



## Appel à candidatures 2008 pour l'expérimentation de " Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer"

### Cahier des charges

Le présent appel à candidatures vise à faire émerger des projets à partir des expériences de coordinations déjà existantes et/ou d'une volonté partagée des acteurs locaux, ou encore de Maisons Départementales des Personnes Handicapées qui souhaiteraient expérimenter des « Maisons Départementales de l'Autonomie ».

La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer ne sera pas une organisation concurrentielle, mais un lieu de coordination associant nécessairement le secteur sanitaire et le secteur médico-social, sur la base des services existants et sans superposition de nouvelles structures.

° °  
°

**Le Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012**  
[http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Alzheimer\\_final.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_final.pdf)

Le plan, établi à partir du rapport de la commission Ménard, a été présenté par le Président de la République le 1<sup>er</sup> février 2008 à Nice.

Il insiste sur :

- la nécessité d'une prise en charge globale de la personne et des aidants,
- l'intégration de la recherche, de la santé et de la solidarité dans une démarche transversale,
- l'organisation du système autour du malade et de sa famille.

Ce plan comporte 3 axes, se décomposant en 11 objectifs et 44 mesures :

- Axe 1 : Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants
- Axe 2 : Connaitre pour agir
- Axe 3 : Se mobiliser pour un enjeu de société

Mme Florence LUSTMAN a été missionnée par le Président de la République pour animer la mise en œuvre du plan. Elle coordonne l'action des différentes administrations et organismes nationaux chargés de piloter une ou plusieurs mesures.

Chaque mesure du plan ne doit pas être prise isolément, toutes les mesures devant s'articuler entre elles. Ainsi, la mesure concernant **les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)** s'articulera avec les mesures concernant le développement et la diversification des structures de répit, la consolidation des droits et la formation des aidants, mais aussi avec celles relatives au suivi sanitaire et au renforcement du soutien à domicile.

L'objectif n°2 du plan, qui concerne le présent appel à candidatures, vise à **renforcer la coordination entre tous les intervenants.**

Il prévoit deux mesures qui se complètent:

- la mesure n°4 concerne les MAIA, "portes d'entrée uniques", et leur labellisation sur tout le territoire ;
- la mesure n°5 concerne la mise en place de coordonnateurs (ou gestionnaires de cas).

## La problématique générale

Le nombre important de personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et la baisse prévisible du nombre d'aidants familiaux auprès de leurs proches en perte d'autonomie font de l'intégration des services un enjeu majeur.

**En France**, le système de prise en charge des personnes en perte d'autonomie se caractérise par la fragmentation des services, tant au niveau de l'organisation et du financement que de la dispensation des aides. Ces difficultés existent entre les secteurs sanitaire et médico-social, comme entre les différents âges, alors même que ces personnes nécessitent une **appréhension globale** de leurs besoins et une continuité des réponses, dans le temps et entre les différents acteurs.

Depuis très longtemps, des dispositifs de coordination ont été mis en place par les politiques publiques: coordinations gérontologiques, CLIC, réseaux de santé, équipes mobiles de gériatrie, etc.... Si de réelles avancées ont été réalisées, les interventions restent encore trop souvent cloisonnées et mal articulées et elles sont par ailleurs inégalement réparties sur le territoire. Ces dispositifs sont soit principalement sociaux, comme pour les CLIC, soit essentiellement sanitaires dans le cas des réseaux de santé, et cela, malgré les recommandations données sur leur nécessaire complémentarité et leur bonne articulation (cf. circulaire DGAS/DHOS du 16 septembre 2004 et circulaire DHOS n°197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation des réseaux de santé pour les personnes âgées).

Ainsi, le vrai passage de la coordination à l'intégration des soins et des services reste encore à faire.

**Dans d'autres pays**, en Amérique du Nord comme en Europe, la mise en place de « gestionnaires de cas » et de systèmes d'intégration des soins et des services a très nettement montré:

- une diminution du recours aux hospitalisations,
- une réduction des coûts de santé,
- une très nette amélioration de la satisfaction des usagers,
- et souvent, une diminution de la prévalence de la perte d'autonomie en population générale.

