

Historique de l'intégration: genèse des concepts, évaluation et généralisation

Matthieu de Stampa

**Phase 1 = expériences étrangères
(1990-)**

Contexte

Double problématique

- Population âgée avec problèmes médico-psycho-sociaux et prise en charge pluridisciplinaire, flexible, au domicile (Guralnik 1996, Wolff 2002)
- Fragmentation des dispositifs de délivrance soins (Callahan 2002, Black 1997, Henrard 2003, WHO 2003) ++++

Conséquences

- Discontinuité prises en charge
- Baisse de la qualité
- Difficultés accès aux services
- Consommation de ressources et recours à l'hospitalisation à répétition

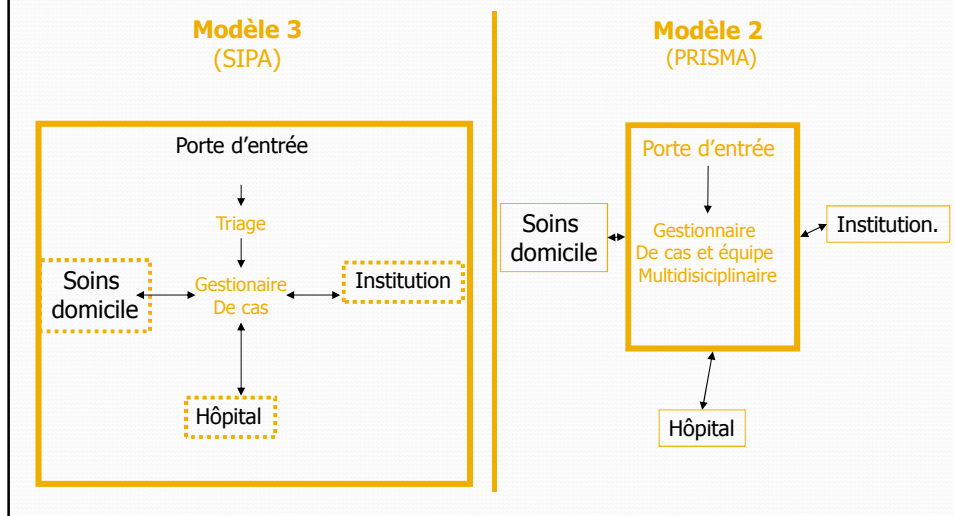
Définir l'intégration

- L'intégration se produit lorsqu'une gamme complète de services sont coordonnés de façon à ce que chaque usager reçoivent « le bon service, au bon moment, au bon endroit, par la bonne personne au moindre coût humain et social »

Modèle d'intégration de services (1)

- **Modèle 1:** les organisations développent ententes et protocoles pour faciliter des collaborations. Chacun fonctionne de manière autonome.
- **Modèle 2:** Les organisations gardent leur propre structure mais acceptent de s'adapter aux procédures mises en place
- **Modèle 3:** une seule organisation devient responsable de l'ensemble des services nécessaires à sa clientèle (modèle niché)

Modèles d'intégration des services (2)

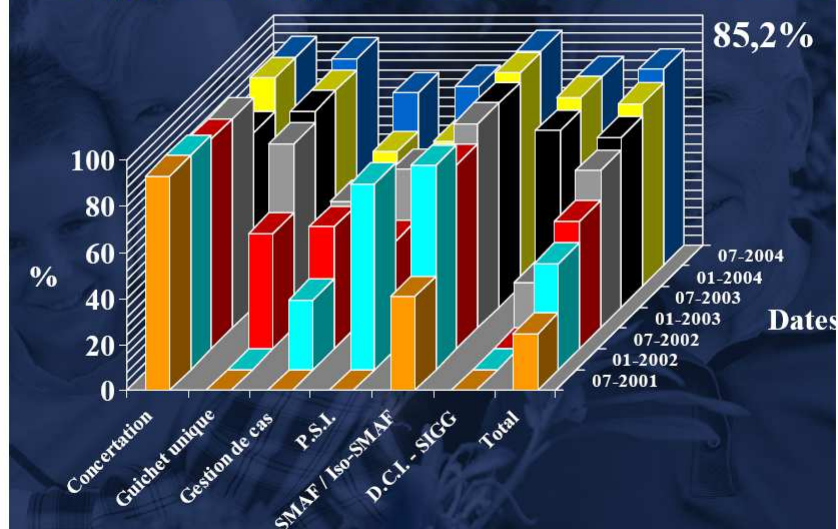


Composantes des modèles

(Hébert, 1998)

