

ANNEXE 4

# Évaluation des dispositifs MAIA

Réalisée pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

## La gestion de cas : un mécanisme encore instable

Enquête transversale

François Sicot  
Enseignant-Chercheur à l'Université Jean-Jaurès de Toulouse

NOVEMBRE 2016





# **La gestion de cas : un mécanisme encore instable**



# Sommaire

Introduction	7
<b>1</b> Un dispositif en évolution permanente au sein de politiques publiques en constant changement	9
<b>2</b> Décider d'une inclusion : extension du domaine de la GC	13
<b>3</b> Qu'est-ce que la Gestion de cas ?	17
<b>4</b> Sortir / être dés-inclus de la gestion de cas ?	21
<b>5</b> Face aux dilemmes éthiques, quelles évolutions ?	23
Conclusion	25
Sigles et abréviations	29



# Introduction

Dans les pages qui suivent, il ne s'agit pas d'évaluer les effets de la GC mais de présenter quelques réflexions sur la GC issues d'une enquête transversale à différents sites. Nous avons réalisé des entretiens avec des GC sur trois des cinq terrains des monographies et sur quatre autres MAIA. Nous avons également participé à des commissions d'inclusion et de suivi des personnes incluses. Enfin, les données issues des monographies ont été prises en compte.

De manière totalement inductive, sans problématique préalable, mais en tenant compte des données collectées par ailleurs dans le projet et des premières analyses effectuées sur celles-ci, nous avons interrogé les gestionnaires de cas sur leur activité, leur demandant de la décrire et les amenant à réfléchir sur leurs pratiques.

**Quatre mots clés rendent compte de ce qui revient le plus souvent à propos de cette fonction.**

**Le premier est la diversité** de la pratique de la GC d'un site à l'autre. Cette diversité est importante – on peut même parler d'hétérogénéité – et concerne plusieurs domaines : la régulation de la pratique, les modalités d'inclusion, l'usage des outils (d'évaluation, d'information), les réflexions sur la sortie de la GC.

**Le deuxième est l'instabilité** du mécanisme dans la mesure où le cadrage de la pratique par la CNSA se fait très progressivement au cours des années et où l'environnement institutionnel – en l'occurrence les dispositifs de l'action publique auprès des personnes âgées et dépendantes – ne cesse de se modifier.

**Le troisième est l'invention** pour ne pas dire l'innovation dont font preuve les gestionnaires de cas MAIA pour résoudre les difficultés rencontrées, assurer au mieux la GC.

Enfin, il apparaît que les GC sont dans **l'incertitude** quant à la pérennité du dispositif et à la définition précise de leur fonction.

Ces quatre caractéristiques de la GC que nous avons retenues ne remettent en cause ni l'intérêt de la GC, intérêt souligné à de nombreuses reprises par la majorité des interlocuteurs rencontrés sur les différents sites, ni les effets que les monographies ont tentés d'évaluer. **Elles nous amènent par contre à initier une réflexion sur la question plus générale de la conduite de la /des politique(s) publique(s) de la dépendance.** Il nous semble que la CNSA est désormais confrontée à la question de savoir ce qu'il convient de faire des initiatives locales, des procédures dont les MAIA se sont dotés, des outils qu'elles ont construits et, plus généralement, comment le système dans sa globalité peut être stabilisé. Ceci dans un souci de capitalisation de l'expérience et des compétences acquises par les MAIA. Chacune des quatre caractéristiques de la mise en œuvre de la GC issues de l'enquête se retrouve, peu ou prou, dans les cinq points développés ci-après.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la création puis la diffusion du dispositif MAIA au sein des politiques publiques de la dépendance.

Dans un second temps, nous montrerons comment les procédures d'inclusion en gestion de cas se sont étendues, au point que la gestion de cas proprement dite s'en trouve quelque peu modifiée.

Nous reviendrons ensuite sur les moyens mis en œuvre par les GC - coordonner, accompagner, convaincre - pour accéder à l'objectif du « maintien à domicile des publics concernés aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions » (*Les cahiers pédagogiques de la CNSA, 2014*).

Le point suivant analyse quelques-unes des questions qui se posent désormais aux gestionnaires de cas : la possibilité d'un arrêt du suivi pour des raisons autres que le décès, l'institutionnalisation ou le déménagement.

Enfin, nous concluons en défendant l'idée que les problèmes soulevés relèvent en partie de dilemmes éthiques mais que la réflexion ne peut sans doute pas être laissée à l'initiative des GC et qu'elle doit être organisée, à différents niveaux.





# 1 Un dispositif en évolution permanente au sein de politiques publiques en constant changement

L'instabilité questionnée ici est double, elle concerne d'un côté le dispositif MAIA et de l'autre l'ensemble de la politique publique.

Où va la politique publique de la dépendance et, plus globalement, la politique publique de la vieillesse ? Quels nouveaux dispositifs demain ? Quelles disparitions ?

L'environnement institutionnel au sein duquel s'inscrivent les MAIA est particulièrement instable. En effet, les politiques publiques ne cessent d'inventer des dispositifs pour améliorer la prise en charge de la dépendance. Des auteurs qualifient la dynamique d'empilement ou de bricolage<sup>1</sup>.

Les MAIA ont été expérimentées en 2009 puis généralisées à partir de 2011 dans un environnement où des dispositifs de coordination existaient : les réseaux – loi du 4 mars 2002 – afin de coordonner les parcours de santé (et plus précisément des réseaux gérontologiques) ; des CLIC. Or, la place de chacun, le partage des rôles sur les territoires sont loin d'être toujours déterminés. De nouveaux dispositifs viennent pourtant se superposer aux « anciens » : les programmes PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie), inventés en 2013, ou encore les Plateformes territoriales d'appui (PTA) pour ce qui concerne les soins de premiers recours.

**La solution au manque de coordination, aux ruptures de parcours de prise en charge, au cloisonnement des secteurs est-elle à chercher du côté de l'amélioration de l'existant ou de son dépassement ?**

Dans son rapport de 2014 sur *L'évaluation de la coordination d'appui aux soins*, l'IGAS écrivait que : « la difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire conduit à multiplier les structures au risque de les rendre redondantes les unes par rapport aux autres, et sans toujours intégrer les professionnels de santé. Ainsi, les MAIA qui devaient être sanitaires, médico-sociales et sociales n'ont pu s'imposer aux professionnels de santé et sont restées sur le champ médico-social et social sur lequel les CLIC, notamment ceux de niveau 3, étaient déjà positionnés. Aussi, les pouvoirs publics expérimentent-ils désormais le dispositif PAERPA ».

Sur le terrain, les ARS sont aujourd'hui occupées à organiser les relations entre PAERPA et MAIA et à communiquer sur leur articulation. Fort à propos, une ARS remarque la nécessité : de « soutenir les professionnels de proximité en s'appuyant sur les ressources existantes tout en veillant à ne pas s'y substituer ou les démobiler ».

1 - Note méthodologique et de synthèse documentaire - « Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? », HAS, 2014 ; Le Bihan-Youinou Blanche, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? », Informations sociales 1/2010 (n° 157), p. 124-133 ; Pierre-Yves Baudot, « Aux frontières du handicap et de la dépendance. A propos de : F. Weber, Handicap et dépendance. Dramas humains, enjeux politiques, Rue d'Ulm, La vie des Idées, mars 2012 ; Frinault Thomas, « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », Revue française de science politique 4/2005 (Vol. 55) , p. 607-632 ; Blanchard Nathalie, « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ? », Retraite et société 3/2004 (no 43) , p. 165-186 ; Ennuyer B., Un regard critique sur « les gestionnaires de cas », dernière « mode » de la coordination imposée par le plan Alzheimer, Gérontologie et société, 2012/3 (n° 142) ; Enjolras B. et J.-L. Laville (2001), "France : des services locaux, associatifs et publics, confrontés à des règles nationales changeantes", dans J.-L. Laville et M. Nyssens (éds), Les services sociaux entre associations, Etat et marché, L'aide aux personnes âgées, Paris, La découverte pp. ; Bauduret J.-F., « Les imperfections de la décentralisation. Une juxtaposition et un entrelacs de compétences entre les départements et l'État, préjudiciable à la cohérence des politiques conduites », in Bauduret J.-F Les imperfections de la décentralisation. Une juxtaposition et un entrelacs de compétences entre les départements et l'État, préjudiciable à la cohérence des politiques conduites, Dunod, 2013.

### **Comme les MAIA, aucun de ces dispositifs n'est stabilisé une fois pour toutes.**

Pour ne prendre qu'un exemple, le guide méthodologique de la DGOS d'octobre 2012 sur les réseaux affirme qu'il convient de **faire évoluer les réseaux de santé** vers « une mission d'appui à la coordination polyvalente de proximité ». Mais en fonction de ces évolutions, des évaluations, des modifications des politiques (nouveaux textes de lois, nouveaux découpages de territoires, nouveaux dispositifs, disparition progressive des CLIC à l'initiative des conseils départementaux...), **ce sont des évolutions systémiques** qui se produisent.

On sait que, par ailleurs, plusieurs acteurs intègrent dans leur activité une fonction de coordination (médecins généralistes, infirmières libérales, maisons de santé, services HAD, CLIC, SSIAD...).

### **Chacun assure t-il sa mission de coordination ?**

Le médecin traitant coordonne t-il le parcours de soins, quelle conception a t-il de son rôle en la matière et de ce que recouvre ou ne recouvre pas les dits « soins » ?

