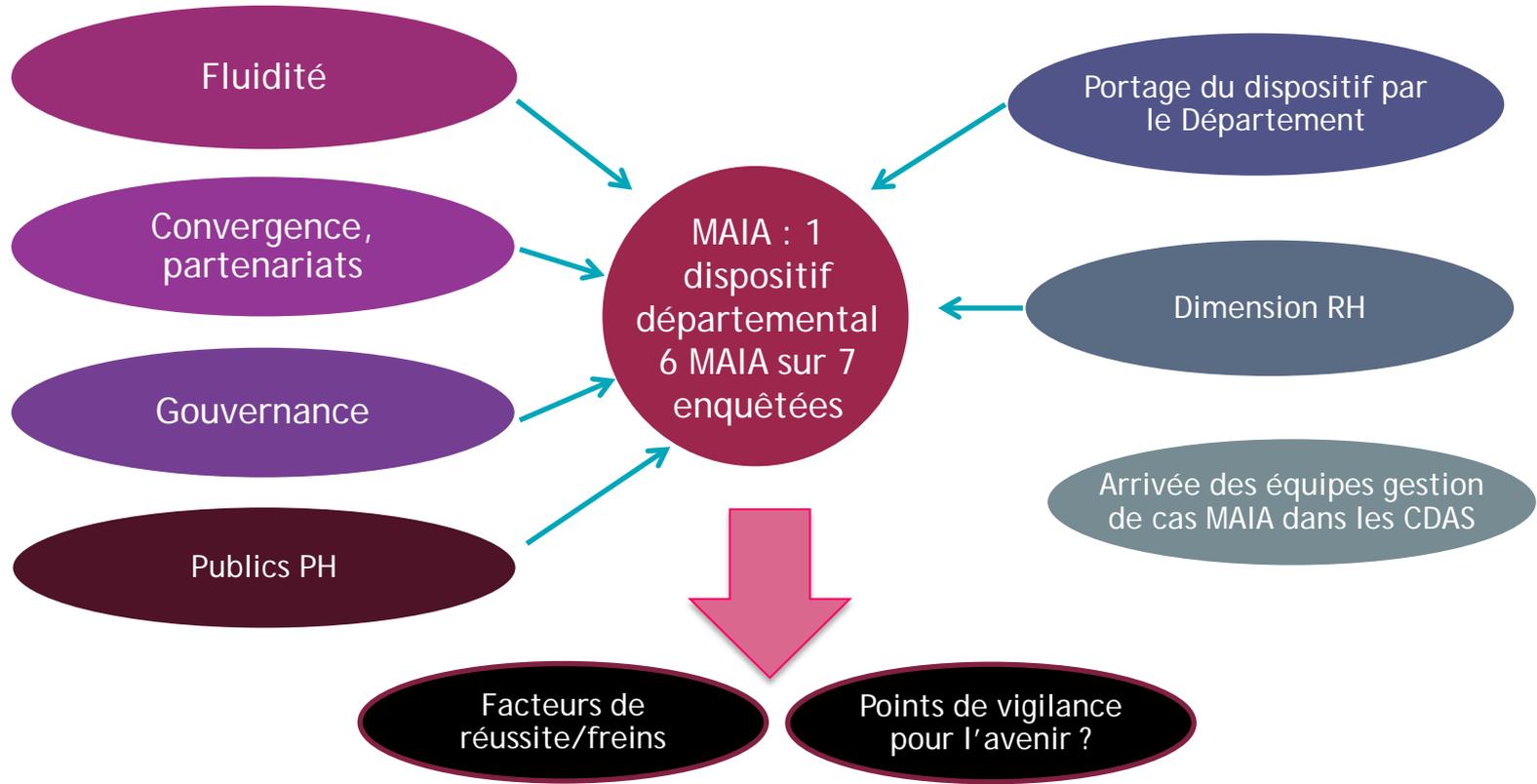


Résultats globaux

1- Les axes d'évaluation : quelles questions évaluatives ?

Questions évaluatives initiales
soulevées par le Département

Questions complémentaires soulevées
par les acteurs lors de l'enquête



L'évaluation portait sur 4 grandes questions évaluatives initiales. La rencontre avec les acteurs a mis en évidence 3 questions transverses, présentées ici en préambule des résultats, sur lesquels ils ont une influence certaine

Les résultats globaux :



→ **Un dispositif assis sur des facteurs exogènes et sur lesquels le CD35 ne peut agir :** l'empilement des dispositifs nuit à la lisibilité de l'action locale (PTA, PAERPA, MAIA, CLIC, RAPT, PCPE ...). De plus, la réglementation nationale est « gloutonne » et à peine un dispositif voit-il le jour, qu'un autre le remplace ou s'y superpose (difficultés à évaluer et ajuster l'action).

→ **Autant de modèles que de MAIA :** les points de vue des acteurs sont très hétérogènes et très disparates. Les perceptions et vécus de ce dispositif divergent aussi bien entre les MAIA (inter-MAIA) qu'au sein d'une même MAIA (intra-MAIA).

→ **Des résultats qui prennent du temps à devenir visibles :** l'énergie déployée par les équipes MAIA et les acteurs locaux pour porter et déployer la méthode nécessite une vision de long terme et prend du temps avant de produire des effets visibles et tangibles.



→ **Une amélioration de la réponse aux usagers :** grâce à un accompagnement « à la carte », de manière plus intensive et adaptée, plus rapprochée et parfois plus réactive. Cependant, selon les MAIA, cette réponse à des besoins jusque-là non couverts est plus ou moins liée à la MAIA.



→ **Une réactivité et communication non optimale du Département :** les acteurs pensent que le Département peine dans sa réactivité aux changements, sa communication et ses actions d'information tant auprès des acteurs externes, des porteurs, que de ses propres équipes.

→ **Un dispositif personae-dépendant :** le dispositif repose sur de rares personnes et sa réussite est fortement dépendante du niveau d'engagement et d'énergie des professionnels.

Les résultats globaux :

Ce qui
rassemble

Les aspects positifs

- Une **amélioration de la réponse aux besoins des usagers** : avec des publics accompagnés « à la carte », de manière plus intensive et adaptée, plus rapprochée et parfois plus réactive (5 MAIA, plutôt les pilotes, CDAS, CLIC, MCT, GDC, élus, partenaires)
- Le rapprochement entre champ médicosocial et champ sanitaire joue également un rôle dans cette amélioration. Cependant, **selon les MAIA, cela constitue ou non une nouvelle réponse à des besoins jusque-là non couverts** : les « -laisser-pour compte seraient dorénavant suivis », par les MAIA tandis que « l'accompagnement aurait été pris en charge par d'autres professionnels que ceux de la MAIA » dans d'autres cas (2 MAIA, plutôt les CDAS, pilotes)

Les aspects négatifs

- Une **réactivité et communication non optimale du Département** : Le Département peine dans sa réactivité aux changements et dans sa communication et ses actions d'information tant auprès des acteurs externes, des porteurs, que de ses propres équipes.
- Un **dispositif personae-dépendant** : Le dispositif repose sur de rares personnes et sa réussite est fortement dépendant e du niveau d'engagement et d'énergie des professionnels.

1/ Le Portage du dispositif par le Département

1-Le portage du dispositif par le Département : un portage fort et rassurant mais lent et peu lisible



Les +

- Ce portage a apporté les légitimités et crédibilités nécessaires au bon déploiement du dispositif MAIA, en apportant une dimension stratégique, une plateforme technique et une vision médicosociale reconnue.
- Il a également eu pour effet de rassurer les acteurs locaux (internes et externes) et d'accompagner le déploiement sur tout le territoire départemental.



Les -

- Le Département serait lent dans sa prise de conscience sur les évolutions des MAIA vers les DAC, sa feuille de route aurait manqué de lisibilité et les enseignements tirés des expériences vécues par les premières MAIA déployées en Ille-et-Vilaine, n'auraient pas été capitalisés et n'auraient pas permis de « servir » les MAIA déployées plus récemment.



Les avis divergents

- Une harmonisation ou non des pratiques professionnelles entre les différentes MAIA.
- Une adaptation ou non du dispositif aux réalités et spécificités locales.

1- Le portage du dispositif par le Département : fort et rassurant mais lent et peu lisible

Utilisation de sigles dans les tableaux

-MCT : Médecin conseil territorial

-GDC = gestionnaires de cas

Les aspects positifs

Les aspects négatifs

Ce qui rassemble

- Le portage par le Département apporte les légitimités et crédibilités nécessaires au déploiement pérenne du dispositif MAIA (3 MAIA, plutôt les pilotes)
- Le portage par le Département rassure les acteurs : dimension stratégique, vision médico-sociale, couverture du territoire, encadrement RH (3 MAIA, plutôt les CLIC, pilotes, MCT)

- Une lenteur du CD35 dans la prise de conscience de la nécessité (et urgence ?) de se positionner sur les futurs DAC (4 MAIA, plutôt les pilotes et GDC)
- Une absence de feuille de route/ligne de conduite claire du Département sur les objectifs du dispositif, son pilotage, son devenir (4 MAIA, plutôt les pilotes)
- Une absence de capitalisation et de prise en compte des retours d'expérience des MAIA plus anciennes dans le processus de déploiement des nouvelles MAIA (4 MAIA, plutôt les MCT)

Ce qui divise

- Harmonisation : une harmonisation des pratiques entre les MAIA avec l'appui du pôle Solidarité (1 MAIA)
- Adaptation au local : un appui sur l'offre locale

- Harmonisation : un manque d'harmonisation et de capitalisation
- Adaptation au local : un manque d'appui sur l'offre locale pour 2 MAIA (plutôt les GDC et CLIC)

Spécificités

- Un dispositif intégrant des médecins, signe que le département est « riche » par rapport au modèle national (1 MAIA, plutôt les pilotes)

- Une supervision qui a tardé à venir (pour les GDC) et devenue fagocitée par la crise des GDC (2 MAIA, plutôt les GDC)
- Des relations « infantilisantes » avec le Département, et proactives avec l'ARS (1 MAIA, plutôt les pilotes et CLIC)

1-Le portage du dispositif par le Département : *verbatim*



-« Le Département apporte une infrastructure stable et pérenne : secrétariat du CDAS, lien avec les équipes de CDAS et leur expertise médico-sociale... » (partenaire)

-« Le portage par le Département, ça a pu rassurer et consolider la mise en place des MAIA dans le département, et permis de couvrir tout le territoire » (médecin conseil territorial)



-« Les médecins conseil territoriaux ont essayé d'alerter sur les points de vigilance à avoir pour la création des nouvelles MAIA, mais ça n'a pas été suivi par le Département au siège » (médecin conseil territorial)

-« Le Département disait : on ne sait pas si ces DAC vont se faire et on nous a reproché de faire des simulations/anticipations, mais nous on savait que ça se ferait, d'ailleurs il y a eu une formation de tous les pilotes sur les DAC demandée par l'ARS » (pilote)



-« Selon les territoires, ils se sont +/- appropriés les outils. Donc il a fallu travailler sur l'homologation des fiches, ça a pu contribuer à déstabiliser l'ensemble du système » (gestionnaire de cas)

2-La dimension RH et managériale au Département : un point faible



Les +

- Une montée en compétences de professionnels du Département, une **nouvelle philosophie de travail**, le développement du réseautage pour une partie des professionnels des MAIA



Les -

- Un **contexte insécurisant** pour les gestionnaires de cas (certaines en souffrance)
- Un **manque de prise de mesure** par le Département de l'investissement et de l'énergie déployés en local pour développer les MAIA
- Dimension managériale : des **médecins conseil** territoriaux « **propulsés** » **managers d'équipe**, sans en avoir l'expérience/la formation