1. Concertation entre les partenaires
2. Porte d'entrée unique
3. Gestion de cas
4. Évaluation globale des besoins
5. Planification des services
6. Système d'information
 1. Mode de financement

Degré d'implantation Sherbrooke



Etudes modèles intégration services

- Etudes (UK, Italie, QC, USA, France) depuis 1990
 - Italie: Roverto et Veneto
 - UK: Darlington
 - Québec: modèle SIPA et Prisma
 - USA: Modèle on Lok et PACE
- Impacts mesurés de l'intégration:
 - Implantation: réorganisation services et modification des pratiques professionnelles
 - Niveaux des personnes âgées
 - État de santé: état cognitif et psychologique, état fonctionnel, marche et chute, consommation médicamenteuse,
 - Parcours: maintien à domicile, entrée en institution, hospitalisation avec passage par les urgences, décès
 - Utilisation des ressources

Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community

BMJ 1998;316:1348-51
 Roberto Bernabei, Francesco Landi, Giovanni Gambassi, Antonio Sgadari, Giuseppe Zuccala, Vincent Mor, Laurence Z Rubenstein, PierUgo Carbonin

- Etude randomisée sur 2 sites (Rovereto)
- Population: 200 personnes \geq 65 ans
- Outil d'évaluation: British Columbia Fle
- Durée : 1 an
- Impacts:
 - Primary outcomes = paramètres de santé
 - Secondary outcomes = utilisation des ressources

Table 2 Functional outcomes after 1 year of follow up

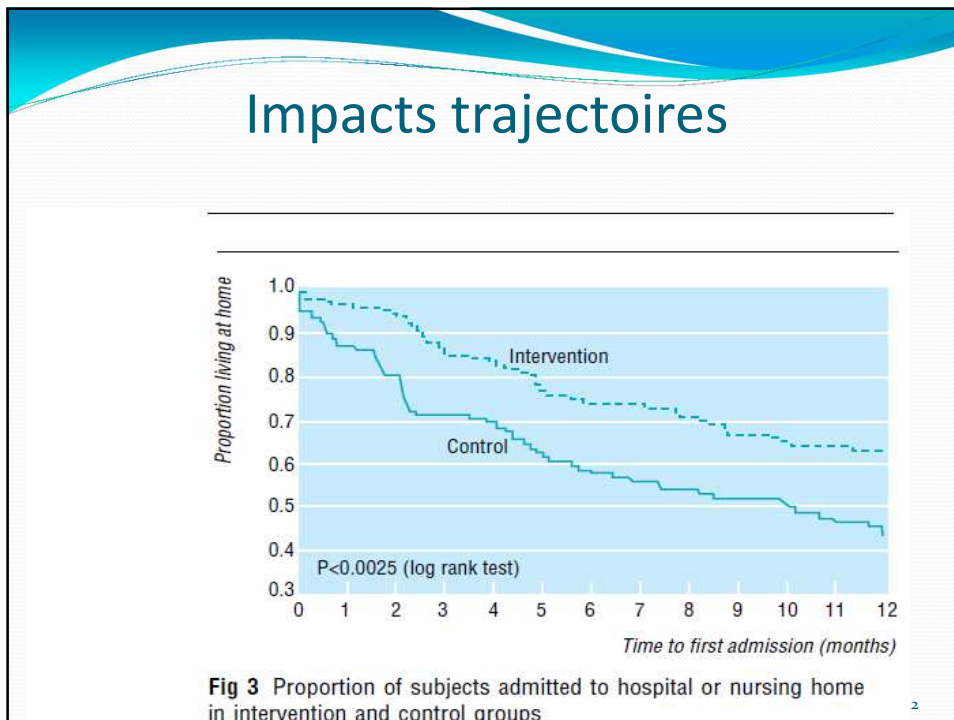
Score	Adjusted mean* (SE)		P value
	Intervention	Control	
Activities of daily living	2.0 (0.1)	2.6 (0.1)	<0.001
Instrumental activities of daily living	4.1 (0.1)	4.4 (0.1)	<0.05
Short portable mental status questionnaire	2.8 (0.2)	3.4 (0.2)	<0.05
Geriatric depression scale	10.9 (0.5)	12.8 (0.5)	<0.05