Les malades et leurs familles expriment aujourd'hui deux types de demandes :

- l'installation de « **guichets uniques** », où une réponse globale pourra leur être apportée rapidement, avec une simplification des démarches,
- disposer d'un **interlocuteur unique**, capable de résoudre des problèmes complexes (c'est la fonction du coordonnateur ou "gestionnaire de cas"). Au décours de la maladie, les malades d'Alzheimer vivant à domicile présentent des situations médico-psycho-sociales souvent très difficiles. Quand celles-ci deviennent complexes, le médecin traitant ne peut seul répondre à ces difficultés qui nécessitent des réponses plurielles et coordonnées : l'accès aux prestations, le recours aux services d'aide à domicile, aux SSIAD ou à l'intervention d'infirmiers libéraux, à l'hospitalisation, ainsi qu'à des solutions de répit pour les aidants familiaux, l'adaptation du logement, ....

## I - Les nouveaux concepts

### A - L'intégration des services

L'intégration a reçu en Europe la définition suivante (projet CARMEN<sup>1</sup>) : c'est un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, qui puisse favoriser la coordination, la coopération, puis la co-responsabilisation.

---

<sup>1</sup> VAARAMA, M & PIEPER R. Managing Integrated Care for Older People. European Perspectives and Good Practices. Vaajakoski, Finland: STAKES, EHMA eds; 2006.

Il s'agit de promouvoir un parcours individuel qui soit à la fois continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situations, dans le respect de l'autonomie des personnes et garantissant un accompagnement personnalisé.

L'intégration se décline ainsi à trois niveaux<sup>2</sup> :

- clinique : le malade et son entourage,
- opérationnel : les services,
- stratégique et politique : les institutions et les financements.

L'intégration des services se caractérise par plusieurs critères<sup>3</sup> :

- o la concertation régulière des acteurs,
- o un point d'accès unique pour l'accueil, l'information et la gestion des situations; c'est un lieu où toutes les demandes convergent,
- o l'utilisation d'un outil de partage de l'information, base d'un langage commun, intégrant un instrument d'évaluation globale, validé scientifiquement, ainsi qu'un plan d'aides et de soins,
- o un système de gestion de cas, avec des procédures communes entre les différents acteurs médico-sociaux et sanitaires.

C'est sur cette notion d'intégration que seront développés les « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » et, tout d'abord, le **dispositif expérimental** proposé ici.

## B - Les MAIA

Ce dispositif expérimental, de proximité, doit permettre une amélioration de la réponse donnée aux usagers ; il nécessite des changements de pratiques professionnelles, l'acquisition de compétences supplémentaires, mais aussi des transformations d'organisation des services, avec de nouveaux modes de relations entre eux.

Il devra à terme :

- o disposer d'un espace identifié d'accueil, d'écoute et d'information du malade et de ses proches qui permette également de mobiliser tous les services nécessaires auprès de la personne concernée,
- o s'adresser aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, à leurs aidants ou, plus largement, à toutes les personnes âgées en lourde perte d'autonomie,
- o être une porte d'entrée unique, **coordonnant l'ensemble des soins et des services** s'adressant aux malades d'Alzheimer et à leur entourage ; ces soins et services devant être :
  - organisés et coordonnés sur **un territoire défini** : avec une organisation favorisant des procédures communes et visant à simplifier les démarches (partage de l'information, création et partage d'outils communs, rencontres régulières des professionnels),
  - **dispensés de façon coordonnée en collaboration, en complémentarité et en continuité,**
  - gérés par **des acteurs publics ou privés**, sociaux, médico-sociaux ou sanitaires, rassemblés dans une structure disposant d'un pouvoir de décision (association, GIP, GCSMS,...).

---

<sup>2</sup> LEUTZ,W.N., Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom. MILBANK Q, 1999-77(1) p77-110,iv-v

<sup>3</sup> Hebert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A : PRISMA : a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. Int j interg care 2003, 3: e08

- être un lieu-ressource permettant des actions de **formation** et de soutien des aidants, des professionnels et des bénévoles, et favorisant **l'évaluation de la qualité** du service rendu et des pratiques professionnelles ; la MAIA permettant :
  - **l'accès à un référent médico-social** pour chaque malade et à **un gestionnaire de cas** pour les situations complexes,
  - **et l'élaboration des nouvelles stratégies de prise en charge** qui intègrent la dimension éthique et la bientraitance, l'innovation et le rassemblement des savoir-faire (mise en place de services supplémentaires, soutien psychologique des malades et de leur entourage,...).