Les avis divergents

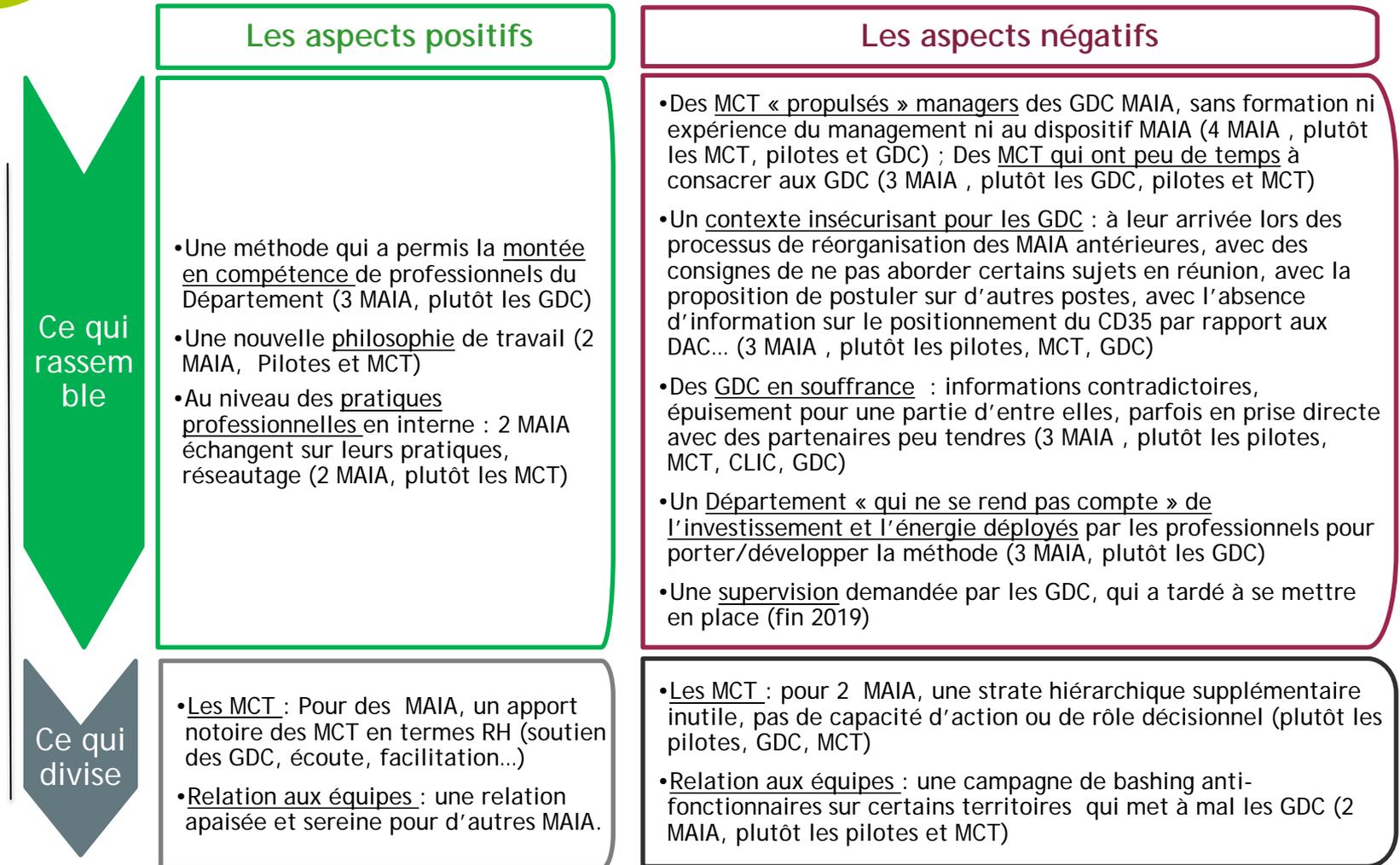
- La plus-value des médecins dans l'accompagnement RH des équipes
- Ambiance locale : « **bashing anti-fonctionnaires** » ou contexte serein



Les points de vigilance

- Une situation managériale problématique sur une MAIA
- Une supervision demandée par les gestionnaires de cas, qui a tardé à se mettre en place

2- La dimension RH et managériale au Département : un point faible



2- La dimension RH pour le Département (suite) :

Les aspects positifs

Les aspects négatifs

Les
spécifi
cités

- Pourquoi le dispositif MAIA a-t-il été créé sans filet de sécurité pour les GDC (en cas de disparition du dispositif national) (2 MAIA, plutôt les GDC)
- Pourquoi avoir demandé aux professionnels du Département de se positionner sur des postes de GDC (avec diplôme DU à passer, changement de poste) pour les mettre à disposition des DAC ensuite ? (2 MAIA, plutôt les GDC)
- Quelle est la pertinence d'avoir choisi les MCT comme responsables hiérarchiques des GDC : un lien fonctionnel aurait suffi, qui plus est avec peu de temps pour les démarches administratives liées à l'encadrement, des fragilités face aux partenaires, lors des démarches de signalement ou pour des questions techniques (2 MAIA, plutôt les GDC)
- Une situation managériale problématique sur 1 MAIA, mettant en forte fragilité les équipes

2-La dimension RH et managériale au Département : *verbatim*



-« C'est quand même une méthode qui a permis la montée en compétences de professionnels du Département » (gestionnaire de cas)

-« Grâce à la MAIA on a une autre philosophie de travail, c'est une méthode particulière » (médecin conseil territorial)



-« Les gestionnaires de cas sont en souffrance, elles sont épuisées, et souvent démoralisées au sortir des réunions avec le Département, on leur demande de ne pas poser de question sur leur devenir et de se contenter d'avancer comme si les DAC n'allaient pas s'imposer à elles » (gestionnaire de cas)

-« On n'est pas formées au management, on nous a imposé d'encadrer des équipes sachant qu'on n'a ni la formation de base, ni le temps (on est happées par plein d'autres missions), ni parfois les aptitudes, et c'est pas faute d'avoir demandé des formations mais c'est pas prioritaire pour la DRH au siège » (médecin conseil territorial)



-« Dans cette période compliquée d'évolution vers les DAC, le Département est pompier-pyromane : il informe peu, partiellement, mais il est bien content de nous trouver pour apaiser les choses dans les équipes MAIA » (pilote)

3-L'arrivée des équipes GDC MAIA dans les CDAS : une impréparation des équipes accueillant les GDC



Les +

-Les **intégrations** des gestionnaires de cas dans les équipes de CDAS se sont globalement opérées de façon **positive au fur et à mesure** de l'avancée dans le temps. Effet très positif des périodes d'**immersion**.



Les -

-Un défaut de **communication** du Département sur le dispositif des MAIA (en amont de sa mise en œuvre et en aval concernant son devenir).
-Des **difficultés d'intégration** des gestionnaires de cas au démarrage de leur arrivée dans les CDAS, couplées avec des **problèmes de dotations en équipement matériel**, de bureau, et d'un traitement ressenti comme étant « différencié ».



Les avis divergents

-Le temps passant, des **intégrations différenciées** selon les CDAS/MAIA.



Les points de vigilance

-Un **sentiment d'iniquité de traitement** entre les professionnels d'un même CDAS (télétravail, congés, véhicules de service, délégation de signature/procédures de signalement...).

3- L'arrivée des équipes GDC MAIA dans les CDAS : une impréparation des équipes accueillant les GDC

Ce qui rassemble

- Des intégrations des GDC dans les équipes de CDAS qui se sont finalement globalement opérées (4 MAIA , plutôt CDAS, GDC, MCT)

- Un défaut de communication sur le dispositif auprès des équipes de CDAS (en amont de sa mise en œuvre et en aval) : communication faible ou inadaptée (5 MAIA , plutôt les pilotes, GDC, MCT, CDAS)
- Au départ, des problèmes de dotation en outils de travail pour les GDC : bureaux, matériel (téléphones), équipement de bureau (articulation entre rôle agence, CDAS, siège), accès aux véhicules (4 MAIA, plutôt les GDC, MCT)
- Au départ, des traitements vécus comme étant différenciés par rapport aux autres collègues du CDAS (notamment la relation du MCT aux CSG et GDC) (3 MAIA, plutôt les GDC)
- Au départ, des GDC non intégrées dans les équipes de CDAS (4 MAIA, plutôt les CDAS, GDC, MCT, pilotes), un temps d'intégration qui a été lent

Ce qui divise

- Dans la durée, des intégrations réussies dans les CDAS
- Des GDC sectorisées (contraire au concept d'intégration ?) A noter : contrôle d'une agence sur les temps passés par CDAS
- Équité de traitement (attribution du matériel, règles de congés...)
- Des temps d'accueil en CDAS pour accueillir les GDC à leur prise de poste

- Dans la durée, des intégrations non réussies selon les CDAS de la même MAIA
- Des GDC non sectorisées : motifs de refus ≠ (CDAS, GDC), augmentation des temps passés sur la route (2 MAIA, plutôt les pilotes et GDC)
- Un sentiment d'iniquité dans l'attribution du matériel aux GDC et entre les droits des professionnels de CDAS : règles de congés, télétravail , recours aux véhicules de service, procédures de signalements... (2 MAIA, plutôt les pilotes, GDC, MCT)
- Pas de temps d'accueil en CDAS pour accueillir/présenter les GDC (à leur prise de poste ou plus tard) (2 MAIA, plutôt les GDC)

Spécificités

- Des GDC en immersion avec les professionnels des équipes autonomie, lors de leur prise de poste (1 MAIA, MCT)
- Les MCT ont facilité l'acceptation des GDC par les CSG

- Des remarques désobligeantes des professionnels de CDAS envers les GDC (2 MAIA, plutôt les pilotes)
- Des MCT qui gèrent l'arrivée des GDC en même temps que celle des IDE (1 MAIA, pilote)

3- L'arrivée des équipes GDC MAIA dans les CDAS : *verbatim*



-« C'était bien parce que dès notre arrivée, le médecin avait préparé des phases d'immersion pour nous dans l'équipe autonomie du CDAS. On a fait connaissance et ça a beaucoup facilité nos relations de travail par la suite » (gestionnaire de cas)

-« Grâce à la MAIA on a une autre philosophie de travail, c'est une méthode particulière » (médecin conseil territorial)



-« Le Département avait dit que les gestionnaires de cas viendraient soulager le travail des CSG, alors elles n'ont pas aimé quand elles se sont rendu compte que ce n'était pas vrai » (CDAS)

-« Les gestionnaires de cas n'avaient pas d'espace collectif pour travailler ensemble et elles devaient utiliser le bureau d'une autre professionnelle qui ne supporte pas de partager son bureau. Alors elles en viennent à fuir leur bureau » (pilote)

-« Au départ les équipes autonomie ne voulaient pas entendre parler des MAIA et s'en désintéressaient totalement, elles ne venaient même pas aux réunions, c'est un long travail d'acceptation et de construction » (médecin conseil territorial)



-« Il y a eu une bonne intégration dans un CDAS mais dans l'autre, on leur a fait comprendre qu'elles n'étaient pas bienvenues (elles n'avaient parfois pas l'autorisation d'y aller) » (pilote)

4- La fluidité du dispositif : +/- forte selon les territoires, a minima une meilleure interconnaissance et un impact positif sur les manières de travailler



Les +

- Meilleure interconnaissance entre les professionnels du CDAS : création de liens, complémentarités, amélioration des représentations culturelles
- Impact fort sur la qualité du travail : meilleure efficacité dans le traitement des situations individuelles, meilleure efficacité dans le travail, manière de travailler différente, plus qualitative