L'article R. 4311-1 du Code de la santé publique indique que les infirmiers « exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif ».

Les conditions sont-elles présentes pour que ces coordinations soient effectuées ? Autrement dit, dans quelle mesure la GC vient-elle faire à la place des autres professionnels intervenant à domicile en particulier libéraux, le travail de coordination qu'ils ne feraient pas ?

Les promoteurs des MAIA (CNSA) ne cessent d'insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'un dispositif supplémentaire, qu'il ne s'agit même pas d'un dispositif puisque c'est une méthode.

« Le dispositif MAIA ne remplace pas les structures déjà existantes. Il ne se superpose pas aux structures de coordination déjà existantes. Il s'appuie sur ces structures afin de les faire évoluer vers un mode d'organisation dit "intégré" ». (Cahier des charges national des dispositifs d'intégration MAIA)

Et donc, il n'y aurait pas d'empilement. Pour autant, les MAIA, créées afin de mettre en œuvre une politique publique, disposent de financements, de professionnels, d'outils dédiés. Au sens le plus large, « un dispositif est d'abord un assemblage intentionnel d'éléments hétérogènes (instruments, méthodes, actions publiques, etc.) répartis spécifiquement en fonction d'une finalité attendue » (Zittoun P., « Dispositif », in Casillo I. avec Barbier R., Blondiaux L., Chateauraynaud F., Fourniau J.-M., Lefebvre R., Neveu C. et Salles D. (dir.), Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation, Paris, GIS Démocratie et Participation, 2013).

Comme on peut le constater sur le terrain, les partenaires sont déstabilisés par les changements incessants de la politique publique. Ils expriment leur scepticisme sur la cohérence des politiques publiques, la pérennité de l'existant. Après avoir expliqué que les MAIA ne remplacent pas les CLIC, les professionnels des MAIA doivent préciser leur articulation avec PAERPA, sans être toujours convaincus eux-mêmes par leurs arguments, ces positionnements n'étant pas précisés par le niveau national. L'instabilité du dispositif lui-même et du paysage institutionnel peuvent être mal vécus par des GC et les pilotes qui se demandent si les MAIA vont survivre à l'invention des nouveaux dispositifs considérés comme proches ou concurrents (PAERPA, PTA), ou s'il est bien utile de s'investir dans une pratique qui risque d'être remise en cause ultérieurement par des nouvelles directives.

Sur le terrain, le positionnement des MAIA par rapport aux autres dispositifs doit faire l'objet d'une communication importante et minutieuse auprès des partenaires. Parallèlement, les professionnels des MAIA ont conscience de la nouveauté que représentent les MAIA dans le paysage institutionnel français, de la nouveauté de son vocabulaire, de ses outils.

*« L'intégration est un concept qui va sûrement mettre des années à se mettre en place. Il faut mobiliser les partenaires, il faut déjà qu'ils comprennent les termes, qu'ils adhèrent [...]. Tout le dispositif met du temps à se déployer, à ce qu'on lui fasse confiance, encore plus la MAIA avec ces termes un peu inaccessibles... » (GC).*

Dans des territoires où des Points Info Senior existent : *« Les PIS ressemblaient très fortement aux premières : ça a été du coup une grosse difficulté et ça l'est encore aujourd'hui, pour les pilotes, de travailler avec les PIS. Il y en a où ça évolue, d'autres où il reste beaucoup de crispations, ça fait prendre beaucoup de retard surtout pour le guichet intégré. Ce qui explique aussi qu'on passe par d'autres biais pour pouvoir lever des difficultés : c'est par la gestion de cas qu'on arrive à faire venir les PIS et à comprendre l'intérêt de ce qu'est un guichet intégré. » (DD ARS)*

« On est en train tout doucement de bien essayer de caler avec les PIS "qui fait quoi". Quels sont les champs d'intervention. On commence tout doucement à le faire. » (conseil départemental).

L'articulation entre Points Infos Seniors et gestion de cas complexes a dû être explicitée car le déploiement de la MAIA a créé de l'inquiétude chez les animateurs des PIS qui, pour certains, se sont sentis dépossédés de l'une de leur mission.

Concernant le dispositif MAIA spécifiquement, cinq ans après la fin de l'expérimentation et le début de son déploiement sur tout le territoire, les équipes MAIA ne cessent de se construire des outils pour la pratique quotidienne. On rédige et systématise un formulaire d'inclusion, on diffuse un guide de la Gestion de Cas, on élabore un outil d'évaluation multidimensionnelle à partir du GEVA-A (Guide d'évaluation des besoins de compensation. Version aînés), on met en place une nouvelle procédure de suivi des personnes incluses... Le 28 mai 2015 encore, le site internet de la CNSA parle très justement de « pratiques professionnelles en évolution ».

Les mécanismes poursuivent leur installation sur les territoires. Dans une majorité des MAIA auprès desquels nous avons enquêté, le système d'informations partageables n'existe pas.

« Il y en a qui utilisent le PSI pour nourrir le système d'information, c'est votre cas ? – Mais nous on n'a pas de système d'information. On [l'ARS] nous a appelé hier pour nous dire qu'il fallait qu'on s'en occupe. »

Comme le disent pilotes et GC, bien au-delà de la fin de l'expérimentation, « On a inventé », « Nous on était expérimental, on a fait cet outil parce qu'on avait tout à construire, ça a été décidé à ce moment là ».

La CNSA vient de choisir (mai 2016) un outil d'analyse multidimensionnelle commun et unique. Le site internet de la CNSA explique que « 3 outils (qui) permettent d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes, et de s'assurer que l'ensemble des besoins est couvert : Le formulaire d'analyse multidimensionnelle (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle – le *Resident Assessment Instrument-Home care* (RAI-HC) (utilisé par les gestionnaires de cas) »... le RAI est encore très loin d'être adopté par une majorité de MAIA. On se souvient qu'en 2011, le gouvernement avait pris la décision de retenir le GEVA-A comme outil d'évaluation des besoins des personnes. Aujourd'hui, les GC des MAIA utilisent majoritairement des versions simplifiées du GEVA-A.

« C'est quoi l'outil d'évaluation que vous utilisez actuellement ? [Sourire] Actuellement c'est l'OEMAIA qui a été fait dans [le département]. Je rigole parce que j'en suis quand même à mon quatrième outil depuis 2011. » (Il s'agit d'une gestionnaire de cas qui a travaillé dans trois autres MAIA précédemment).

« Pour revenir au problème de l'outil, on avait fait cette formation et après on avait eu à Paris la première rencontre des GC. Il y en avait plein qui n'avaient pas d'outils d'évaluation et pour eux c'était compliqué. »

Lucidement là encore, la CNSA note que : « le choix d'un outil commun était très attendu par les gestionnaires de cas » (site internet du gouvernement). L'attente est la même concernant le système d'informations partageables.

La formation des GC a elle-même évolué et plusieurs GC l'ayant suivi à des époques différentes ont pu nous faire part des changements intervenus. Sur le versant positif, il est notable que la formation a su évoluer en fonction des remontées du terrain. Par contre, des générations différentes de GC n'ont pas reçu tout à fait la même formation, et les plus anciennes ont du revoir certaines de leurs pratiques (« au début on nous a dit le PSI il faut le partager et puis après il fallait plus le partager »...).

La CNSA n'a pas fourni, au terme de l'expérimentation officielle, l'ensemble des procédures, des règles, des outils permettant une stabilisation et une harmonisation des pratiques sur le territoire national. Paradoxalement, alors que la MAIA est un dispositif extrêmement conceptualisé, théorisé, comprenant des mécanismes d'action très précis et des outils pratiques, mis en place depuis des années au Québec qui en est la source d'inspiration revendiquée, la puissance publique est sans cesse en retard sur les pratiques des acteurs.

Il n'y a pas nécessairement lieu de déplorer cette dynamique de bricolage d'outils, de procédures. On peut tout à fait considérer, au terme de l'enquête, que des MAIA se sont construits des instruments qu'elles considéraient comme adaptés à leurs besoins, leur histoire, leurs relations avec le système d'acteurs local. Les bricolages réalisés sur le terrain par les équipes permettent pratiquement l'adaptation de la Méthode au contexte local. La CNSA mentionne que « la mise en œuvre de MAIA se décline à travers un modèle organisationnel défini qui s'adapte aux diversités locales et qui repose à la fois sur les dynamiques locales et sur la mise en place des mécanismes propres à l'intégration ». (MAIA - Cahier pédagogique de la CNSA, octobre 2014)

Par contre, elle soulève deux types de problèmes.

**Le premier relève de la conduite de la politique publique.** Que faire désormais des innovations, des bricolages, des manières de procéder, des outils que se sont constitués les MAIA ? Que faire de la diversité des pratiques qui sont à l'œuvre ? Faut-il standardiser, imposer à toutes les MAIA un même outil d'évaluation vs inventé et déployé localement ? Faut-il imposer un système d'information à toutes les MAIA quand, à différents niveaux locaux (une ARS, un département, deux MAIA...), on a commencé à installer un système d'information particulier ? Faut-il rédiger un formulaire national d'inclusion, une charte éthique pour tous... ? Sachant là encore que des processus d'harmonisation ont pu se mettre en place à tel ou tel échelon local. Ce qui est en débat ici, au-delà du cas de seules MAIA, c'est le rapport entre l'appropriation par les acteurs de terrain d'un dispositif, des marges de manœuvre, des libertés qu'il se donne, de l'usage parfois détourné qu'il peut y avoir des outils et le niveau auquel la puissance publique entend standardiser, harmoniser, réguler ce dispositif.