#### C - Le coordonnateur «gestionnaire de cas »

Il contribue à la plus-value du système pour les **situations complexes**. Il est à la fois :

- l'organisateur de la prise en charge médico-psycho-sociale,
- le porte-parole de la personne malade et de son entourage,
- l'interlocuteur privilégié du médecin traitant.

Il pilote l'évaluation globale des situations et des besoins sanitaires et sociaux ; il est responsable de l'élaboration des plans d'aide et de soins, et il s'assure de leur mise en œuvre. Pour cela, il réalise les démarches nécessaires à l'admission dans les différents services qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, il coordonne les différents intervenants et assure un suivi de la réalisation des services à accomplir, ainsi que la révision du plan d'aide et de soins.

Ces professionnels doivent être reconnus par tous les acteurs et légitimés tant pour l'action à domicile qu'à l'hôpital, dans le cadre d'une politique déterminée au niveau national et déclinée au niveau local.

## II - L'appel à candidature

Le présent appel national à candidatures concerne **l'expérimentation de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer**. Ce dispositif doit garantir une implication forte des secteurs sanitaire et médico-social dans la construction d'une démarche transversale et constituer un levier pour la simplification des procédures et pour l'accès à l'information, aux services et aux prestations.

Les projets expérimentaux devront être construits à partir des dispositifs de coordination existants ou d'une structure en mesure de s'engager dans une démarche d'intégration et d'expérimentation : CLIC, coordinations gérontologiques, réseaux gérontologiques ou réseaux mémoire, organisations de soins et de services, établissements de santé et établissements médico-sociaux, regroupement de professionnels libéraux, maisons départementales des personnes handicapées (pour celles qui souhaitent expérimenter la convergence personnes âgées-personnes handicapées), associations de familles, etc....

Dans ce but, les différents acteurs de soins et prestataires de services intéressés sont invités à se regrouper. Une lettre d'engagement pour ce projet devra être jointe au dossier de candidature.

**Un engagement politique** impliquera au minimum les services du Conseil général et de l'Etat dans le département et, dans la mesure du possible, les caisses de retraite, l'URML, l'ARH...

Les MAIA seront en premier lieu dédiées aux malades Alzheimer, mais pourront s'élargir à toute personne âgée très dépendante, voire à toute personne en perte d'autonomie.

## A - Le dossier de candidature :

- **la description du projet** indiquera :
  1. l'organisation et le fonctionnement, en précisant le niveau de la coordination actuelle des acteurs et des services et le niveau d'intégration visé (arbre organisationnel), avec une description des différents acteurs engagés et précisant la nature juridique du dispositif,
  2. le territoire envisagé par le projet : pour les expérimentations couvrant un vaste territoire, des indications seront données sur la façon dont la nécessaire « proximité » pour l'utilisateur sera prise en compte,
  3. la prise en charge des malades et des familles, ainsi que les services proposés : le dossier expliquera clairement les progrès attendus par rapport à la situation actuelle, en termes d'accueil, d'actions nouvelles, de simplification des démarches, de suivi des situations,...
  4. les outils et procédures à mettre en place pour améliorer l'information et la coordination,
  5. le partenariat : description des différents acteurs engagés dans l'expérimentation et les modalités de coopération retenues,
  6. La faisabilité du projet dans les temps impartis par l'expérimentation sera démontrée (sur deux ans),
  7. les cofinancements possibles à l'échéance de l'expérimentation.
- **le budget prévisionnel** devra intégrer l'emploi de « **pilote local** » (dont la fiche de poste et, le cas échéant, le curriculum vitae du professionnel pressenti seront joints au projet). La désignation du demandeur officiel auquel sera versée la subvention devra faire l'objet d'une décision consensuelle de la part des partenaires du projet (la lettre d'engagement des partenaires le mentionnera). Il devra identifier, lors de la première étape, les moyens mis à disposition par les partenaires, en les valorisant, et préciser les moyens supplémentaires nécessaires à court terme (en dehors des gestionnaires de cas).
- **le plan de communication** envisagé en direction des professionnels, des élus locaux et des usagers, avec des prévisions sur les documents qui seront mis à la disposition du public.
- **les documents formalisant les partenariats existants** (charte, protocole, convention, dossier unique ou partagé, système d'information partagé...), ainsi que ceux prévus pour formaliser des engagements ultérieurs et des partenariats élargis.
- **des pièces jointes** conformément à la liste rattachée au dossier de demande, notamment les différentes lettres d'engagement des financeurs et des partenaires locaux.