Les -

- La fragmentation géographique des équipes MAIA aurait nui à la fluidité
- Un manque de coordination entre les professionnels, des difficultés de positionnement, des quiproquo dans le suivi des situations individuelles
- Dimension managériale: peu de temps pour les médecins sur les MAIA (2 ETP/6 MAIA)



Les avis divergents

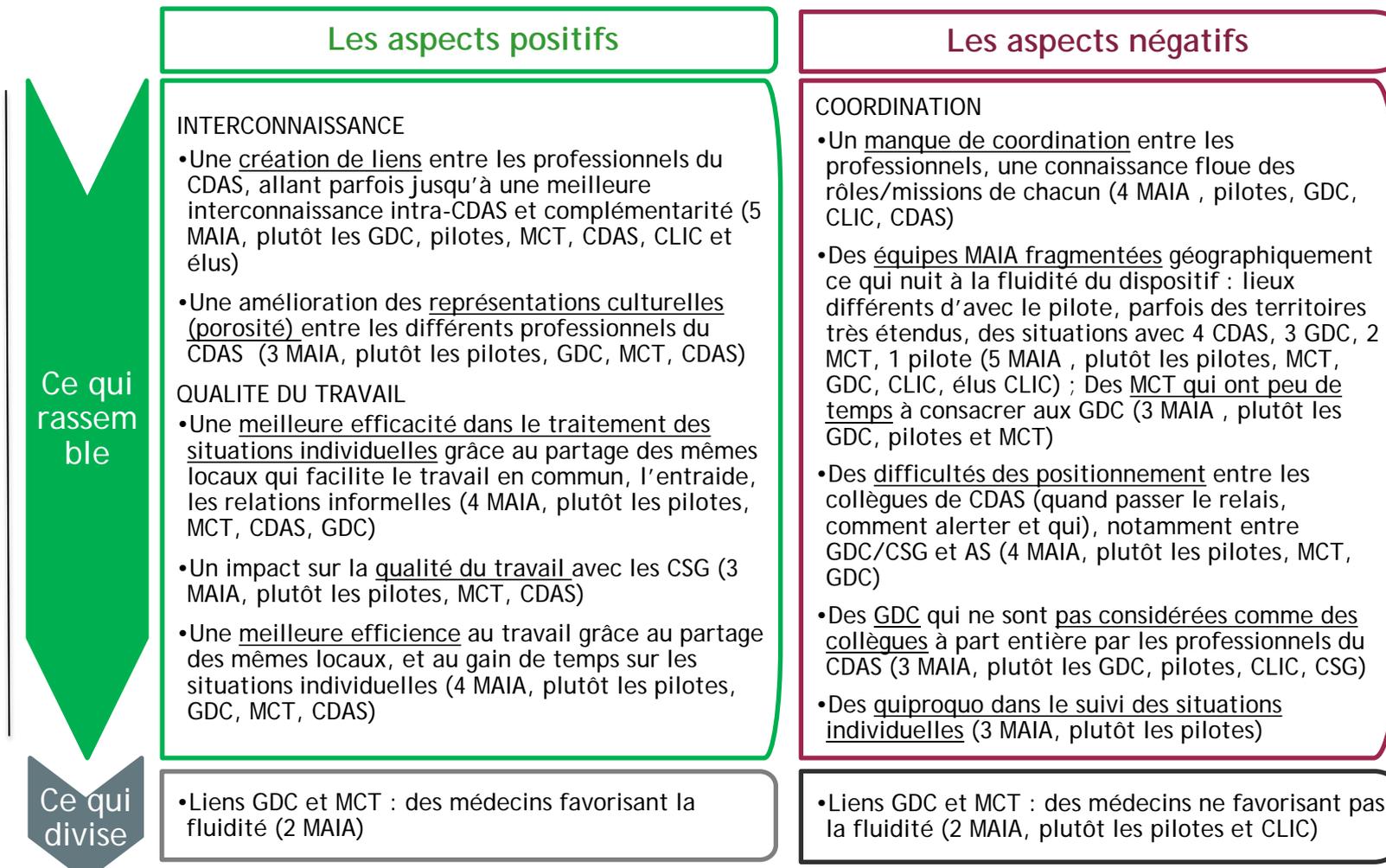
- Des médecins conseil territoriaux +/- facilitateurs de cette fluidité entre professionnels



Les points de vigilance

- Place des chefs de service Vie sociale des agences dans ce modèle, outil Gwalenn

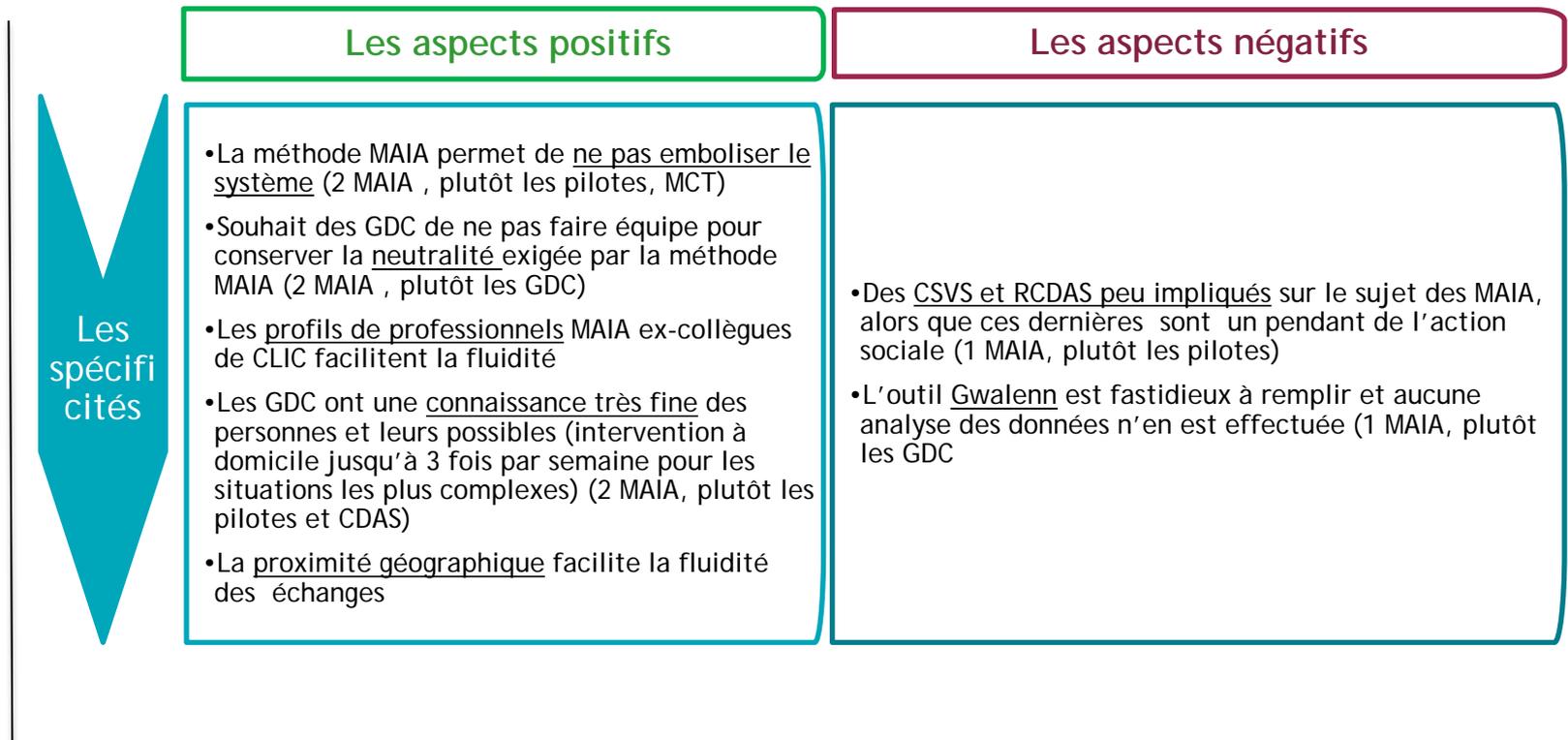
4- La fluidité du dispositif (interactions entre les professionnels du CDAS) : +/- forte selon les territoires, avec a minima une meilleure interconnaissance et un impact positif sur les manières de travailler



Ce qui rassemble

Ce qui divise

4- La fluidité du dispositif : (interactions entre les professionnels du CDAS +/- forte selon les territoires, avec a minima une meilleure interconnaissance et un impact positif sur les manières de travailler



4- La fluidité du dispositif : *verbatim*



-« On a des moments privilégiés et aussi informels, c'est précieux et on travaille mieux » (médecin conseil territorial)

-« La proximité avec les collègues facilite le travail, son efficacité, d'autant plus en secteur rural » (CDAS)

-« On est disponibles en cas de problème pour les collègues du CDAS » (gestionnaire de cas)

-« Les gestionnaires de cas viennent poser des questions aux assistantes sociales de polyvalence si besoin » (CDAS)



-« Les gestionnaires de cas sont sur un très grand territoire, elles sont tout le temps sur la route, le médecin conseil territorial est très pris et sur la route, la pilote est très isolée de son côté. Mais comment voulez-vous qu'une équipe MAIA se crée dans ces conditions ? » (pilote)

-« La médecin conseil territorial n'a pas délégation pour faire des signalements, c'est le responsable de CDAS, du coup chacun se renvoie la balle et les situations peuvent traîner comme ça durant 2 mois, c'est pas normal » (gestionnaire de cas)

5- La convergence du dispositif entre sanitaire et médico social : **une amorce mais un essai non encore transformé**



Les +

- Une meilleure **fluidité** entre et avec les **acteurs locaux**, favorisée par une meilleure interconnaissance entre les acteurs
- Des gestionnaires de cas « légitimisés » dans leur relation aux acteurs sanitaires et qui entretiennent un rapport plus privilégié avec le champ sanitaire



Les -

- Des **lenteurs** dans les **prises de décision** du Département (situations individuelles)
-> image de **lourdeur**, **inertie**, déconnectée des réalités locales
- Une certaine **suspicion** des **partenaires** au démarrage des MAIA : quel intérêt ? (représentations négatives des acteurs liées à la notion d'urgence d'action)



Les avis divergents

- Décloisonnement** entre les 2 **champs** amélioré par l'apport du médecin conseil territorial (regard éclairé, « décodeur ») versus pas de **plus-value** du médecin
- Développement** des **partenariats** versus peu d'ouverture sur les partenariats



Les points de vigilance

- Des comportements de **défiance** liés à l'image médico-sociale du Département
- Des dynamiques locales **stoppées** (arrivée des MAIA, des futurs DAC...)