**Le second problème concerne les professionnels de la MAIA et leur demande de cadrage de l'activité.** La marge de manœuvre que se donnent pilotes et GC aujourd'hui et les changements intervenus sont vécus de manière ambivalente. Les citations d'entretiens qui suivent illustrent cette ambivalence. Nous interrogeons les GC pour savoir comment la question des sorties est discutée sur leur dispositif MAIA.

*« On est tout le temps en train de se poser des questions sur les critères d'inclusion, de sortie<sup>2</sup> / Alors la GC c'est un dispositif relativement récent, en évolution permanente et du coup nous GC on est en obligé d'être en réflexion permanente. / Aujourd'hui, on nous dit noir dans six mois on va nous dire blanc. On a beau avoir nos propres convictions, faire nos choix, c'est compliqué parce que on est dans un dispositif qui évolue tout le temps, où les sphères qui sont autour de nous évoluent tout le temps, où les consignes qu'on va nous donner en janvier seront plus valables en juin. Alors je trouve que c'est compliqué de se positionner. C'est pas que je me sente perdu, mais je me dis en fait, sur un territoire, ils font ça, sur un autre, ils font ça, au-dessus ils nous disent pas il faut faire comme ça / Le cadre, il est flou. On est dans une mouvance qui nous met en difficulté / Mais qui en même temps est riche, qui permet la construction d'une identité. Mais, c'est vrai qu'on est perpétuellement dans l'adaptation / Oui, c'est vrai que c'est un cadre qui nous laisse une certaine liberté et qu'après on s'approprie. À des moments un cadre bien précis ça nous manque et à d'autres moment, ça nous permet de nous dire, là, je peux aller jusque là, là j'ai été trop loin dans la GC. Et c'est là qu'on est dans la réflexion sur quelles sont nos limites en tant que GC. »*

*« Il y a une nécessité de cadrer nos interventions. Et ça, on le fait au fur et à mesure des situations qu'on va rencontrer. On a besoin de cadre pour ne pas être trop exposées en tant que professionnelles. Tout ça est à construire, ça n'a pas été clairement pensé tout ça. C'est un peu nous qui le construisons au fur et à mesure. Et avec des pilotes qui sont pas toujours très au clair non plus. Et donc, les dynamiques elles se construisent entre GC aussi, dans nos échanges. »*

*« Cette dynamique de réflexion qu'on a, elle est effectivement liée à des demandes qui émanent du terrain mais ça exprime aussi le besoin de sécurité dans lequel on est. On est tout le temps dans la recherche de cadre, on se demande quelle ligne de conduite on doit adopter. Il faut qu'on ait tous la même parce que il faut qu'on puisse dire aux partenaires... Parce qu'il y a des partenaires qui sont à cheval sur deux territoires, ils vont travailler avec deux MAIA, on a des procédures différentes. Et donc si il y en a une qui dit blanc et l'autre noir le partenaire, il va plus rien comprendre. »*

## 2 Décider d'une inclusion : extension du domaine de la GC

De manière générale, le nombre d'inclusions en GC dépend des caractéristiques de l'offre du territoire - dont les caractéristiques géographiques, des manières de concevoir la GC au sein de la MAIA, de la place qu'a su prendre la MAIA sur le territoire et/ou de sa politique (inclure plus ou moins de cas par GC, refuser ou accepter de faire à la place d'un partenaire défaillant, accepter ou refuser de servir de relais entre deux prises en charge en établissement, ce que les GC de la MAIA donnent à entendre de ce qu'ils considèrent relever de leur compétence...).

Ainsi un faible nombre de cas inclus peut-il signifier un refus des partenaires de travailler avec la MAIA tout aussi bien que la qualité de l'intégration sur ce territoire ou encore une conception restrictive de la GC par les pilotes et l'équipe. L'ancienneté de la MAIA joue certes un rôle : une MAIA qui a débuté son activité en 2015 aura nécessairement moins de cas inclus qu'une MAIA plus ancienne. « On note une montée en charge du nombre de situations suivies selon l'ancienneté du gestionnaire de cas dans le poste, ceux qui ont moins de six mois d'ancienneté suivent en moyenne 13 personnes et ceux qui ont plus de trois ans, 30 » (enquête Médéric Alzheimer).

Cependant, le niveau d'inclusion ne relève pas d'une montée en charge linéaire et systématique. Le nombre de personnes incluses ne dépend pas seulement de la complexité, quelle qu'en soit la définition, c'est aussi un rapport à la méthode MAIA, à la GC, aux enjeux des partenaires par rapport à la méthode (peur de la concurrence, conflit de légitimité...).

Les critères d'inclusion ont changé depuis l'expérimentation et les Maisons Alzheimer. En novembre 2013, la CNSA a travaillé, avec les différents acteurs des MAIA, à la définition de critères nationaux pour l'orientation vers les gestionnaires de cas. Ce n'est que très progressivement que des critères d'inclusion nationaux, à respecter par toutes les MAIA de manière homogène ont été arrêtés. Peu à peu, le spectre des cas qui peuvent être inclus s'est élargi, depuis les malades d'Alzheimer des *Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer* créés dans le sillage du Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012 jusqu'à la Circulaire du 7 septembre 2015 relative à la mise en œuvre du plan maladies neurodégénératives 2014-2019 et son annexe 7, en passant par le déploiement post-expérimentation officielle en 2011 (cahier des charges national des dispositifs MAIA) qui a marqué une première inflexion en incluant les personnes en perte d'autonomie fonctionnelle du fait des pathologies liées à l'âge *notamment* la maladie d'Alzheimer.

**D'ailleurs, tous les professionnels n'ont pas encore intégré les différents changements.** On peut trouver des sites internet d'associations ou d'EPHAD qui expliquent que les MAIA sont : « Les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia). Les Maia sont des structures destinées à coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. ... ». Les GC elles-mêmes ne prennent conscience ou connaissance que très progressivement que l'autonomie décisionnelle n'implique pas nécessairement la présence d'une maladie neurodégénérative. Certaines nous ont parlé de **nouveaux** critères.

*« La psychiatrie, c'est des nouveaux critères alors ? - Non mais en fait il paraît que c'était déjà comme ça au départ. Mais on ne l'avait pas compris de cette manière là. Donc on nous l'a gentiment rappelé. C'est le critère autonomie décisionnelle qui avait été zappé. Au départ, oui on était focalisé sur les maladies neurodégénératives. »*

De fait, les GC incluent de plus en plus de personnes ayant des troubles psychiques, même si ces situations restent encore très minoritaires. Il faudra voir comment sera pensé au niveau des politiques publiques l'articulation entre les nombreuses initiatives locales ou nationales qui visent à améliorer la coordination au sein des parcours en psychiatrie et cet élargissement des critères d'inclusion en GC.

L'élargissement des missions des GC peut tenir au désengagement de nombreux départements dans le financement des CLIC de niveau 3<sup>3</sup>. De fait, soit ces missions qu'ils assuraient ne sont plus remplies, soit elles sont *de facto* dévolues aux GC. Ainsi de l'aide à la constitution des dossiers APA. Ce qui pose la question des glissements de missions des CLIC et des services sociaux des conseils départementaux.

3 - Les Clic de niveau 3, en plus des missions exercées par les Clic de niveau 1 et 2, assurent le suivi et la coordination du plan d'aide personnalisé en collaboration avec les intervenants extérieurs.

Les procédures d'inclusion sont relativement hétérogènes d'une MAIA à l'autre. C'est un constat qui a déjà été fait par ailleurs. Par exemple, on peut lire dans une évaluation des MAIA d'un département : « L'entrée en gestion de cas d'une situation est validée selon les Maïa : soit par le gestionnaire de cas concerné ; soit par un l'équipe Maïa (gestionnaires et pilote) ; soit par un comité réunissant différents membres (porteurs, experts, gestionnaires de cas et pilote) »<sup>4</sup>. Certaines MAIA cherchent systématiquement à obtenir l'accord du médecin traitant (« *Ca permet aussi de les réintroduire. Le médecin ne peut pas être exclu.* ») d'autres n'y font absolument pas allusion. Le nombre de cas par gestionnaire peut être limité à un nombre bien inférieur à 40 par des pilotes.

En outre, chaque MAIA se construit ses outils et les entretiens montrent que les procédures et les outils sont loin d'être encore stabilisés. Chaque MAIA invente progressivement ses procédures d'inclusion. On nous dit qu'on vient de décider d'une nouvelle fiche d'inclusion ou de pré-inclusion, on rédige des plaquettes à destination des partenaires, on cherche une manière d'informer les orienteurs des décisions de la commission d'inclusion. Les réponses apportées aux orienteurs sont plus ou moins formelles. Dans certains cas, la GC se limite à informer l'orienteur par téléphone. Dans d'autres, un formulaire type lui est envoyé.

En effet, **les enjeux ici sont d'importance : il faudrait à la fois laisser une trace de la décision prise et il faut pouvoir expliquer, légitimer des refus d'inclusion.**

« Les partenaires demandent parfois des comptes lorsque la situation qu'ils ont présentée n'a pas été admise en Gestion de cas. Les raisons en sont alors données, mais l'incompréhension demeure parfois. Les partenaires devront apprendre à vivre avec cette frustration : la Gestion de cas ne pourra pas « absorber » tous les cas complexes du Territoire. » (Nice, rapport d'étape).