## B - La démarche générale :

1. Les expérimentations constituent la première étape de la mesure n°4 du plan.

Le calendrier est le suivant:

- Lancement de l'appel à candidatures début juillet 2008 (sur la base du présent cahier des charges),
- Dépôt des dossiers : **30 septembre 2008**,
- Etude et sélection des projets par un comité de sélection national en **octobre 2008**,  
[10 à 15 projets seront pourront être retenus],
- Lancement des expérimentations : avant la **fin 2008**.

Pour chaque expérimentation, plusieurs étapes sont envisagées :

- **Une première étape** pour établir l'état des lieux des différents acteurs en présence et des prestations délivrées : durée 3 mois, de novembre 2008 à fin janvier 2009. Cette étape prépare l'intégration des services et l'arrivée des coordonnateurs « gestionnaires de cas » au sein des MAIA expérimentales. Elle permettra de préciser le projet d'expérimentation, notamment pour la partie budgétaire et le financement complémentaire qui apparaîtrait nécessaire.

Dès cette première étape est installé le **pilote local** qui devra avoir nécessairement une compétence en conduite de projets. Il sera formé à la CNSA notamment sur la connaissance de la maladie Alzheimer, sur l'intégration et ses concepts et sur la gestion de cas. Il sera ensuite aidé et accompagné par l'équipe-projet nationale.

A partir des points forts et faibles de l'expérimentation, le pilote local identifiera:

- les acteurs associés et à associer,
- les missions communes (communauté de méthodes et d'outils) et supplémentaires à mettre en place progressivement,
- les moyens qui seront mis en commun : logistiques, techniques et en personnels,
- les circuits : une étude des situations individuelles avec le repérage des ruptures dans les parcours permettra d'identifier la marge de progrès à réaliser en termes de continuité de prise en charge,
- la mise en place du référent unique pour toutes les situations de malades d'Alzheimer,
- la mise en place des gestionnaires de cas : le nombre de postes nécessaires sera fonction du nombre des situations complexes repérées par les partenaires. Ces postes devront être d'abord pourvus par mise à disposition, d'éventuels recrutements spécifiques venant compléter l'effectif du personnel.

Cette phase permettra également d'identifier les indicateurs pour l'évaluation. Fin janvier 2009, chaque projet de MAIA expérimentale devra être précisé.

- **La deuxième étape** constituera la phase opérationnelle, à partir de février 2009.

La mise en place et la formation des gestionnaires de cas interviendront progressivement au cours de cette phase ; des financements spécifiques pour ces emplois, ainsi que pour leur formation, sont prévus à partir de 2009 et accompagneront la montée en charge du dispositif. Ils se rajouteront au financement des expérimentations stricto-sensu.

Les gestionnaires de cas s'engageront lors de leur recrutement à suivre une formation ; le cahier des charges de cette formation sera élaboré dès la fin de cette année.

- **La troisième étape** sera celle de l'évaluation des expérimentations, d'avril à septembre 2010.

Les indicateurs seront fixés dès la 1<sup>ère</sup> étape. L'évaluation sera assurée par l'équipe-projet nationale, en lien avec les pilotes locaux; elle appréciera d'abord le degré d'intégration des services et aura une approche coût/efficacité.

- **La fin des expérimentations**, au dernier trimestre 2010, sera la période d'élaboration d'un « **label MAIA** ».

Ce label s'appuiera sur un cahier des charges, construit à partir des enseignements de l'évaluation réalisée à l'issue des expérimentations. Il se fondera sur les meilleurs modèles rencontrés et sur les résultats du rapport coût / efficacité de ces expérimentations.

## 2. La généralisation des MAIA sur le territoire national est prévu par la mesure n°4 du plan.

Ces dispositifs – les MAIA et les coordonnateurs - seront généralisés au cours des années 2011-2012. Dans chaque département, un accord-cadre passé entre le président du Conseil général et le directeur de l'Agence régionale de santé (en place au 1<sup>er</sup> janvier 2010), définira le territoire sur lequel ces instances de coordination seront implantées, ainsi que leurs modes de structuration locale.

Elles seront labellisées "Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer", ou de façon plus large « Maison départementale de l'autonomie ».

Cette étape de généralisation bénéficiera de l'appui de l'équipe-projet nationale qui sera chargée de veiller à la mise en place de ces lieux uniques sur l'ensemble du territoire. Une première évaluation de cette généralisation interviendra dès la fin 2012.