5- La convergence du dispositif entre sanitaire et médicosocial : **une amorce mais un essai non encore transformé**

Les aspects positifs

- Une meilleure interconnaissance et fluidité entre et avec les acteurs locaux, la création de liens (5 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, CDAS, CLIC, élus, GDC, MCT)
- La MAIA sollicite et est plus spontanément sollicitée par le réseau sanitaire local (4 MAIA, plutôt MCT, CDAS, GDC)
- Une plus-value forte du MCT en tant qu'œil expert sur les aspects médicaux : facilitateur dans les échanges avec le réseau sanitaire et les GDC, décodeur de langage, interface entre les 2 champs (5 MAIA, plutôt les GDC, pilotes, MCT, CLIC, CDAS)
- Des GDC légitimées et en lien avec les acteurs locaux (partenariats, création de liens, disponibilité), entretenant un lien plus privilégié avec le champ sanitaire (5 MAIA, plutôt les CDAS, CLIC, pilotes, MCT, GDC)
- Un décloisonnement médico-social/sanitaire qui s'est amorcé avec une imbrication + forte des problématiques sanitaires et médico-sociales (3 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, GDC, CDAS)

Ce qui rassemble

- Lien avec les acteurs locaux favorisé par la MAIA : rôle des MCT (2 MAIA, plutôt les MCT et CLIC) ou des GDC (2 MAIA, plutôt les pilotes et GDC), découverte de nouveaux partenaires
- Bonne entente et compréhension par les acteurs locaux des problématiques des MAIA (2 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, CLIC)

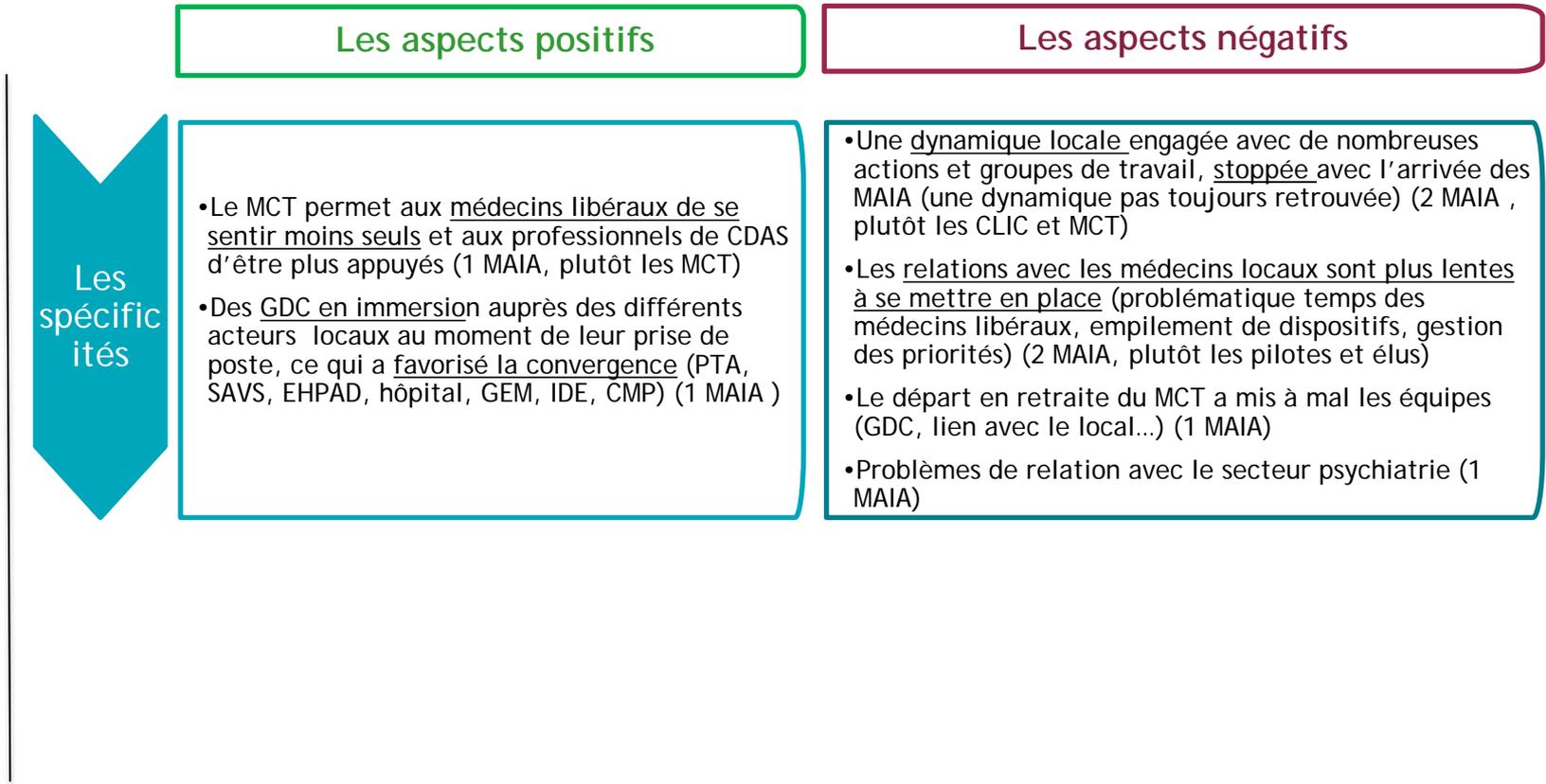
Ce qui divise

Les aspects négatifs

- Peu de convergence et pluridisciplinarité générées, (peu de plus-value du MCT) (5 MAIA, plutôt les pilotes, GDC, CLIC)
- Des lenteurs dans les prises de décision du CD35 qui renvoient aux acteurs locaux une image de lourdeur institutionnelle et d'inertie du CD35 et nuisent à la convergence des champs (5 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, élus)
- Des partenaires affichant une certaine suspicion au départ lié soit aux temporalités différentes entre le CD35 et le secteur privé (notion d'urgence pour intervenir ou agir), soit aux compétences des professionnels MAIA (pilote notamment)... (4 MAIA, plutôt les GDC et MCT, pilotes et CLIC)
- L'étiquetage « médico-social » des MAIA (portées par le CD35) peuvent générer des représentations de défiance : fonctionnariat bashing au niveau local et peur de l'ASE pour les publics en difficulté (3 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, GDC)

- Les MAIA auraient peu ouvert sur des partenariats locaux et amené de la fluidité (5 MAIA, plutôt les pilotes, CLIC, CDAS et GDC) : le lien avec les acteurs locaux est lié à l'offre locale et aux partenariats noués déjà existants (3 MAIA, plutôt les CLIC, pilotes, MCT)
- Compréhension par les acteurs locaux des problématiques des MAIA : non confirmée

5- La convergence du dispositif entre sanitaire et médicosocial : une amorce mais un essai non encore transformé



Les aspects positifs

- Le MCT permet aux médecins libéraux de se sentir moins seuls et aux professionnels de CDAS d'être plus appuyés (1 MAIA, plutôt les MCT)
- Des GDC en immersion auprès des différents acteurs locaux au moment de leur prise de poste, ce qui a favorisé la convergence (PTA, SAVS, EHPAD, hôpital, GEM, IDE, CMP) (1 MAIA)

Les aspects négatifs

- Une dynamique locale engagée avec de nombreuses actions et groupes de travail, stoppée avec l'arrivée des MAIA (une dynamique pas toujours retrouvée) (2 MAIA, plutôt les CLIC et MCT)
- Les relations avec les médecins locaux sont plus lentes à se mettre en place (problématique temps des médecins libéraux, empilement de dispositifs, gestion des priorités) (2 MAIA, plutôt les pilotes et élus)
- Le départ en retraite du MCT a mis à mal les équipes (GDC, lien avec le local...) (1 MAIA)
- Problèmes de relation avec le secteur psychiatrie (1 MAIA)

5- La convergence du dispositif : verbatim



-« Au départ, les gestionnaires de cas craignaient d'appeler un médecin libéral, maintenant elles le font naturellement. Il y avait aussi la peur de les déranger, alors le médecin leur a appris à devenir synthétiques et à poser des questions claires pour s'adresser aux médecins » (médecin conseil territorial)

-« Les problèmes médicaux ou sanitaires des gens accompagnés sont souvent imbriqués avec les problèmes sociaux, tout est lié, on travaille tout ça » (CDAS)

-« Le médecin conseil territorial a un rôle important dans la MAIA au niveau de la structuration et de la connaissance des dispositifs, tant pour les médecins libéraux, hospitaliers que pour les autres acteurs » (CLIC)



-« On entend souvent des partenaires dire qu'on a trop de congés, qu'on ne travaille pas assez tard le soir, il y a beaucoup de critiques des acteurs locaux sur le Département » ; « Les partenaires nous attendaient au tournant, car ils avaient été très déçus de la mise en œuvre du PAERPA » (gestionnaire de cas)

-« Le Département est une grosse institution, son désavantage c'est la perte de temps : demander l'aval avant d'agir, attendre la réponse, se réunir, les relations sont lentes et ça ralentit le processus de convergence » (CLIC)

6- La gouvernance du dispositif : une gouvernance complexe, le point noir des MAIA



Les +

-Un réseau de pilotes MAIA qui s'est constitué avec le temps (intra et extra Ille-et-Vilaine), qui fonctionne bien, favorise l'entraide entre pilotes.



Les -

-Des postures et discours peu concordants : entre le Département et l'ARS, et au sein même de l'ARS. Des logiques institutionnelles qui l'emportent sur le sens de l'action et peuvent bloquer les initiatives locales.

-Des feuilles de route différentes voire divergentes (structures porteuses de MAIA, Département, ARS).

-Un double portage des MAIA/double hiérarchie dans les équipes MAIA qui altèrent l'efficacité du dispositif -> système rigidifié, difficultés dans la création de dynamique/cohésion d'équipe, « cassure » dans les pratiques professionnelles.

-Une gouvernance peu lisible et compréhensible pour les partenaires locaux.

-Des difficultés pour les pilotes -tout du moins au départ-, à trouver leur place dans ce système, à être acceptés, voire des problématiques d'isolement.

6- La gouvernance du dispositif : une gouvernance complexe, le point noir des MAIA



Les avis divergents

- Une double hiérarchie qui préserverait ou non la **neutralité** des postures.
- Des élus CLIC qui connaissent +/- de **problématiques internes**.
- Des **pilotes +/- associés** à la connaissance des situations individuelles, des relations GDC/MCT et pilotes plus ou moins bonnes.
- Une **articulation/complémentarité** entre professionnels de CLIC et MAIA +/- **bonne** (complémentarités l'entraide versus articulations floues rivalités personnelles, « frictions »).



Les points de vigilance

- Une tendance du Département à « fonctionner en silo », à ne pas suffisamment associer les acteurs de terrain aux prises de décision -> herméticité aux problématiques et spécificités locales.

6- La gouvernance du dispositif : le point noir des MAIA

Les aspects positifs

- Un réseau de pilotes MAIA qui fonctionne bien et permet l'entraide (3 MAIA, plutôt les pilotes)