Des harmonisations peuvent intervenir au niveau départemental ou de l'ARS ou entre MAIA. Ou ne pas exister. Ce qui peut d'ailleurs, selon des GC, poser des problèmes aux partenaires qui sont au contact de deux MAIA différentes.

De manière générale toutefois, les procédures d'inclusion se complexifient, elles se « procéduralisent » et elles s'allongent dans le temps. Dans nombre de cas, les commissions statuent d'ailleurs en deux temps : on discute de la pré-inclusion puis de l'inclusion. Une inclusion peut ainsi prendre plusieurs mois.

Désormais, il paraît difficile de considérer que des personnes sont incluses ou ne le sont pas. De fait, il s'agit d'un processus d'inclusion qui prend fréquemment deux, voire trois mois. On rencontre des MAIA où, d'une certaine manière, avec l'enquête de pré-inclusion mise en œuvre, on fait de la GC avant la GC. Dans ce que nous appelons le processus d'inclusion, il est ainsi fréquent que la GC prenne des contacts avec les uns et les autres pour s'informer sur une personne et, se faisant, informe ces mêmes partenaires de la situation, faisant ainsi bouger les lignes, amenant une assistante sociale ou une infirmière à modifier son intervention à domicile. En décidant d'ajouter des heures d'aide à domicile par exemple. À tel point que, dans certains cas, ce travail d'information suffit à défaire la complexité.

Dès lors qu'elles sont interpellées par rapport à une situation, les gestionnaires de cas peuvent se rendre à plusieurs reprises au domicile afin de bénéficier de la meilleure vision : « *Au niveau de l'équipe on ne se coupe pas de plusieurs visites à domicile pour vraiment évaluer et prendre le temps. On a toujours à l'esprit que dès lors que l'on rentre la personne en gestion de cas, c'est un accompagnement qui peut durer des années. Et on a la possibilité d'accompagner 30 à 40 personnes. Sur un secteur vaste comme le mien, on peut vite être au quota. Je préfère être sûre de ne pas faire d'erreur, donc je fais plusieurs visites.* » (gestionnaire de cas)

On a pu nous parler de *sortie de pré-inclusion* pour des personnes qui entraient en établissement avant l'inclusion où des personnes qui finalement étaient considérées comme ne remplissant pas tous les critères.

Bien souvent, avec ces procédures qui font précéder l'inclusion d'une phase de pré-inclusion, la gestion de cas commence avant la Gestion de cas. La GC appelle les professionnels qui sont partie prenante de la situation non plus seulement pour s'informer mais s'avoir s'il a fait ceci ou cela, s'il ne conviendrait pas d'essayer ceci ou cela. La gestionnaire commence à travailler sur la situation, à la faire évoluer. La GC avant la gestion de cas, c'est aussi le cas avec des demandes qui anticipent l'émergence d'une complexité : au-delà de l'adressage de cas complexes avérés, certains partenaires interpellent les gestionnaires de cas sur des situations qui feront l'objet d'une demande dans l'année à venir. L'avantage perçu est de prendre connaissance du dossier en amont afin d'anticiper et d'éviter la gestion en grande urgence :

4 - Pichon C., Oge C., *Évaluation des dispositifs MAIA des pays de la Loire*, Direction de l'Efficiencia de l'Offre Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs, 2014

« On est sollicité pour des personnes avec des troubles cognitifs, un épuisement de l'aidant ou un aidant en difficulté, une situation qui pourrait se dégrader très vite, des situations complexes. Cela permet aussi de faire des "pré-connaissances" du dossier, afin d'éviter la situation d'urgence [...] Souvent je l'appelle, on parle de certaines situations. Par exemple je lui dis je risque de t'envoyer une dame, on attend que la famille se prépare, on commence à en parler. Je lui envoie la fiche liaison, soit je la fais soit c'est le médecin traitant. » (Centre de soins)

Si nous n'avons pas assisté à des échanges sur la question, on peut tout de même se demander si ne viendra pas le moment de réfléchir à une autre adaptation du dispositif avec de la GC « en urgence » ou pour les situations urgentes.

Ailleurs, une GC dit : « Après, on laisse jamais de cas sans solutions. On va toujours renvoyer vers les partenaires du guichet intégré, on va toujours faire une proposition. Parce que s'il nous semble nous que les critères correspondraient à une HAD, on met en lien avec l'HAD ».

Certaines de ces commissions d'inclusion ne se limitent donc plus à dire oui ou non cela relève de la GC ; elles deviennent des commissions d'orientation au sens large en faisant savoir à l'orienteur si la situation relève du réseau de santé, du conseil départemental, d'un SSIAD...

« On peut les accompagner même vers la réorientation, on les laisse pas comme ça. On peut aussi faire un petit suivi, le temps que... »

Des commissions d'inclusion peuvent devenir un nouveau service local, non prévu dans la Méthode au sens strict. Elles peuvent se dérouler avec la présence active de partenaires tels que des membres d'un réseau. On échange sur l'orientation pertinente. Cette extension du rôle de la GC est ainsi particulièrement nette dans les commissions où des partenaires – tel qu'un réseau ou d'autres partenaires du champ de la gérontologie – sont représentés.

On reviendra *infra* sur le risque que cette extension du domaine de la GC peut comporter :

« Vous diriez ça consiste en quoi la GC ? - Alors c'était clair au début (2011 pour elle) mais plus j'avance... Là j'ai l'impression que plus la GC avance plus on remplace des gens. Soit qui sont incompetents, qui ne font pas leur travail, qui sont épuisés, ou qui n'ont pas encore mis en place... »

Un risque qui, s'il n'est pas précisément circonscrit par les pilotes va à l'encontre de l'objectif d'intégration du système.

Le processus d'inclusion peut se démultiplier d'une autre manière. Ainsi, sur un territoire MAIA, être membre du guichet intégré signifie qu'on peut directement envoyer une demande en GC mais aussi, surtout, que l'on est habilité à recevoir des demandes de GC par un autre partenaire et qu'il convient de tenter au maximum de solutionner la demande avant tout envoi en GC. Le relais vers la GC n'intervenant que lorsque le membre du GI aura « tout essayé en amont pour régler ou stabiliser une situation sans y parvenir » (membre du GI).

Avec ce temps long du processus d'inclusion, ce n'est plus seulement l'urgence qui est exclue de la gestion de cas. Dans le parcours de prise en charge d'une personne âgée, les motifs de rupture sont nombreux et la dégradation ou l'institutionnalisation peuvent intervenir alors même qu'une demande d'orientation en GC a été formulée par un partenaire.

On peut surtout s'interroger sur la place de la « demande de la personne » quant à son inclusion au cours de ce processus. Force est de constater qu'avec la réalisation d'une enquête pour savoir si l'inclusion doit bien avoir lieu, la GC commence à intervenir sur la situation d'une personne, parfois même en allant au domicile, sans le consentement de cette personne à être suivie en GC. Lorsqu'une inclusion est décidée avant la visite à domicile, en commission, parce que tous les critères sont remplis, **il manque de fait un critère : l'accord de la personne.**

## La complexité

L'intérêt de l'approche retenue dans la définition de la complexité par le PMND est qu'**elle ne limite pas la complexité à l'absence de l'autonomie de la personne** à laquelle s'ajouteraient diverses autres problèmes : des problèmes de santé, un logement insalubre, un risque de danger... **La complexité est également définie par rapport au contexte**, à la présence ou non d'aidants... Voire aux modalités d'intervention des professionnels.

On a donc affaire à une définition que l'on pourrait dire situationnelle ou environnementale de la complexité, en référence aux définitions du handicap qui ont cours aujourd'hui. La complexité ne relève pas seulement de cet environnement immédiat de la personne. La complexité est tout autant dans l'organisation du système local de prise en charge.

« Dans les facteurs induisant de la complexité, on distingue ceux liés à la personne (complexité clinique), ceux qui touchent à son environnement (complexité sociale), et ceux en rapport avec la complexité du système de soins (complexité systémique) » Somme D., Corvol A., Couturier Y., Pimouguet C., Moreau O., Perivier S., Balard F., de Stampa M., « Nouveau champ professionnel en France. Les besoins de formation des gestionnaires de cas », Santé Publique HS/2015 (S1), p. 61-66.

Ainsi un cas apparaîtra-t-il complexe sur un territoire où les acteurs ne sont pas intégrés, où l'un d'entre eux ne joue pas son rôle. Inversement, sur un territoire où les professionnels se connaissent, travaillent bien ensemble, échangent, la complexité sera gérée.

**La GC repose sur une vision qui n'est plus médico-centrée de la perte d'autonomie et peut constituer en ce sens un cas d'école.**



## 3 Qu'est-ce que la Gestion de cas ?

La fonction de la GC telle qu'elle est assurée effectivement dépend de trois facteurs : la manière dont la GC envisage la fonction – et sous cet angle l'enquête de 2016 de la Fondation Médéric Alzheimer fournit des éléments de réponse très précis – ; la manière dont le pilote la définit ; enfin la demande sociale faite aux GC par les partenaires. En effet, on peut remarquer que les partenaires peuvent tenter de faire jouer à la GC une fonction qui n'est pas la sienne ou ne pas avoir complètement intégré ce qu'il en était des limites de cette fonction.

Ici, nous n'aborderons que quelques dimensions de la GC qui, là encore, questionnent les GC au quotidien.