*Means from covariance models adjusted for baseline measures.

Table 3 Relative risk of being admitted to nursing home, acute hospital, or emergency room during follow up

Place of admission	Intervention (n=99)	Control (n=100)	Hazard ratio (95% CI)	P value
Nursing home	10	15	0.81 (0.57 to 1.16)	0.3
Acute hospital	36	51	0.74 (0.56 to 0.97)	<0.05
Nursing home or hospital	38	58	0.69 (0.53 to 0.91)	<0.01
Emergency room	6	17	0.64 (0.48 to 0.85)	<0.025

11

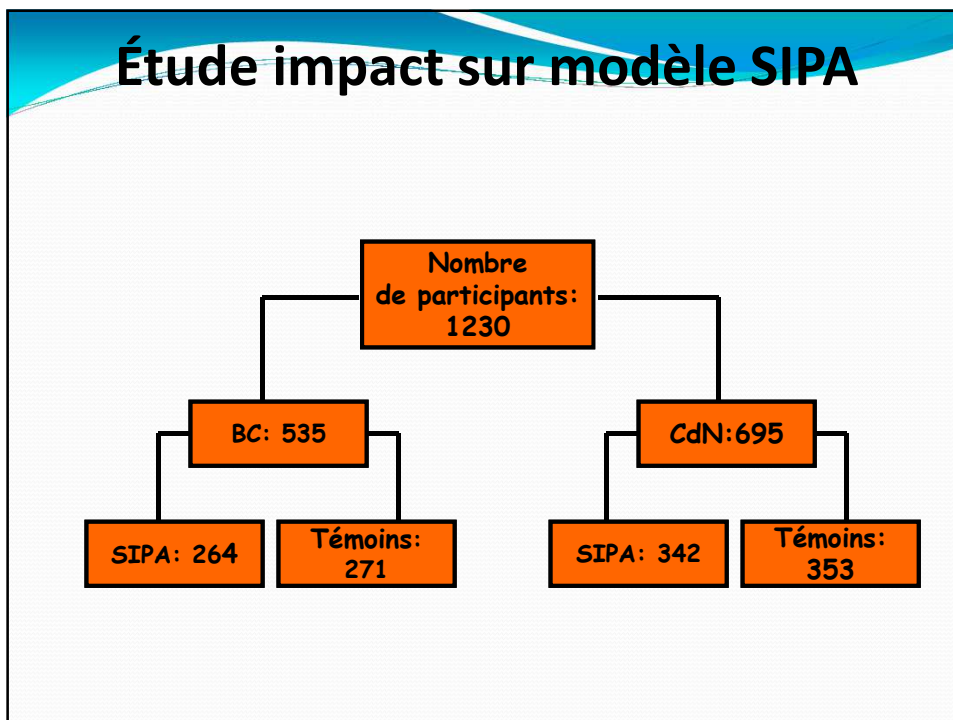


Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2006, Vol. 61A, No. 4, 367-373