Ce qui rassemble

Les aspects négatifs

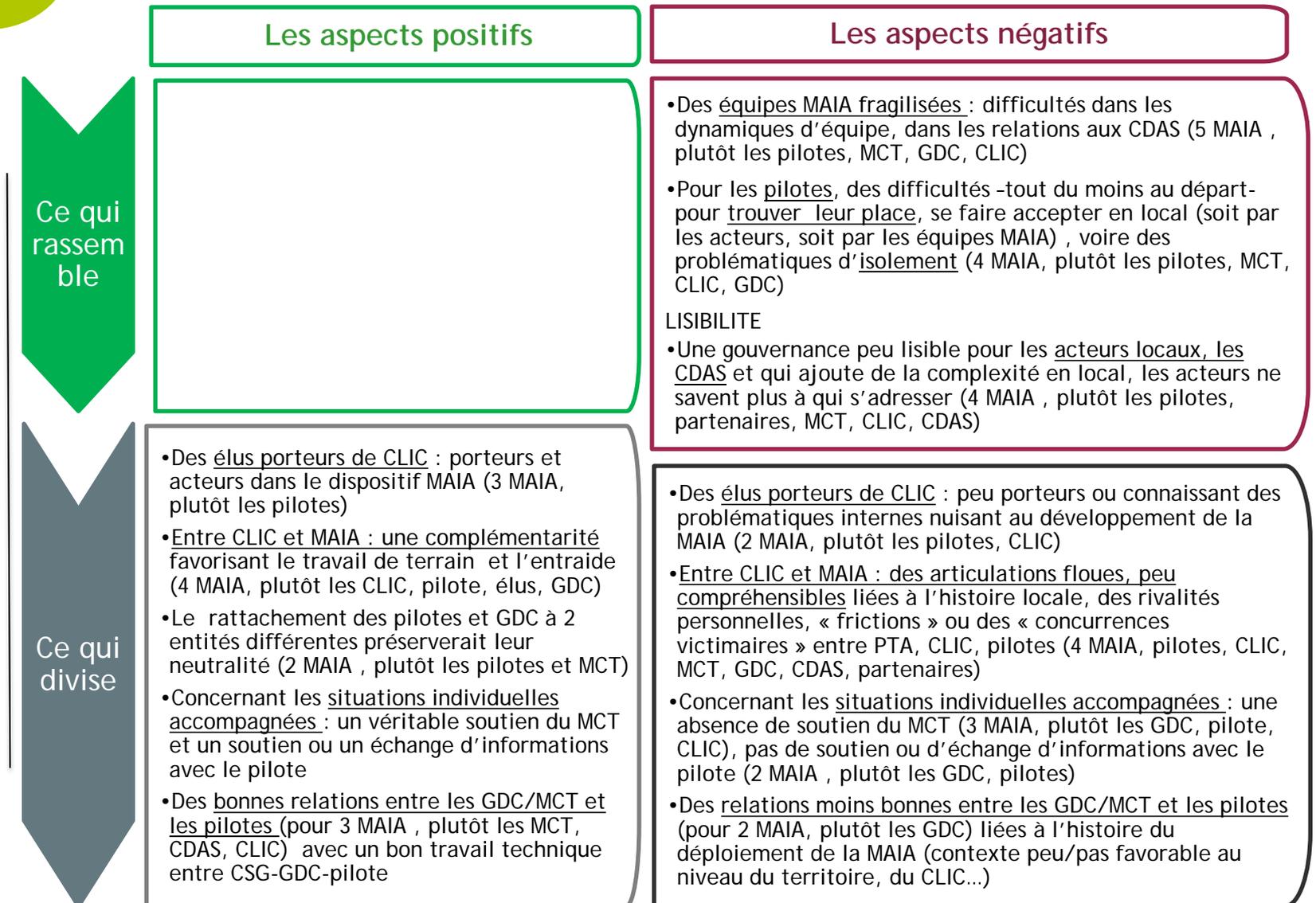
AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

- Des postures et discours peu concordants entre le CD35 et l'ARS, qui nuisent au dispositif (logique institutionnelle l'emporte sur le sens de l'action, blocage des actions en local, incompréhensions, démotivation, manque de transparence dans les échanges respectifs, changement d'avis ARS...) (5 MAIA, plutôt les pilotes, élus, MCT, CLIC)
- Des feuilles de route différentes entre les CLIC porteuses de MAIA, le CD35 ou l'ARS
- Un manque d'articulation et d'interconnaissance entre les rôles de chacun : avec des appartenances à des réseaux métiers différents, sans échanges d'informations entre les différents acteurs (3 MAIA, plutôt les GDC, pilotes, MCT, partenaires, CLIC)

DOUBLE HIERARCHIE

- Un double portage des MAIA et une double hiérarchie qui ne facilitent pas le travail (problèmes d'outils informatiques, de locaux pour travailler ensemble, d'échanges d'informations au niveau stratégique, de consignes employeur, de sécurité informatique, de partage de données, d'adéquation des agendas et congés...) (5 MAIA, plutôt les pilotes, CLIC et GDC)
- La distance géographique entre les pilotes et les GDC/MCT rigidifie le système et altère son efficacité : tout anticiper, pas d'informel dans les relations professionnelles, lenteurs, lourdeurs (4 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, GDC, CLIC)
- Le rattachement des GDC au CD35 a pu générer une cassure : « culte du secret des CDAS », pas/peu de transmissions d'écrits, peu d'informations, pas de retours sur les situations, mal-être, non-acceptation du pilote (3 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, CLIC)

6- La gouvernance du dispositif : le point noir des MAIA



6- La gouvernance du dispositif : le point noir des MAIA

Les
spécificités

Les aspects positifs

- Multiplication des dispositifs et acteurs sur le champs des PA/PH : « ça bouge tellement dans ces secteurs qu'on est pas trop d'acteurs à intervenir » (1 MAIA, plutôt les CDAS)

Les aspects négatifs

- Un fonctionnement « en silo » du CD35 qui n'associe pas/peu les élus locaux ou pour mettre en œuvre uniquement (2 MAIA, plutôt les CLIC et pilotes)
- L'aire d'intervention des MAIA ne correspond pas à celle du secteur hospitalier (le CD35 est « hermétique » aux particularités locales) (1 MAIA, CLIC)
- Des MCT qui ne partagent pas la même vision que les autres acteurs (2 MAIA , plutôt les CLIC et GDC)
- Un manque de neutralité des GDC dans la coordination et des postures différentes selon les professionnels (ceux du CDAS « et les autres »)(1 MAIA, MCT)
- Des GDC « écartelées » entre 2 responsables (pilote et MCT) (1 MAIA, plutôt GDC)

6- La gouvernance du dispositif : verbatim



- « Pour les CLIC c'est difficile, ils ne sont pas décisionnaires de la feuille de route des MAIA, seules la table stratégique et la table tactique sont décisionnaires, dans lesquelles le Département et l'ARS décident » (CLIC)
- « C'est pas facile car chacun doit trouver sa place. Qui est légitime ? Qui pilote l'interconnaissance partenariale ? » (CLIC)
- « Les discours ARS/Département ne sont pas les mêmes, avec parfois des clash en réunion devant les acteurs » (pilote)
- « Combien de dispositifs s'empilent ? Entre les PAERPA, le PCPE, la RAPT, les MAIA, les PTA, les DAC... on y comprend plus rien » (partenaire)
- « Quand on veut des informations ou qu'on veut participer aux réunions du Département sur les MAIA, on nous dit qu'on est pas des agents du Département, ça ne nous regarde pas » (pilote)
- « Sur certains territoires, le rapprochement CLIC/MAIA a pu poser des problèmes, avec 1 seul poste de pilote pour plusieurs postulants coordinateurs CLIC. Ça a créé des concurrences victimaires, des rivalités fortes entre personnes, qui ont nuit et continuent à nuire à l'action locale » (pilote)
- « Il y a des pilotes très isolés, peu en lien avec les équipes MAIA des CDAS, et peu soutenus par leur hiérarchie au niveau du CLIC » (médecin conseil territorial)

7- Les publics en situation de handicap : une réponse nouvelle et un travail de longue haleine demandant un changement de paradigme



Les +

- Une plus-value forte de la MAIA : véritable réponse aux besoins du public (accompagnement spécifique, objectif, intensif, efficace) et aux attentes des acteurs locaux (attente de solutions pour les situations très complexes pour lesquelles il n'existe pas/peu de réponses).
- Des résultats qui commencent à émerger sur le terrain.
- Des porosités entre le secteur médicosocial et le secteur du handicap.



Les -

- L'accompagnement local des personnes en situation de handicap par les professionnels (CDAS, partenaires locaux) : un **angle mort**. Le public des enfants n'est pas pris en compte (parfois via l'ASE) -> des personnes dans des états « très dégradés », des GDC portant seules ces accompagnements très lourds.
- Des lenteurs dans l'accompagnement entraînant des ruptures de parcours ?



Les avis divergents

- Pour 2 MAIA, cumuls de difficultés empêchant cet accompagnement.
- La sensibilisation et formation des GDC au secteur du handicap est variable.



Les points de vigilance

- L'accompagnement des personnes handicapées par les GDC « à quel prix » ?

7- Les publics en situation de handicap : une réponse nouvelle et un travail de longue haleine demandant un changement de paradigme

Les aspects positifs

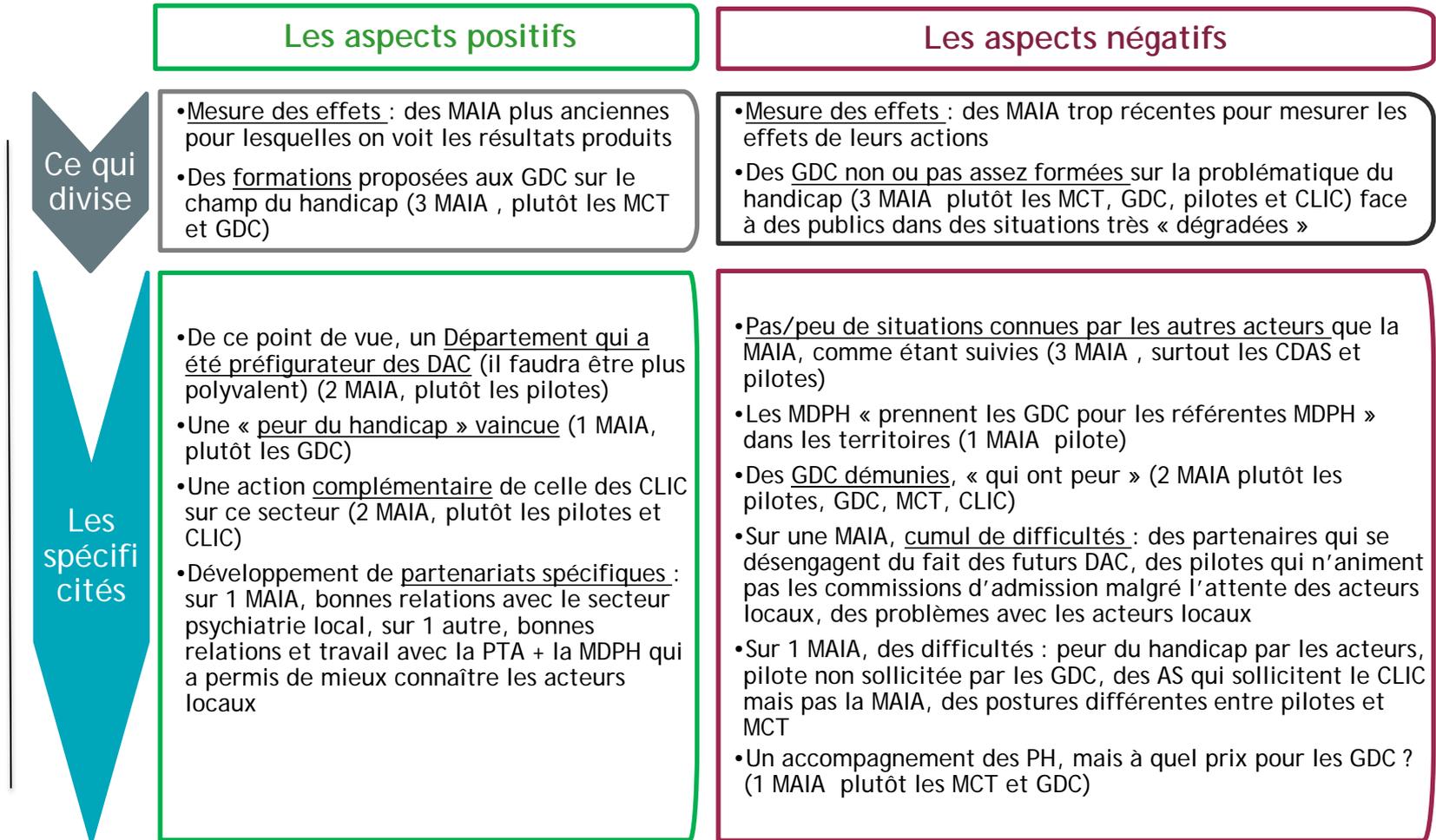
- Une véritable réponse aux besoins du public (5 MAIA sur 5, plutôt les CLIC, pilotes, MCT, GDC, CDAS) et aux attentes des acteurs locaux (3 MAIA, plutôt les pilotes et MCT)
- Une méthode d'accompagnement spécifique et objective, intensive qui est efficace et fait ses preuves (4 MAIA, presque tous les acteurs)
- Une méthode qui cible des situations très complexes pour lesquelles il n'existe pas/peu d'accompagnement en dehors de la MAIA (4 MAIA, tous acteurs confondus)
- Une forte plus-value sur la création de liens avec les acteurs locaux dans le champ du handicap (4 MAIA, presque tous les acteurs)
- Un rôle fort des pilotes dans le développement de ce réseau (3 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, GDC)
- Des résultats qui commencent à voir le jour sur le terrain (4 MAIA, plutôt les CLIC, CDAS, élus CLIC, pilotes), mais avec une progression lente (des complémentarités encore à trouver)
- Des équipes MAIA disponibles pour les professionnels du CDAS (AS, CT, REF...) permettant de tisser des liens et de sensibiliser peu à peu les professionnels de CDAS (3 MAIA, plutôt les CDAS, MCT et partenaires)