### Coordonner ?

Si l'on en croit D. Somme, « cette fonction mobilise des formes d'intervention nouvelles : la coordination systématique et le fait d'être totalement dédié aux tâches de coordination ».

#### **Mais que signifie concrètement coordonner ?**

Le mot « coordonner » n'est pas celui qui vient spontanément aux GC lorsqu'on leur demande ce qu'elles font précisément. C'est sans doute que cette mission va de soi, qu'elle est au cœur de la fonction. Mais c'est aussi que les GC font bien d'autres choses que de coordonner et que ce terme rend mal compte du travail.

*« Parfois on se rend compte que c'est juste une question de compréhension, les gens se comprennent pas. » (GC)*

*« Le médecin a déjà essayé une infirmière. Mais nous on va essayer de revoir. Qu'est ce qui fait qu'elle refuse. Elle est pas contre qu'on l'aide à la laver. Mais elle, elle s'est toujours lavée le soir. Donc, on va essayer de trouver une infirmière pour intervenir le soir. Parce que jusqu'à présent, on lui a proposé que des infirmières qui venaient à 8 heures du matin. Et c'est cette connaissance de la situation qui va faire qu'on va arriver, par petites doses, à des vrais besoins. On essaie de faire en sorte d'adapter les aides au rythme de la personne, de son histoire. » (GC)*

*« On récupère des bilans médicaux, on les fait circuler auprès des partenaires. » (GC)*

Les GC de cas interviewés utilisent souvent un autre terme pour rendre compte de leur activité : l'accompagnement. Voilà bien encore une notion vague « fourre-tout ». D'ailleurs aujourd'hui, tous les intervenants sociaux font de l'accompagnement, les professionnels de Pôle Emploi également. Tout intervenant social aujourd'hui est censé faire de l'accompagnement.

#### **D'abord, on accompagne physiquement.**

*« On fait pas le taxi, mais oui, on les emmène en voiture, si elles sont pas sorties depuis x années ou si la personne est vraiment trop paumée, pas en confiance... » (GC)*

*« Je l'ai amenée à la consultation mémoire. Mais après, progressivement, on amène à de la normalité. On n'est pas le taxi de Mme pour l'emmener à la consultation » (GC).*

*« C'est intéressant aussi d'accompagner à l'extérieur, on voit des choses, on évalue différemment. » (GC)*

Si l'on refuse le terme de taxi, on assume le fait de prendre sa voiture et d'emmener la personne suivie pour une consultation mémoire, vers l'institution qui enregistrera un dossier administratif. Dans d'autres cas, il s'agira de prendre contact avec un établissement, d'aider à remplir les documents utiles.

#### **Dans un autre encore, accompagner c'est convaincre qu'il faut quitter le domicile.**

*« Je pense à un couple que j'ai accompagné, ils étaient absolument pas d'accord avec l'idée de maison de retraite mais le maintien à domicile était trop dangereux, avec un Mr qui déambulait et qui manifestait de la souffrance. Et je les ai accompagnés dans cette démarche d'aller en maison de retraite. Le Mr, il a des gros troubles cognitifs, c'était compliqué pour lui d'adhérer à cette démarche. » (GC)*

#### **Accompagner, cela peut être faire à la place de.**

*« Par exemple, ça se faisait pas, mais pour les mises sous tutelle, ça nous arrive d'accompagner les gens dans les services de mise sous tutelle pour que le service explique le bien fondé de la mesure. C'est un travail qui paraît anodin mais qui n'était pas fait. Là, la personne rencontre quelqu'un qui lui explique. » (GC)*

On peut donc déléguer voire reléguer à la GC ce qu'on ne veut pas faire, typiquement un signalement au procureur en cas de mauvais traitement, d'abus. On peut interpellé la GC, pour faire de la médiation familiale (« C'est pas la première fois qu'elle m'appelle pour des cas où il y a des problèmes relationnels dans la famille. »), pour faire évoluer une prise en charge dont on n'est pas satisfait – mettre un aidant à l'écart, ..., anticiper la dégradation d'une situation...

Si les GC peuvent, épisodiquement, faire une tâche qui relève du travail d'autres professionnels - l'infirmière, l'assistante sociale APA, l'aidant... c'est que ce sont ces professionnels qui les mettent dans cette position, que la personne refuse un intervenant, que la GC considère qu'elle ne peut pas ne rien faire, et/ou que les services sont surchargés et manquent de personnels. De la réalisation de ces actes peut également dépendre le maintien à domicile. Par exemple lorsqu'un professionnel manque momentanément, qu'il ne veut plus intervenir ou qu'il a été rejeté par la personne.

Autre situation : « Je prends un exemple, j'ai fait un dossier de surendettement. Mais parce que l'AS de secteur proposait un RDV 3 mois après » (GC).

Selon l'enquête de 2016 de la *Fondation Médéric Alzheimer* sur les GC, « La tendance à faire porter toute la responsabilité sur le gestionnaire de cas (observée toujours ou souvent par 45 % d'entre eux) et celle à se désengager du fait de sa présence (toujours ou souvent pour 36 %) sont des difficultés auxquelles les gestionnaires de cas sont le plus souvent confrontés ».

**On peut soit refuser, soit assumer de faire à la place de l'autre.** Sur ce point, les consignes des pilotes sont divergentes.

« Nous, la pilote elle nous a dit vous êtes pas là pour faire à la place de » (GC).

Mais ce sont aussi les valeurs des GC qui vont les amener à faire ou ne pas faire à la place de. Ainsi lors d'un entretien collectif une GC raconte qu'elle a descendu un matelas dans la rue et qu'elle a installé un matelas gonflable parce que l'ancien matelas était infecté par des punaises de lit.

« Il y a un moment où humainement, je pouvais plus » dit la GC qui s'en est occupé. « J'ai appelé une société qui demandait 200 euros pour débarrasser le lit ! Parce que le Monsieur n'a pas l'APA, l'aide de la CARSAT, c'est trop long ».

Sur la MAIA X, la première cause évoquée de rupture est liée à un problème administratif (APA non perçue car la personne a oublié de déclarer ses impôts, ou a perdu ses papiers etc., ou qu'il faut quatre mois pour être reçu par une assistante sociale).

Il n'est pas rare que l'on s'occupe de placer... les chiens ou les chats pour permettre une institutionnalisation provisoire.

Lu dans des dossiers : « N'a pas la force de cuisiner. Je lui prépare repas qu'elle mange avec appétit et plaisir » ; « Aller-retour à la boulangerie pour aller lui acheter une baguette et préparation du petit déjeuner ».

**Ne pas faire à la place de peut donc apparaître antinomique avec la recherche du maintien à domicile et du bien-être de la personne.**

## Convaincre

Dans la mesure où les GC n'ont pas d'autorité sur les autres professionnels, leur compétence à la coordination repose sur leur capacité à négocier et à convaincre. Les partenaires (SSIAD, CLIC...) s'engagent ou pas et plus ou moins dans le travail avec les GC selon leur bonne volonté. Il y a un donc nécessairement un gros travail de conviction à effectuer.

« Leur boulot c'est de dire si vous pouvez faire un pas de plus, ça fonctionnerait » (pilote).

« Ma mission c'est de faire le lien entre la personne et les professionnels qui travaillent auprès d'elle. Faire accepter la prise en charge par un médecin traitant par exemple, ça peut prendre du temps. C'est aussi créer une dynamique d'équipe et de coresponsabilité. »

Il n'est pas rare qu'accompagner soit ainsi utilisé comme euphémisme pour convaincre la personne : « C'est accompagner dans le cheminement. Au début elle veut pas d'aide à domicile, on va l'accompagner dans le cheminement. On va travailler avec elle pour quelle accepte les aides. Oui je rejoins L., c'est plutôt accompagner dans l'acceptation de la mise en place des aides. Pour l'entourage aussi » (GC).

« L'autre jour j'ai reçu un appel de la fille : " je crois que je vais faire ce que vous dites". Depuis le temps qu'on lui dit ! » (GC)

« Là, j'ai une dame qui a un profil neuro avec des problèmes psy. Je l'ai emmené au CMP. Elle y avait jamais été. En terme de temps, pour qu'elle accepte, ça a pris entre 8 et 10 mois. Et après pour qu'elle accepte un traitement, on a dû mettre un an. C'était pas un besoin exprimé de la dame. Mais c'était indispensable pour qu'elle puisse rester à domicile. »

Fréquemment, les GC doivent gérer des situations où un des partenaires tente d'imposer aux autres sa vision de la situation et sa solution. D'ailleurs, il n'est pas rare que des GC se trouvent au cœur de conflits, le plus souvent entre aidants. La médiation est une partie du travail qui est considéré comme épuisante, difficile. « De manière générale on est beaucoup des tampons, on "en prend" beaucoup. Avec des familles difficiles, des partenaires avec qui il y a des conflits » (GC).

Peut-on dire que l'intérêt de la gestion de cas, au-delà des effets cliniques (mesurables), du maintien à domicile (mesurable ?), de l'amélioration du bien-être des personnes (non mesurable) est qu'elle fait remonter les problématiques systèmes ? Sans doute bien que cela tienne en grande partie à la capacité de la MAIA, en tant qu'organisation, à faire remonter ces problématiques en table tactique. Bien que cela tienne également à la capacité de la MAIA, en tant qu'instance politique, à faire valoir la prégnance de ces problématiques et à modifier le système.