Les sites expérimentaux continueront d'être accompagnés par l'équipe-projet nationale ; ils contribueront à l'évaluation de la généralisation de ces nouveaux dispositifs.

### **III - Les modalités de sélection**

Le comité de sélection des projets sera composé de représentants de la CNSA, des administrations centrales concernées -la DGAS, la DGS, la DHOS-, de l'Association des Départements de France (ADF), de l'Union Nationale des associations de France Alzheimer (l'UNAFSA).

Les projets seront étudiés au regard des critères fixés dans le présent cahier des charges.

Le comité de sélection pourra rajouter d'autres critères de classement s'il le juge utile, notamment si le nombre de projets présentés est très important (un critère pourra être par exemple à la répartition géographique).

Il établira une liste de projets à retenir, suffisamment différenciés quant aux catégories de promoteurs, aux territoires prévus, et aux niveaux de coopération et de coordination envisagés.

Les projets seront retenus conjointement par les ministres du Travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, de la Santé, la jeunesse et les sports et la vie associative, et par la secrétaire d'Etat à la Solidarité.

### **IV - Les modalités d'accompagnement par la CNSA**

Ces expérimentations seront soutenues par une équipe-projet nationale, basée à la CNSA, qui travaillera en lien avec le comité de pilotage national. Un soutien méthodologique et une formation seront apportés aux professionnels concernés, d'abord aux pilotes locaux.

### **V - Les modalités de financement par l'Etat et la CNSA**

Les financements de l'Etat et de la CNSA seront échelonnés : dès le dossier sélectionné, l'emploi budgétaire de pilote local sera financé par la CNSA (la subvention ne pourra pas excéder le montant indiqué dans la convention). Un projet de convention sera adressé dès la notification de la décision.

A la fin de la première étape, le financement spécifique pour l'expérimentation sera versé, après étude du budget présenté et du plafond de l'enveloppe prévue au Plan. Ce financement viendra compléter les mises en commun de moyens par les partenaires du projet et il pourra prendre en compte le fonctionnement de la nouvelle structure (frais de déplacements, achat de véhicule pour les gestionnaires de cas, frais généraux de fonctionnement).

Les emplois de gestionnaires de cas, venant compléter les mises à disposition des personnels, feront l'objet d'un financement complémentaire, dès leur mise en place (mesure n°5 du Plan). Les postes de référent médico-social ne pourront pas faire l'objet d'un financement.

Au terme de l'expérimentation, les sites devront avoir assuré leur autonomie financière et dégagé les cofinancements nécessaires.

## **VI - La constitution des dossiers de candidature et modalités de leur réception**

Le dossier de candidature est établi à partir du dossier-type relatif aux opérations éligibles au financement de la section V de la CNSA (joint en annexe) pour cet appel à candidatures MAIA. Il est téléchargeable sur le site de la CNSA : [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr).

Le dossier, dûment complété, ainsi que les pièces constitutives de la demande, sera établi en **deux exemplaires originaux** et adressé à la CNSA qui en accusera réception dans un délai de 10 jours. Un exemplaire devra être également adressé par **voie électronique**.

Le dossier devra comporter l'engagement du DDASS et du président du Conseil général. Cet engagement attestera l'adhésion des différents acteurs au projet. Le président du Conseil général et le DDASS seront membres du comité de pilotage local.

Un correspondant du projet sera désigné comme l'interlocuteur de la CNSA et de l'équipe-projet nationale.

Le support juridique du dispositif, s'il est déjà formalisé, devra être précisé : conventions formalisées, GIP, GCSMS, association ..., et ses références bancaires indiquées. A défaut, devront être fournies les références bancaires du demandeur officiel de la subvention (cf. II. A – budget prévisionnel).

Les partenaires présenteront leur engagement sous la forme d'un document conjoint placé en annexe.

Les promoteurs doivent déposer leurs dossiers de candidature **avant le 30 septembre 2008 à minuit**, le cachet de la Poste faisant foi, à l'adresse suivante :

**Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie**

- Appel à candidatures « M A I A » -

**66, avenue du Maine - 75682 Paris cedex 14**

**Contact à la CNSA: Mme le Dr Anne Kieffer, [anne.kieffer@cnsa.fr](mailto:anne.kieffer@cnsa.fr)**