Ce qui rassemble

Les aspects négatifs

- Des publics qui ne sont pas accompagnés par les CDAS, la problématique du handicap n'est pas prise en compte, des « renvois de balle » entre professionnels (ASE/polyvalence/MDPH) qui génèrent des effets néfastes (handicap abordé uniquement sous l'angle de la défaillance dans le cadre de l'ASE, pas de sensibilisation des professionnels, public « en friche », ...) entraînant une dégradation très forte des situations, peu aisées à accompagner par les GDC (4 MAIA, plutôt les pilotes, GDC, CDAS, CLIC)
- La problématique des enfants en situation de handicap n'est accompagnée par aucun acteur local (uniquement sous l'angle ASE) (3 MAIA, plutôt les CDAS, CLIC et pilotes)
- Une lenteur de réactivité des services du Département liée aux différentes strates d'intervention et entraînant des ruptures dans les parcours (3 MAIA, plutôt les pilotes, élus CLIC, GDC)
- Des GDC confrontées à un manque d'offre locale, d'effectifs sur le sujet des PH, un manque d'articulation avec la MDPH (3 MAIA, plutôt les GDC)

7- Les publics en situation de handicap : une réponse nouvelle et un travail de longue haleine demandant un changement de paradigme



7- Les publics PH : verbatim



-« Les gestionnaires de cas sont souvent le seul lien de la personne, car les partenaires se sont essouffés et sont partis car la situation est trop dégradée » (médecin conseil territorial)

-« On a des résultats presque miraculeux » (CDAS)

-« Avant, l'assistante sociale du CDAS ou le SAVS prenaient énormément de temps avant d'intervenir et on ne pouvait pas travailler sur l'accès aux soins ni sur les liens avec la psychiatrie » (partenaire)

-« De ne pas avoir cette barrière d'âge, c'était bien pensé. C'est justement un jeune public qui ne rentrait pas dans les cases. Avant les MAIA, ça générait des ruptures de parcours » (CLIC)

-« On suit des personnes avec des troubles lourds, qui ne sont pas prises en charge car soit elles ne relèvent pas de la psychiatrie, soit elles ne sont pas prises en charge en foyer de vie ou en établissement, et pourtant elles se mettent en danger et mettent en danger la vie d'autrui, elles peuvent refuser l'aide y compris pour leurs besoins vitaux, et les gestionnaires de cas sont les seules qui vont les voir et à domicile » (partenaire)



-« Les gestionnaires de cas ne sont pas formées au handicap, et elles ont une vraie peur du handicap, du coup elles n'accompagnent pas ce public, elles sont démunies » (médecin conseil territorial) ; « Moi j'ai peur, j'ai pas été formée et les personnes vont très mal, elles peuvent être violentes » (gestionnaire de cas)

8- Les facteurs de réussite et freins : du point de vue des acteurs, quels sont les facteurs qui ont favorisé ou freiné le bon développement de la MAIA sur leur territoire



Les facteurs de réussite

- La **dynamique de territoire** dans laquelle s'inscrit la MAIA conditionne sa réussite (terreau facilitant, nécessité de travail en réseau, actions pour dépasser les clivages, présentation du dispositif et de ses attendus).
- Les **actions d'interconnaissance** entre les professionnels et les acteurs démultiplient les effets positifs (actions pour lever les représentations culturelles, accueil des nouvelles recrues, immersions réciproques, réseautage local...).
- Mixer les profils** des professionnels de MAIA (issus d'horizons divers) : handicap, personnes âgées, CLIC, pilote MAIA, assistante sociale... apporte des expertises, expériences et ouvertures d'esprit nécessaires à la bonne prise en charge des problématiques multiples des usagers. Il a été également très utile de permettre aux professionnels de **se former**.
- Un **leadership soutenant la gouvernance** locale est facteur de réussite (rôle du président EPCI, maire...).
- Un **encadrement de proximité disponible et formé**.
- Le **binôme des GDC** lors de leurs suivis de situations individuelles permet de gérer les situations les plus complexes (aspect anxiogène).
- La mise en place de la **supervision** (amélioration des compétences professionnelles, tirer les leçons de l'expérience, mobiliser de nouvelles options).
- 1 seule agence, 1 seul CDAS, 1 seule MAIA : le **modèle « idéal » dans une gouvernance complexe ?**

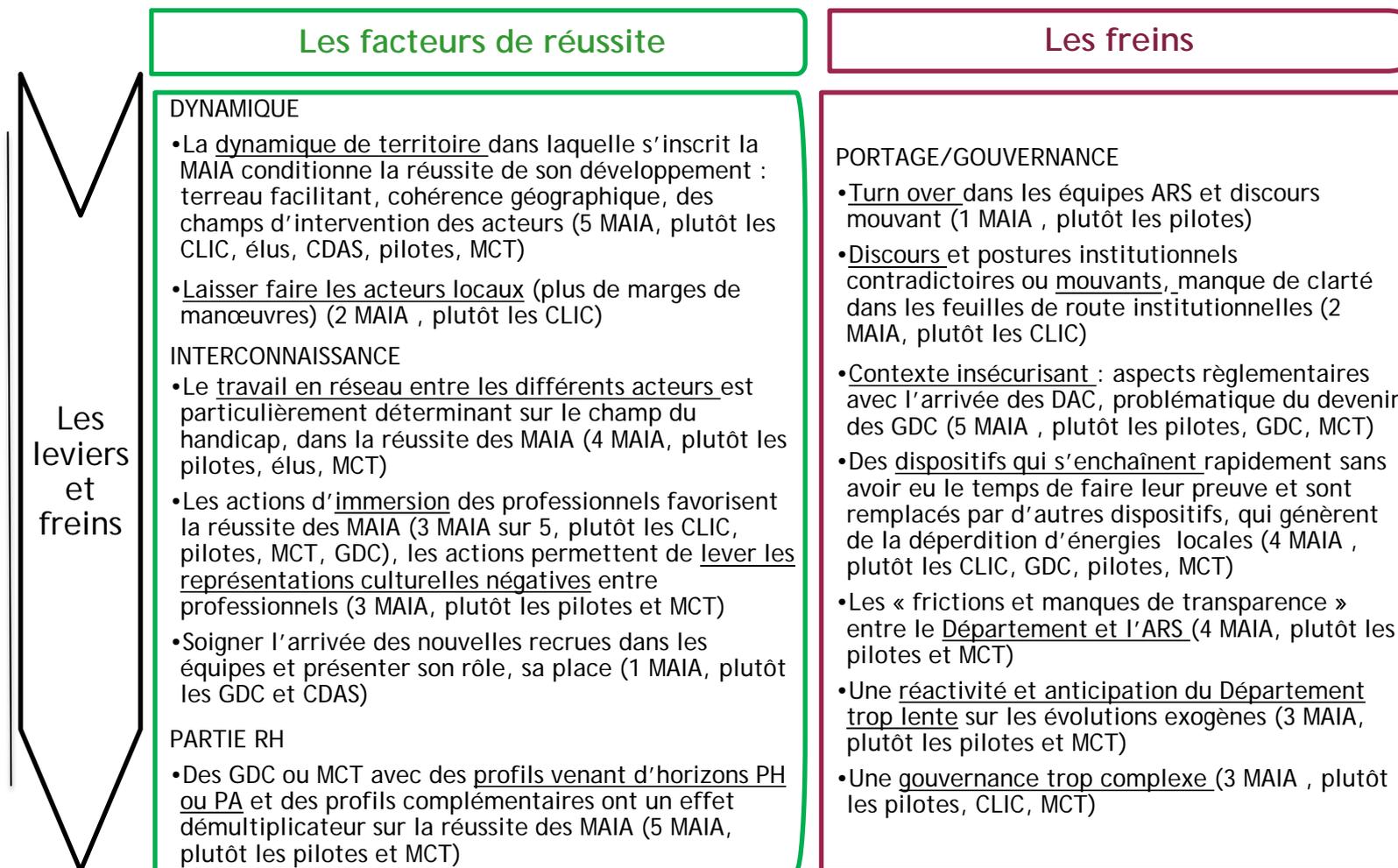
8- Les facteurs de réussite et freins : du point de vue des acteurs, quels sont les facteurs qui ont favorisé ou freiné le bon développement de la MAIA sur leur territoire