**Mais une des grands intérêts de la GC nous semble résider dans le travail de *care* réalisé.**

Le système ne manque pas seulement de coordination. Les professionnels concernés manquent de temps ou ne prennent pas le temps de prendre soin des personnes. **La GC met en lumière la maltraitance qui résulte du travail vite fait ou réduit** aux seuls gestes techniques, à l'acte.

Un terme revient souvent dans les propos des GC : **le temps**.

Les GC ont et prennent le temps que les professionnels n'ont par opposition aux autres professionnels qui ne l'ont ou ne le prennent pas. Les GC prennent le temps de trouver des solutions pour pallier les déficiences des organisations, réparer le travail abîmé par le manque de temps, la course au rendement, les activités non ou mal financées, en particulier le travail invisible du *care*, inévalué parce qu'inévaluable (Molinier P., Vulnérabilité et dépendance », in Jouan M., Laugier S., (dir.), Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances, PUF, 2009, 433-58.

**Finalement, ce que font essentiellement les GC ? Du *care* : elles prennent soin des personnes.**

Lorsqu'à l'hôpital, une GC qui suit habituellement à domicile une personne, l'aide ici à manger, parce que ni les aides-soignantes ni les infirmières n'ont le temps de le faire, qu'est-ce qu'elle fait ? Elle réduit, momentanément, la maltraitance qui résulte de l'organisation de l'hôpital. Elle réalise ce travail du *care* qui relève normalement de la mission – sans doute pas de la fiche de poste, ni de la comptabilité de la T2A – de ces professionnelles.

Le *care* n'aura réalisé qu'un passage fugace (2010-11), évanescents, sans trace dans les politiques publiques à destination des plus vulnérables. Les GC aujourd'hui ont le temps de cette préoccupation pour l'autre.

Le *care* survivra-t-il à la fonction lorsque les GC, pour des impératifs gestionnaires, auront quarante personnes à suivre ?



## 4 Sortir / être dés-inclus de la gestion de cas ?

Quelques gestionnaires de cas considèrent qu'il n'y a pas de raison de ne plus suivre une personne – hormis les critères institués que sont le déménagement, l'institutionnalisation, le décès et lorsque la personne ne souhaite plus d'accompagnement – dans la mesure où les maladies neurodégénératives sont, par définition des maladies évolutives.

Pourtant, majoritairement, **les GC déclarent que la question de l'arrêt de l'accompagnement est posée, discutée ou considèrent qu'elle va l'être**. Elle l'est parce que des MAIA ont déjà à régler le problème de files d'attente.

*« Les files d'attente peuvent à terme devenir un problème, et on n'a pas d'éléments clairs ni de l'ARS ni de la CNSA pour gérer cette question des files d'attente et de la sortie de GC. » (MAIA)*

Si nous ne l'avons pas constaté, on peut imaginer que confrontées à des demandes d'inclusion, des commissions arbitrent ou vont devoir arbitrer entre refuser des cas qui remplissent tous les critères pour être inclus et discuter de mettre fin à des accompagnements.

La régulation du nombre de personnes à inclure peut d'ailleurs devenir un moteur pour inciter les partenaires à faire évoluer leurs pratiques.

*« Il y a eu des groupes de travail avec l'hôpital sur les sorties, pour améliorer l'articulation avec les prises en charge de ville, par exemple les sorties mal préparées. » (GC)*

La question de l'arrêt de l'accompagnement est également déjà posée par les partenaires de MAIA dont les orientations ne sont pas retenues :

*« Pourquoi ne pas renvoyer vers l'AS de secteur quand le plus gros est réglé sinon qui va être intégré en terme de file active ? » (Membre du GI).*

*« Le souci c'est que quand ils atteignent un ratio les GC ne prennent plus en GC, après je pense que 30 cas par GC c'est pas possible non plus. Ou alors il faut trouver des critères de sortie en GC qui ne soient pas de l'hospitalisation ! » (Cadre de santé)*

La fin de l'accompagnement est envisagée à propos de situations dites « stabilisées », et qu'on dit ne plus faire que de la « veille ».

Du côté des GC, il y a une première raison déjà évoquée pour refuser de cesser un accompagnement : la stabilisation ne peut qu'être, par définition, momentanée. On dit aussi qu'il « faut rester dans le suivi pour des raisons de surveillance ». D'autre part, elles craignent avant tout de ne se retrouver qu'avec des situations extrêmement pénibles à gérer. « Si on sort les personnes stabilisées, on aura plus que des cas très lourds » (GC). Du point de vue du gestionnaire de cas, il peut y avoir intérêt à garder dans sa file active des situations en veille afin de ne pas voir le travail s'alourdir.

*« Là j'arrive à 25 et je me dis pourquoi ne pas garder des cas comme ça parce que si j'arrive à 40 cas intensifs, ce n'est pas possible. »*

Pour les pilotes, le problème peut se poser différemment. En effet, qu'une situation dite « en veille » soit « dés-incluse » peut devenir une manière de gérer la file active des gestionnaires de cas et de répondre aux sollicitations des partenaires du territoire.

### **Comment les pilotes vont-ils, à l'avenir, réguler les files actives des gestionnaires de cas ?**

Enfin, il faut souligner que l'évolution des politiques publiques avec la création des PAERPA pose la question de la place de la gestion de cas dans le parcours. Si la gestion de cas devient un moment dans un parcours, c'est l'accompagnement par un gestionnaire de cas qui devient lui-même un moment. Ce qui serait changer la philosophie de la GC.

## L'institutionnalisation n'est pas considérée comme un échec... sous certaines conditions.

L'objectif de la GC étant le maintien à domicile, nous avons demandé si elles considéraient l'institutionnalisation comme un échec. Unanimentement, la réponse est négative. Les GC disent que leur travail ne consiste pas à maintenir à tout prix.

*« La frontière c'est le danger, quand la personne se met elle-même ou les autres en danger. C'est une question importante. La sortie ou le projet d'institution à mon sens il faut le travailler en pluridisciplinarité, il faut l'avis médical...un avis collégial. » (GC)*

Pour les GC, l'échec n'est pas tant dans l'institutionnalisation que dans la manière dont elle peut souvent se faire : sans être préparée avec la personne ni avec les partenaires. C'est le cas lorsque un partenaire décide seul d'une hospitalisation ou d'une entrée en EPHAD ou lorsqu'un événement vient précipiter l'institutionnalisation. À ce propos, des GC évoquent **la nécessité d'anticiper la sortie du domicile**. La gestion de cas ne consiste pas seulement selon elles à maintenir la personne à son domicile dans les meilleures conditions mais également à préparer une institutionnalisation qui interviendra inmanquablement.

*« Je me souviens d'une personne qui était dans un service de fin de vie. Ils avaient arrêté la prise en charge médicale. Cette dame voulait vraiment rentrer chez elle. Elle voulait mourir chez elle. J'ai pas arrêté de questionner l'hôpital. Est-ce qu'il y a un traitement qui est possible ? J'ai jamais eu de réponse et cette dame est morte à l'hôpital. Pour le coup pour moi ça a été un échec total. » (GC)*

Il est remarquable que les pratiques divergent nettement quant à la prise de décision. Dans certaines MAIA, la décision d'institutionnalisation est discutée collectivement, comme le sont les inclusions. Dans d'autres, les GC décident sans que l'organisation MAIA ait été impliquée. Dans ce cas de figure, des GC disent impliquer nécessairement et systématiquement tous les partenaires. Parfois, des GC semblent décider seules, soit à partir de leur propre évaluation de ce qui est bon pour la personne. Elles peuvent encore se positionner en défenseuse des droits de la personne et, à ce titre, refuser l'institutionnalisation contre l'avis des partenaires ou d'une partie d'entre eux (e.g. la famille).

Ces distinctions sont schématiques dans la mesure où, comme le dit une GC, *« On impulse des choses. Tout le monde nous dit on est sur la coresponsabilité. Mais dans les faits, celui qui impulse un peu beaucoup c'est le GC »*.

À ce jour, l'existence de ces différents cas de figure dépend totalement de la manière dont les MAIA se sont emparées de la question, ont décidé de la réguler.

### La fonction de GC met en jeu des normes.

Et la nouveauté de la fonction fait qu'on en est encore à s'interroger sur les normes des uns et des autres plutôt que de les concevoir comme des allants de soi. Ce questionnement sur les normes, tel qu'il s'exprime largement, nous semble un point positif.

*« La famille souvent, faut que ça soit propre. Je leur dis, écoutez, elle mange correctement, elle n'a pas perdu de poids et après ils relativisent. Par rapport aux voisins aussi, on a l'impression de l'entourage avec ses normes. » (GC)*

*« Après il y a l'acceptation. Un truc qu'on retrouve souvent, c'est le risque de chute. Mais est-ce qu'on met la personne en institution parce qu'il y a un risque de chute ? Car quand on le travaille avec les partenaires, la réponse en général est non. Mais la chute en elle-même, non. C'est les conséquences de la chute qui sont plus ou moins dramatiques. Est-ce qu'il faut par précaution, prévention, on met quelqu'un en maison de retraite ? » (GC).*

*« On a décidé de la maintenir mais c'est compliqué. Parce qu'elle tape à toutes les portes du voisinage. » (GC).*

## 5 Face aux dilemmes éthiques, quelles évolutions ?

### « Souvent on se questionne sur où sont nos limites ».

Une partie de ce qui précède relève de ce qu'on nomme les dilemmes éthiques de la gestion de cas. Et nous avons retrouvé dans nos enquêtes la quasi totalité de ceux que A. Corvol a identifiés dans son travail de recherche de doctorat (Corvol, 2013).