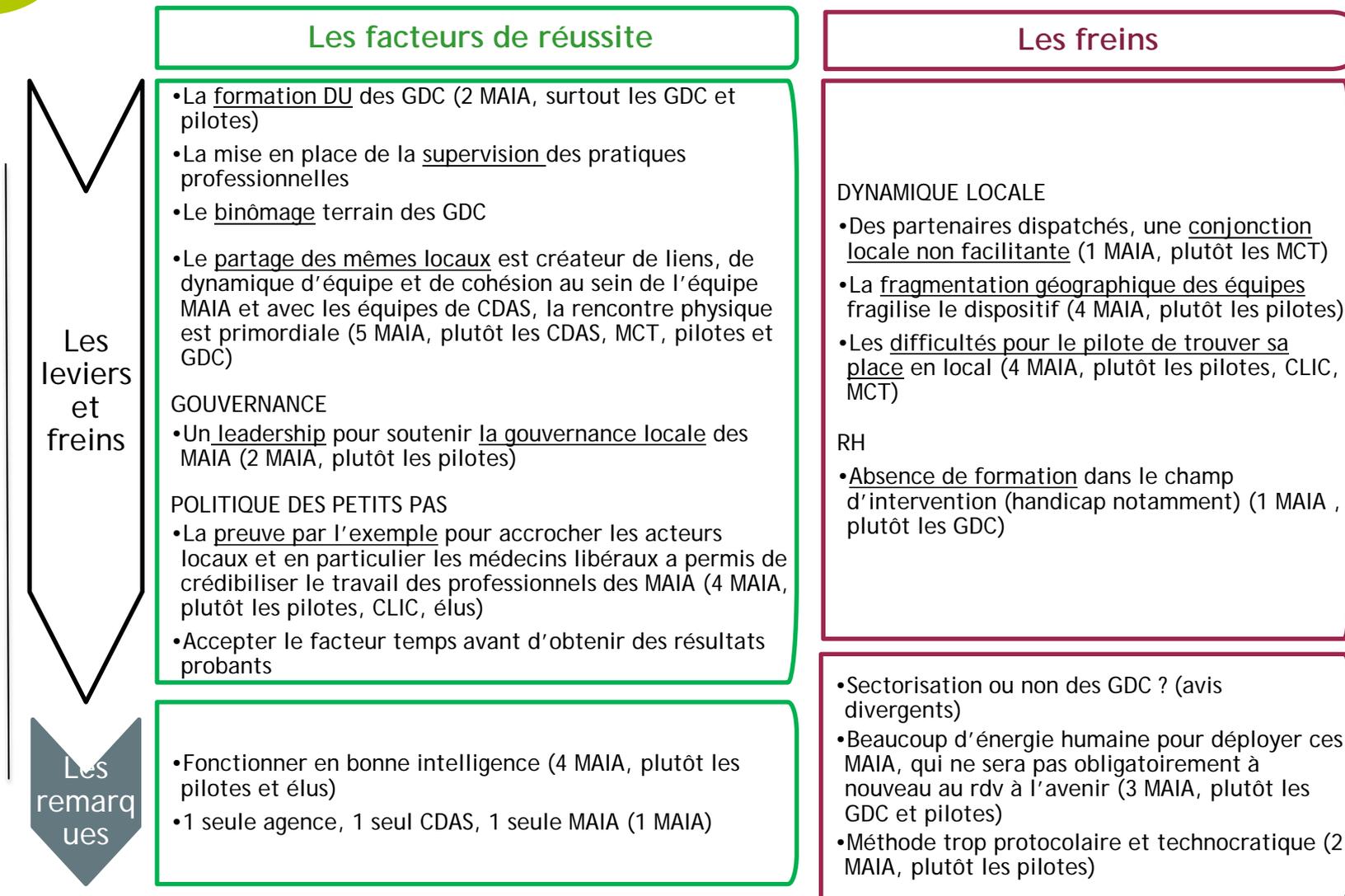
Les freins

- La **gouvernance complexe**.
- Les **discours et postures institutionnelles instables, contradictoires, mouvants** (liés à des changements d'interlocuteurs, des changements de cap, des points de vue différents selon le type d'interlocuteur institutionnel -y compris au sein de la même structure-...).
- Le **manque de clarté dans les feuilles de route institutionnelles**.
- Les **conjonctions locales non facilitantes** (processus de réorganisations locales non abouti, rivalités fortes entre structures ou professionnels, maturité du territoire, offre locale.. .).
- L'**empilement/la succession de dispositifs** qui nuisent à l'énergie locale déployée.
- Des **difficultés pour les pilotes à trouver leur place en local**.
- La **fragmentation géographique des équipes MAIA**.
- Le **manque/l'absence de formation des professionnels MAIA** (notamment sur le champ du handicap, formation au management des MCT...).

8- Les facteurs de réussite et freins : du point de vue des acteurs, quels sont les facteurs qui ont favorisé ou freiné le bon développement de la MAIA sur leur territoire



8- Les facteurs de réussite et freins : du point de vue des acteurs -> les facteurs ayant favorisé ou freiné le bon développement de la MAIA sur leur territoire



9- L'avenir et les zones de risques : et demain ? Les questions et recommandations des acteurs interrogés

-> Sur la question des publics : une plus-value à continuer à intervenir sur le champ du handicap (via les futurs DAC, en redéployant les GDC dans les CDAS en tant que référentes handicap ?...) -> Risque de « désastre humain » si l'accompagnement des GDC ne devait plus se faire + risque de « revenir à l'état zéro » (avant les MAIA) en CDAS avec des MCT seuls à gérer la problématique

-> En termes RH/compétences déployées : un point de vigilance sur la gestion RH de la transition pour les GDC -> Risque de « perte de sens » si les GDC étaient mises à disposition des DAC. De plus, les DAC devraient nécessiter une très grande polyvalence des compétences des professionnels, en ouvrant le spectre des publics éligibles -> Risque que cela ne soit pas réaliste, risque que s'opère une perte d'expertise médico-sociale avec un parti-pris essentiellement sanitaire

-> Au niveau local : Laisser faire les acteurs locaux et les associer plus aux prises de décisions en local -> Risque de déploiement de DAC à échelon trop « supra », non adapté aux réalités locales. Une question est posée : qui portera le volet coordination et animation des acteurs/actions de prévention dans les futurs DAC ?

-> Par rapport aux CLIC : -> Veiller à trouver « la bonne place des CLIC » dans le futur dispositif et risque de fusion des CLIC, qui pourrait être nocive

-> Une gouvernance à améliorer dans le cadre des futurs DAC -> une instance représentative de l'ensemble des acteurs du territoire à mettre en place + nécessaire complémentarité à trouver entre les ≠ dispositifs existants

9- L'avenir : et demain ?, les questions et recommandations des acteurs interrogés :

Recommandations

PUBLICS ACCOMPAGNES

- Que les GDC restent au CDAS (3 MAIA, plutôt les MCT, GDC, CDAS)
- Pour les MAIA (dans les futurs DAC), une plus-value à continuer à intervenir sur le champ du handicap (2 MAIA, plutôt les pilotes et GDC)
- Redéployer les GDC sur des postes de référents handicap dans les CDAS (angle mort) et accompagner les équipes de CDAS sur le champ du handicap (2 MAIA)

RH, COMPETENCES DEPLOYEES

- Conserver la méthode MAIA dans son essence (intégration, appui des GDC avec accompagnement intensif au long cours)

AU NIVEAU LOCAL

- Laisser faire les acteurs locaux, faire confiance au local, conserver la proximité des réponses

AU NIVEAU DES CLIC

- Demain, trouver la bonne place des CLIC (vigilance sur le fait qu'ils ne soient pas écartés des futurs DAC) (3 MAIA, plutôt les pilotes et CLIC)

GOUVERNANCE

- Demain, il faudra une instance représentative de l'ensemble des acteurs du territoire (pas que le secteur médico-social) (2 MAIA, plutôt les pilotes)
- Demain, articuler les différents dispositifs (RAPT, MAIA, PTA, PCPE, PAERPA...)

Facteurs de risque

PUBLICS ACCOMPAGNES

- Risque de revenir à l'état précédent les MAIA pour la prise en charge des personnes en situation de handicap (3 MAIA)
- Sans la MAIA, risque de désastre humain en particulier pour les personnes en situation de handicap (2 MAIA)

RH, COMPETENCES DEPLOYEES

- Les GDC sont en souffrance/fragilité (4 MAIA, plutôt les pilotes, MCT, GDC, CLIC)
- Les GDC ne pourront pas travailler pour les DAC (système de valeur différent du CD35, esprit de corps, fonctionnariat bashing, statut) (3 MAIA, plutôt les GDC)
- Les DAC nécessiteront une très grande polyvalence des GDC, quasi insurmontable et une mobilisation d'autres acteurs locaux (insertion, addictologie...) (2 MAIA, plutôt les pilotes)
- Risque que les DAC deviennent très/trop sanitaires (pas d'expertise en médico-social)
- Le CD35 n'arrive pas à voir les répercussions des futurs DAC sur le travail futur des équipes de CDAS (évaluations flash ?) (2 MAIA)

AU NIVEAU LOCAL

- Qui va tenir le volet coordination/animation des acteurs, les actions de prévention demain ? (3 MAIA, plutôt les CLIC et pilotes)
- Quid des pilotes demain si réduction à 3 MAIA sur 6 ? (1 MAIA)

AU NIVEAU DES CLIC

- Une fusion des CLIC serait nocive (3 MAIA, plutôt les CLIC, élus et pilotes)

GOUVERNANCE

- Demain, gros travail à faire pour améliorer la gouvernance

8-9- Facteurs de réussite, freins, et demain ? : *verbatim*



Facteurs de réussite

-« La méthode MAIA, c'est comme le développement durable, il faut avoir une vision de long terme et accepter que cela monte en puissance progressivement » (CLIC)



Freins

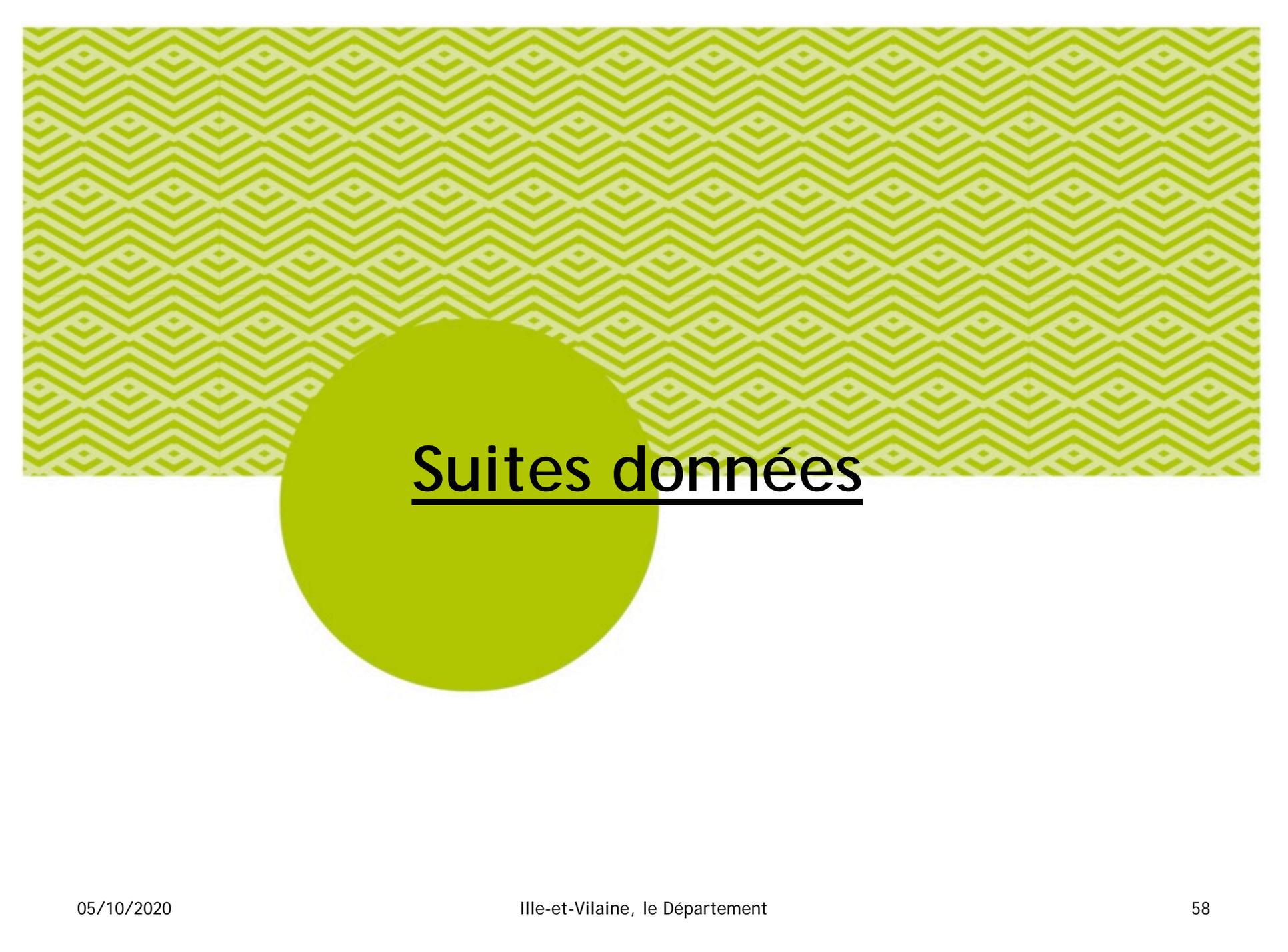
-« Les changements règlementaires tous les 2-3 ans brouillent la lisibilité voire même créent de l'illisibilité » (partenaire)



Et demain ?