Dans quelle mesure une personne dont l'autonomie décisionnelle est atteinte peut-elle participer à la décision la concernant ?

C'est la question principale à partir de laquelle découlent toutes les autres. Par définition, les GC s'occupent de personnes dont l'autonomie décisionnelle est affectée. Il y a donc, au cœur de cette fonction, une tension : obtenir l'accord de la personne pour être suivie en GC et s'assurer qu'elle souhaite bien être maintenue dans son domicile alors même que la personne n'a pas tout son jugement.

Le respect de l'autonomie de la personne peut par ailleurs entrer en contradiction avec le principe de bienfaisance ou bienveillance : que faire lorsque la personne souhaite rester à domicile mais qu'elle se met ou se trouve en danger ?

Le rôle d'**advocacy** (« défense », ou « plaider pour la personne ») endossé par certaines GC est loin de faire consensus, d'aucun considérant que le point de vue de l'ensemble des personnes concernées par le maintien à domicile doit être pris en compte. Ne serait-ce que parce que le maintien à domicile peut avoir des répercussions négatives sur la vie de l'entourage. Dans la moitié des situations rapportées lors des entretiens menés par A. Corvol, le gestionnaire de cas s'engageait pour défendre le choix de la personne, contre l'avis du médecin ou d'autres partenaires.

*« Moi, mon boulot, c'est de maintenir la personne au domicile si elle veut y rester. ».*

Le modèle du GC défenseur des droits de la personne s'oppose à celui qui sait faire entendre raison à la personne « quand les limites sont atteintes ».

Enfin, des **conflits de valeur** sont nettement apparus et A. Corvol les avait déjà rencontrés :

*« On est souvent en train de se battre avec d'autres... professionnels, ou bénévoles, ou élus ! En expliquant : "Mais la personne, elle a le droit de se mettre en danger ! Elle a le droit de dire non ! Elle a le droit de vivre dans la crasse. Et on n'a pas le droit de lui faire violence..." » (Corvol, 2013).*

Le maintien à domicile questionne les valeurs de l'ensemble des participants, y compris le gestionnaire de cas.

Nous avons, enfin, souligné l'importance revêtue par le travail de conviction dans la fonction de GC. Mais la question pendante vient immédiatement : **convaincre dans quelle limite, jusqu'où ?**

*« La base de notre travail, c'est quand même l'évaluation multidimensionnelle et il y a les points qu'il va falloir travailler. Ce qui est difficile, c'est que c'est plutôt des besoins évalués que des besoins exprimés par la personne. Ce qui est difficile, c'est que la personne se rend pas compte des besoins qu'elle a. »*

La distance qu'il peut y avoir entre besoins exprimés et besoins évalués est la source d'un autre dilemme éthique : **que faut-il faire primer ?**

La fonction de GC est émaillée de nombreuses prises de décisions. Il s'agit des microdécisions prises lorsque la personne est maintenue à domicile. Pour l'inclusion, nous avons montré *supra* que le processus d'inclusion tel qu'il se développait avait tendance à faire débiter la gestion de cas (partage d'information, mobilisation des partenaires, propositions d'actions...) avant l'obtention de l'accord de la personne. La circulaire de 2012 stipule que « la date du consentement à l'échange d'information<sup>5</sup> signe le début de la gestion de cas « active » même si l'action du gestionnaire de cas

5 - Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel précise : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical. ».

en amont de ce consentement n'est pas neutre. Le consentement sera préférablement recueilli sous forme écrite afin de pouvoir servir comme élément de preuve d'information mais selon les situations spécifiques un consentement oral peut suffire ». Nous avons pu constater que le consentement était acquis de manière diverse, alors que des actions ou partages d'informations avaient déjà eu lieu. En outre, la notion de « gestion de cas active » ne résout aucun problème tellement elle est ambiguë.

L'autre moment crucial de décision concerne évidemment l'institutionnalisation.

Par contre, nous n'avons pas entendu exprimer de dilemmes quant aux principes de justice mis en balance par l'allocation de ressources. Les GC ne prennent pas de décision en discutant du coût du maintien est domicile eu égard au financement de l'ensemble de la solidarité auprès des personnes dépendantes.

Enfin, la question du partage des informations semble résolue grâce à la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui légalise une nouvelle forme de partage d'informations confidentielles dans le cadre du vieillissement et de la perte d'autonomie et la loi de santé.

Considérer que la persistance de ces dilemmes résulte des caractéristiques intrinsèques de la fonction n'est pas dire pour autant qu'il est souhaitable que les GC et les MAIA organisent de manière hétérogène, selon leur bon vouloir, l'encadrement de la réflexion et de la résolution de ces dilemmes. Or, actuellement, c'est bien ce que l'on constate. Les dilemmes éthiques sont en outre abordés essentiellement dans des réunions donc l'objectif est différent : commissions d'inclusion, de suivi, de concertation... Ils ne sont pas abordés en tant que tels ni discutés à partir de principes éthiques, de justice, de valeurs énoncées et partagées. Sporadiquement, des MAIA ont pu élaborer des chartes éthiques de la GC pour « *poser le cadre de l'intervention, en s'appuyant sur ce qui existait au plan juridique* ».

La demande de supervision exprimée par nombre de GC manifeste le besoin de soutien et de cadre des professionnels.

Enfin, comme pour l'ensemble des analyses et constats de ce chapitre sur la GC, nous constatons, ici avec A. Corvol, « la grande variabilité des pratiques concernant la signature du consentement à l'entrée en gestion de cas selon les MAIA, mais aussi au sein d'une même MAIA selon les gestionnaires de cas, et enfin pour un même gestionnaire de cas selon les différentes situations rencontrées » (p. 98).

Massé (2003) cité par Corvol insiste sur « l'importance d'élaborer un cadre d'identification, d'analyse et d'arbitrage des conflits potentiels de valeurs qui soit clair, explicite, manipulable par les professionnels de la promotion de la santé eux-mêmes, et donc, nous croyons, un cadre structurel inévitablement normatif. »

Une des conclusions de A. Corvol est que : « le respect des droits des personnes suivies ne sauraient reposer exclusivement sur la bonne volonté des professionnels, et ces professionnels ont eux-mêmes besoin d'un cadre, sur lequel ils puissent s'appuyer pour préciser leur intervention, et qui pourra les protéger en cas de conflit. Ce cadre doit préciser les missions de chacun, gestionnaire de cas, pilote et porteur, et définir des procédures garantissant le respect des droits des personnes (Pearson *et al.* 2003) » (p. 117).

« La mise en place de réunions de supervision avec un psychologue, afin d'aider les gestionnaires de cas à travailler leurs émotions vis-à-vis des personnes accompagnées, pourrait aussi diminuer les risques de dérive lié à engagement émotionnel excessif. » (p. 119).

Nous rejoignons encore A. Corvol dans sa proposition de préférer un autre outil au formulaire de consentement ; l'accord écrit (lorsque cela est possible) ou oral sur un contrat d'intervention : le gestionnaire de cas s'engage à accompagner la personne dans la durée, la personne accepte ses visites. Les travaux de P. Ducournau ont montré les contournements possibles autour de l'obtention du consentement et la défiance que la signature d'un formulaire consentement pouvait entraîner : « la procédure écrite et signée du consentement ne se présente pas nécessairement comme une garantie sur la relation engagée. Sa présence peut même être vécue par les participants comme un accroissement des risques pris et de l'incertitude... La présence d'une procédure écrite peut être en décalage avec les économies de la confiance dans lesquelles se situent les participants » P. Ducournau « Le consentement à la recherche en épidémiologie génétique : le « rituel de confiance » en question », *Sciences sociales et santé*, Vol. 23, n°1, 2005. p. 5-36.



## Conclusion

On ne saurait d'abord trop rappeler qu'il ne s'agissait ici, avec un terrain et des analyses dédiés à la GC, que de la coordination des réponses *autour de la personne*. Et la MAIA n'est pas réductible au seul mécanisme de gestion de cas.

Pour que la GC ait un impact territorial, c'est à dire qu'elle participe avec les autres mécanismes à améliorer l'intégration de l'ensemble des acteurs du maintien à domicile des personnes visées par le dispositif, il faut que les MAIA se soient dotées d'outils ou de procédures communs permettant de faire remonter en table de concertation tactique les problématiques système.

### **Ce processus est encore largement perfectible.**

Il est organisé de manière extrêmement variable soit avec des GC qui participent aux tables, soit le plus souvent avec des pilotes qui font remonter *ce qu'elles connaissent des dysfonctionnements du système ou des manques de l'offre sur le territoire*.

Dans notre enquête, nous n'avons pas rencontré de MAIA qui ait organisé un recueil systématique, objectif de ces problématiques systèmes. Là, comme sur d'autres plans que nous avons évoqués, des MAIA sont en train de se construire des outils d'enquête, de recueil de ces problématiques systèmes : soit en projetant d'utiliser les informations du PSI collectées dans un système d'information en cours de constitution ; soit en mettant en place un formulaire supplémentaire de recueil de données *ad hoc*...

**Qu'est-ce qu'une problématique système**, c'est-à-dire un problème qui ne relève pas de la coordination particulière autour d'un cas singulier mais d'un dysfonctionnement dans l'organisation de l'offre ?

À partir de combien de cas peut-on considérer que la question du retour à domicile après une hospitalisation fait problème sur un territoire ?