-« Si demain on ne traite plus les situations des personnes en situation de handicap en MAIA, il y aura des désastres humains, ce sera catastrophique » (CDAS)

-« Il faut utiliser la compétence handicap développée par les gestionnaires de cas en la redéployant en interne des CDAS : elles deviendraient des référentes handicap en CDAS » (CDAS)

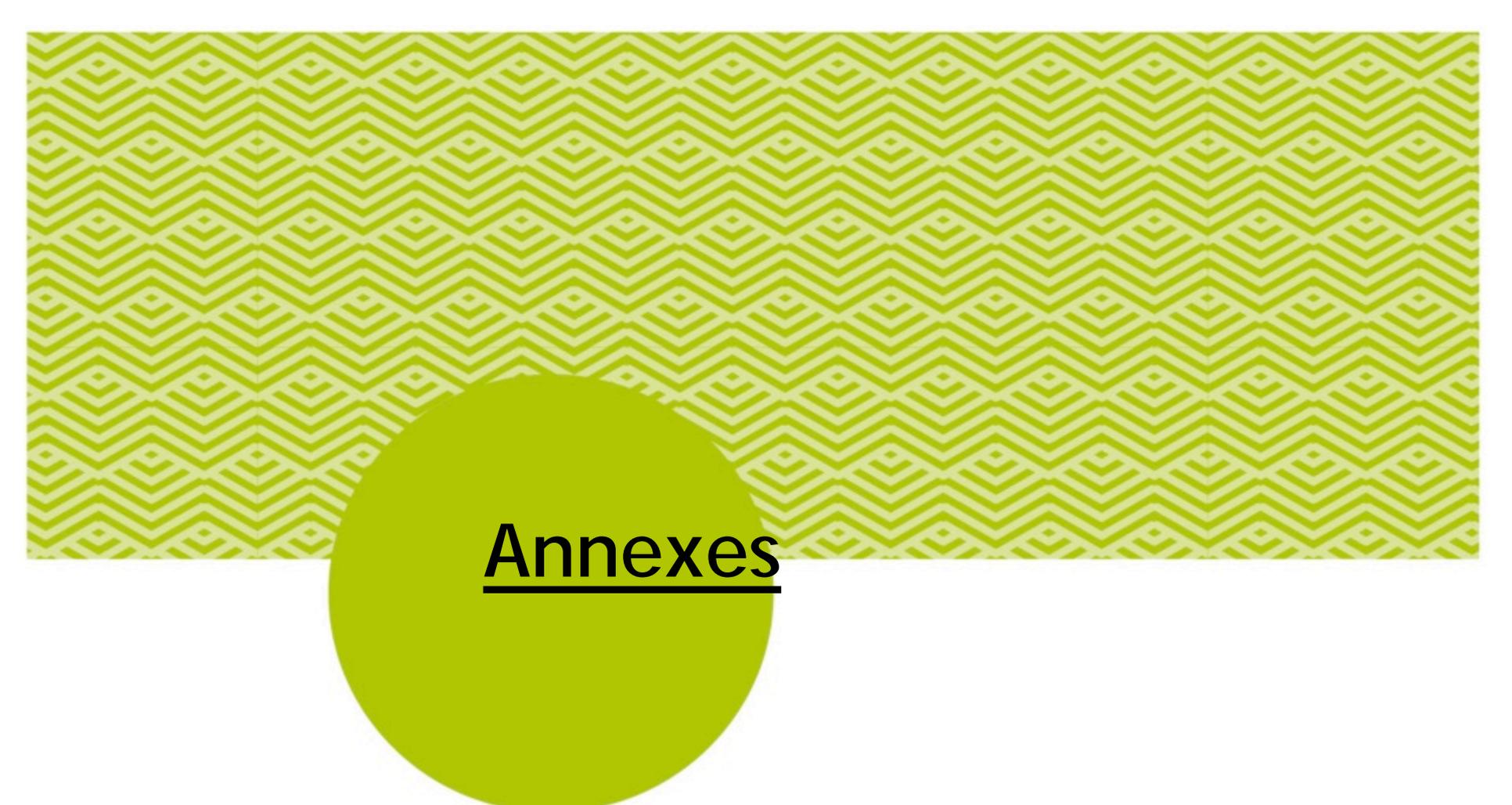


Suites données



Suites des travaux menés

- **Devenir de l'évaluation** : elle constituera l'un des éléments d'aide à la décision concernant l'évolution future du dispositif vers les DAC (présentation en Assemblée départementale de novembre 2020). Le suivi des recommandations sera effectué à N+1 et N+2.
- **Livrables fournis** : powerpoint retraçant les résultats étayés et synthèse 4 pages, qui serviront de support de présentation auprès des ≠ instances.
- **Restitution et communication des résultats** en articulation avec les engagements du Département dans sa charte de l'évaluation :
 - en comité départemental d'évaluation le 9 juillet 2020 ;
 - auprès de l'ARS le 1^{er} oct. 2020 -> annulé par l'ARS au regard du contexte sanitaire actuel (à la date d'écriture du présent document, sommes en attente d'une date de report éventuelle de la restitution) ;
 - vers l'ensemble des personnes ayant participé à l'étude : 09 octobre 2020
 - en session des 12-13 novembre 2020 (après passage en 3^{ème} Commission) : remise de la synthèse 4 pages et du rapport d'évaluation ;
 - Mise en ligne sur le site internet du Département (synthèse + rapport) : fin 2020.



Annexes

Trame d'entretien

L'étude devra répondre à des questions évaluatives autour de l'atteinte d'objectifs que s'est fixés le Département, selon les acteurs de terrain. Elle devrait permettre de présenter les points positifs et négatifs du dispositif et constituera l'un des éléments d'aide à la décision concernant l'évolution future du dispositif (collecter les points d'accord/dissonances principales, et non l'exhaustivité des points de vue des acteurs).

1/Fluidité interventions entre acteurs : liens GDC et professionnels des équipes autonomie CDAS

A votre avis, pour quelles raisons les GDC ont-ils été positionnés dans les équipes médicosociales des CDAS ?

Cet objectif vous semble-t-il rempli ? Pourquoi ?

Globalement : est-ce que la spécificité de positionner les GDC dans les équipes autonomie est un atout et/ou pose une difficulté ? Lesquel.le.s ?

D'après vous, le fait de positionner les gestionnaires de cas dans les équipes autonomie des CDAS (au niveau fonctionnel et physique) a-t-il favorisé ou non les liens entre gestionnaires de cas et professionnels des CDAS hors médecins (AS, CSG, ALI...) ?

Trame d'entretien

Dans les liens créés : les GDC sont les seuls à être rattachés au médecin tandis que les autres professionnels des équipes autonomie (CSG, IDE, AS) sont rattachés au RCDAS : cela créé-t-il de la distance ou non ?

La spécificité des GDC (*formation spécifique et métier spécifique, normes spécifiques avec méthodologie de travail spécifique*) les place dans une position particulière et les met dans une disposition particulière par rapport aux autres professionnels des équipes autonomie -> est-ce que la spécificité de positionner les GDC dans les équipes autonomie est un atout ou pose une difficulté (car ils sont différents des TS) ?

Les protocoles spécifiques des GDC sont-ils un obstacle à la fluidité des interventions entre acteurs (notamment dans les interactions avec les CSG) ?

Les GDC sont-ils intégrés à l'équipe autonomie ? Comment se sont-ils intégrés dans les équipes autonomie (alors que le rattachement hiérarchique et les fonctions et métiers sont différents) ?

Dans les pratiques, qu'est-ce que ce rapprochement tout du moins physique entre professionnels a généré au niveau de l'utilisation des outils ? (outils communs, de référentiels communs, ... ? lesquels ?). A-t-il permis d'affiner ou non l'évaluation des situations individuelles (pluridisciplinarité) ?

Trame d'entretien

2/Convergence champ sanitaire/médico-social : positionnement des GDC sous la responsabilité des médecins conseil territoriaux

A votre avis, pour quelles raisons les GDC ont-ils été positionnés sous la responsabilité des médecins ? (*affichage CD35 = favoriser la convergence entre le secteurs médicosocial et sanitaire*)

Est-ce que cette spécificité est un atout et/ou pose une difficulté ? Lesquels ?

D'après vous, le fait de positionner les gestionnaires de cas sous la responsabilité d'un médecin conseil territorial a-t-il favorisé ou non les liens entre gestionnaires de cas et équipes médico-sociales ? Qu'est-ce qui vous permet de le dire ? Pourquoi ?

Ce positionnement particulier a-t-il permis de favoriser le lien entre champ sanitaire et champ médicosocial ? Pourquoi, ou qu'est-ce qui vous permet de le dire ? (exemples...)

A-t-il permis d'affiner l'évaluation des situations individuelles (pluridisciplinarité) ?

Le rattachement des GDC aux médecins conseil territoriaux permet-il de favoriser les liens avec le tissu sanitaire local ? (médecins traitants libéraux, milieu hospitalier, interventions à domicile...)

Trame d'entretien

3/Gouvernance des MAIA :

A votre avis, pour quelles raisons le dispositif MAIA breillien a-t-il été assis sur les CLIC, le pilote a-t-il été positionné au niveau des CLIC ?

Cet objectif vous semble-t-il rempli ? Pourquoi ?

Le fait d'asseoir le dispositif sur les CLIC a-t-il permis qu'ils renforcent ou non une dynamique de territoire ? Pourquoi ?

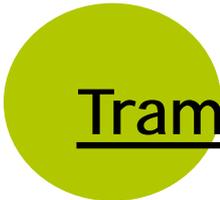
A-t-il permis ou non aux professionnels des CLIC et des MAIA de travailler ensemble ? Avez-vous des exemples ?

Le fait de séparer les fonctions (*liens hiérarchiques et lieux d'exercice différents*) entre pilote et GDC a-t-il permis que les pilotes se sentent intégrés ou au contraire isolés ? Pourquoi ? Avez-vous des exemples ?

Les rôles sont-ils bien partagés ?

Du point de vue de la particularité du portage en Ille-et-Vilaine -> les élus des CLIC de territoires MAIA sont-ils moteurs dans le portage de la dynamique de territoire des MAIA ? Sont-ils impliqués dans la dynamique de territoire ? Comment ? Quelle est leur place dans cette dynamique ? Impulsent-ils ou sont-ce les techniciens qui impulsent plutôt la dynamique ?

Quelles actions/outils ont été mis en place pour favoriser l'interconnaissance des acteurs ? (cf. outils de communication développés par les MAIA ? Lesquels ? Quels effets ?...)



Trame d'entretien

4/Public des personnes en situation de handicap :

A votre avis, pour quelles raisons le choix a été fait en Ille-et-Vilaine que le dispositif MAIA s'adresse également aux personnes en situation de handicap ?

Les personnes en situation de handicap sont-elles accompagnées dans le cadre des MAIA ? Y-a-t-il notamment des articulations mises en œuvre avec la MDPH (passages de situations) ?

Le fait que la MAIA concerne les PH permet-il une fluidité avec les travailleurs sociaux du CDAS ?

5/Points forts/faibles principaux et préconisations :

A votre avis, quels sont les principaux points forts/faibles du dispositif à retenir et quelles préconisations feriez-vous pour l'améliorer ?

6/Commentaires libres :

MAIA EN ILLE-ET-VILAINE ÉVALUATION DU DISPOSITIF



Département d'Ille-et-Vilaine

1, avenue de la Préfecture
CS 24 218 - 35042 Rennes Cedex

Service Contrôle de gestion, évaluation et audit

Pôle ressources humaines, finances et performance
de gestion
Tél. : 02 99 02 31 11 - Mél : murielle.arrive@ille-et-vilaine.fr

Direction de l'autonomie

Pôle solidarité humaine
Tél. : 02 99 02 37 75



www.ille-et-vilaine.fr