De quels outils analytiques les pilotes et les GC disposent-ils pour analyser ce qui fait problème : la communication entre acteurs de terrain *versus* entre chefs de service ; l'organisation de la prise en charge dans un type de structure donné ; l'absence ou l'insuffisance de financement d'une prestation ou d'une aide, les désaccords politiques entre instances de financement, la superposition de territoires d'intervention, les contraintes vécues par un type de professionnels, l'absence de formation d'une catégorie d'aidants... ?

La capacité des MAIA à faire valoir la prégnance des problématiques système lors des tables tactiques n'est qu'un problème second. Il dépend d'abord du niveau et de la qualité des connaissances acquises. Même si le fait pour le pilote de présenter une analyse indiscutable des données de la GC est bien entendu un facteur favorable à leur prise en compte par les partenaires.

La question que nous soulevons ici est celle qui revient tout au long de notre analyse de la GC : quel est le bon niveau de régulation, d'encadrement à mettre en œuvre pour soutenir les MAIA dans leur développement ?

C'est-à-dire : quel est le niveau de standardisation des outils, des procédures, des pratiques qui doit être recherché sachant que le dispositif se cherche encore sur des nombreux plans, continue à prendre ses marques, à expérimenter ? Mais aussi : est-ce aux départements, aux ARS – anciennes ou nouvelles régions ? – à la CNSA de réguler les pratiques, de proposer des solutions, des outils ?

### **Sachant que ce qui est en cause, ce sont des conceptions de la décentralisation, de l'adaptation des politiques publiques aux réalités contrastées des territoires.**

La redéfinition périodique des territoires de planification de l'intervention auprès des personnes dépendantes n'ajoute pas de clarté ni de continuité aux politiques publiques. Il a existé des bassins gérontologiques, il existe des schémas gérontologiques départementaux, les MAIA s'inscrivent sur les récents bassins de santé que l'on doit à la loi HPST de 2009. Ou ne s'y inscrivent d'ailleurs pas puisque rien dans les textes ne les y oblige. Désormais, les ARS doivent réorganiser également leur intervention sur de nouveaux territoires.

A. Colvez date les premières tentatives de coordination des réponses autour de la personne aux années 1980. « Entre 1990 et 2000, on peut noter qu'il y a eu au moins une quinzaine d'expériences de coordination gérontologique »<sup>6</sup>.

Nous ne pouvons pas écrire que les MAIA sont la dernière initiative à ce jour puisque depuis leur création les PAERPA et les PTA ont fait leur apparition. Et il paraît d'autant plus difficile de soutenir que les dispositifs ne se superposent pas parce qu'ils visent tous une coordination – on sait que les MAIA ont été perçus comme une coordination des coordinations – et qu'à ce jour, **dans les faits, un dispositif n'en remplace jamais un autre. Il s'y ajoute.**

Les CLIC n'ont pas disparu mais, faute de soutien, ils périclitent.

Dans quelle mesure les MAIA constituent-elles une réponse aux évaluations qui ont été régulièrement réalisées du dispositif CLIC ? Pour y répondre, il faudrait étudier précisément la dynamique qui a présidé à leur création, ce qui n'était pas du tout notre objectif. Citons simplement à nouveau A. Colvez à propos du développement des CLIC : « À partir de 2005 à l'occasion de la seconde vague de décentralisation, l'Etat s'est désengagé du processus laissant toute latitude aux Conseils Généraux pour gérer les CLIC ; mais trop peu ont intégré l'importance de la coordination gérontologique territoriale. De plus, à cette époque il y a eu, en parallèle, la promotion des réseaux gérontologiques qui, pendant environ trois ans, ont interféré avec le développement des CLIC ».

« Je voudrais relever un paradoxe désolant : les coordinations ont été organisées dans l'espoir de lutter contre la fragmentation des services et ce que l'on constate actuellement c'est qu'on a réussi à fragmenter les coordinations, ce qui représente la négation même de la coordination ! » (A. Colvez, 2010, p. 142).

Comme le montre notre rapport, même si la phase d'expérimentation est terminée depuis longtemps, les MAIA poursuivent leur développement. Leurs outils et leurs mécanismes sont loin d'être tous en place.

L'instabilité du dispositif, les incertitudes auxquelles les GC et les MAIA font face relèvent de causalité différente.

Il y a d'abord la nouveauté de la méthode d'intégration dans le paysage institutionnel français, sa philosophie, ses mécanismes et jusqu'à son vocabulaire originaux. Faire comprendre tout ce qui distingue un guichet intégré d'un guichet unique prend du temps.

Malgré leur formation, les GC ont besoin de temps pour s'approprier leurs outils : le PSI, l'outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé, la réunion d'inclusion. Les deux premiers sont des outils complexes et nous avons souligné le fait que l'appropriation ne signifiait pas forcément une utilisation plus scrupuleuse mais leur transformation en outil de travail quotidien.

En outre, concernant le PSI, **l'intérêt que vont y porter les pilotes** et les usages qu'ils en ont ou qu'ils imaginent pour nourrir un système d'information partagé en cours d'élaboration, pour connaître les problématiques système... **joue un rôle fondamental dans la manière dont les GC vont s'en (re) saisir. Enfin, les réunions d'inclusion ne sont plus véritablement en phase de rodage mais elles continuent à faire évoluer leur fonctionnement.**

Par ailleurs, logiquement, les acteurs adaptent **la doctrine, la Méthode à la réalité.**

Par exemple en 2014 la HAS, proposait comme « indicateur de pratiques » (?) le : « nombre de personnes âgées ayant bénéficié d'une évaluation unique partagée entre plusieurs acteurs par rapport au nombre total de personnes âgées évaluées »<sup>7</sup>. Pour ce que nous avons pu en constater, des MAIA se sont interrogées sur la possibilité de coupler leurs évaluations et celles de l'APA. Mais les professionnels continuent à réaliser des évaluations distinctes dans la mesure où ils n'évaluent pas la même chose, ne poursuivent pas les mêmes objectifs, n'ont pas les mêmes compétences ni les mêmes prérogatives. Une GC n'est pas gérontologue, ne travaille pas au conseil départemental et le RAI n'inclut ni ne remplace la grille AGGIR.

6 - Colvez A., « 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*, 1/2010 (n° 132), p. 135-144

7 - HAS, *Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux*, Points clés & solutions, septembre 2014

Avec l'expérience, au cours de la pratique, chaque MAIA se dote d'instruments plus ou moins formalisés et partagés (entre deux MAIA d'un même porteur, au sein d'un département, sous l'impulsion d'une ARS...). Typiquement avec le développement de la GC, le besoin de supervision se fait sentir. Lorsque les porteurs ne financent pas de supervision, des réunions de suivi entre GC peuvent en tenir lieu.

Les MAIA adaptent leur fonctionnement aux caractéristiques du système local de prise en charge.

Nous l'avons déjà relevé, pour la tutelle, la difficulté est de choisir entre standardiser, interdire ceci, recommander cela, produire des outils pour tous qui viendront remplacer les outils progressivement élaborés localement. Soit laisser se développer les multiples innovations au risque de voir le dispositif s'éloigner de la *Méthode*. Les MAIA, la GC en particulier, devant répondre à la demande sociale, **on peut difficilement créer un dispositif et ne pas s'attendre** à ce qu'il se déploie selon des inflexions locales.

On peut incidemment souligner l'intérêt d'étendre et de systématiser les lieux et les moments qui permettent de capitaliser et de mutualiser les bricolages effectués par les uns et les autres, que ce soit au niveau de la CNSA ou des ARS.

Enfin, à un tout autre niveau, c'est face à ce qui constitue aussi un défaut de cadrage ou de régulation par les ARS ou la CNSA en lien avec les administrations centrales, leur retard à fournir les outils nécessaires à l'intégration (OEMD, système d'information partagé), l'absence de continuité dans la politique publique que les MAIA bricolent leur fonctionnement.

Jusqu'à un certain stade, les professionnels peuvent être satisfaits de la liberté qui leur est laissée, de la possibilité d'inventer la fonction de GC ou plus globalement de mettre en place concrètement la *Méthode* en imaginant des moyens – des enquêtes, des procédures, des lieux de réflexion... – pour atteindre les objectifs recherchés. **À partir d'un moment, l'absence de cadre peut s'avérer déstabilisante ou générer des dérives professionnelles.**



# Sigles et abréviations

**APA** : Allocation personnalisée autonomie  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CARSAT** : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail  
**CD** : Conseil départemental  
**CLIC** : Centre local d'information et de coordination  
**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
**DD** : Délégation départementale ARS  
**DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale  
**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins  
**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
**GC** : Gestion de cas, gestionnaire de cas  
**GEVA-A** : Guide d'évaluation des besoins de compensation. Version aînés  
**GI** : Guichet intégré  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (initialement)  
**MAIA** : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie  
**MDPH** : Maison départementale des personnes handicapées  
**OEMD** : Outil d'évaluation multidimensionnelle  
**PA** : Personnes âgées  
**PAERPA** : Parcours des aînés  
**PMND** : Plan maladies neurodégénératives  
**PSI** : Plan de services individualisé  
**PTA** : Plateforme territoriale d'appui  
**RAI** : Resident Assessment Instrument  
**ROR** : Répertoire Opérationnel des Ressources  
**SAD** : Service d'aide à domicile  
**SI** : Système d'information  
**SSIAD** : Servide de soins infirmiers à domicile