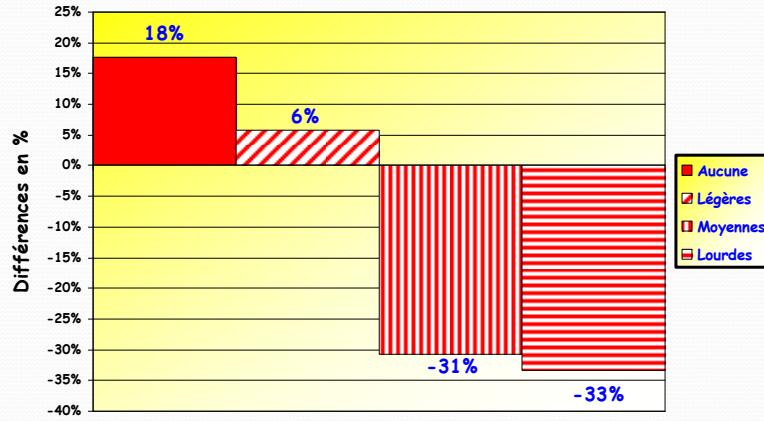
A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial

François Béland,^{1,2,3} Howard Bergman,^{1,2,3} Paule Lebel,⁴ A. Mark Clarfield,^{3,5} Pierre Tousignant,⁶ André-Pierre Contandriopoulos,² and Luc Dallaire¹

- Etude randomisée sur 2 sites (Montréal)
- Population: 1230 personnes \geq 65 ans
- Outil d'évaluation: OEMD-SMAF
- Durée : 1 an
- Impacts:
 - Primary outcomes = Utilisation services:
 - hospitalisations et passages aux urgences
 - Utilisations des services de ville
 - Secondary outcomes: état de santé
- Recueil information:
 - face à face interviews à domicile à to et à 1 an

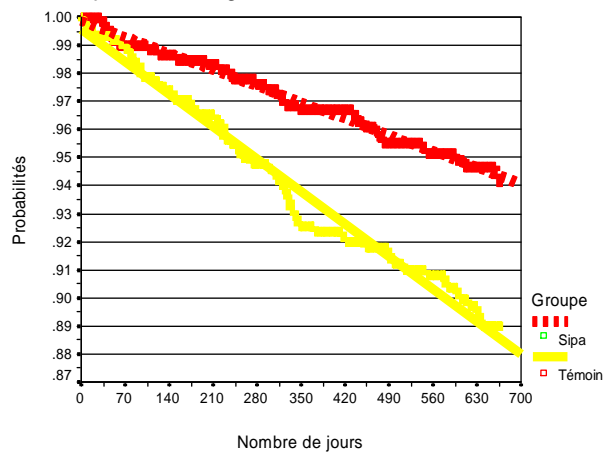


Coûts des hospitalisations selon niveau de complexités



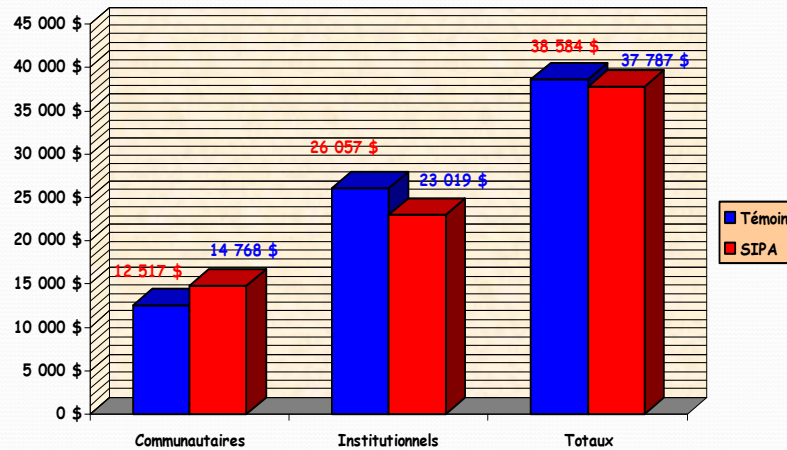
Attentes entrées en Nursing Home

Séjours de longue durée dans les CHSGS



Control: 10%
 Sipa: 5%
 P(diff.)=0,001

Coûts des services ville et hospitaliers

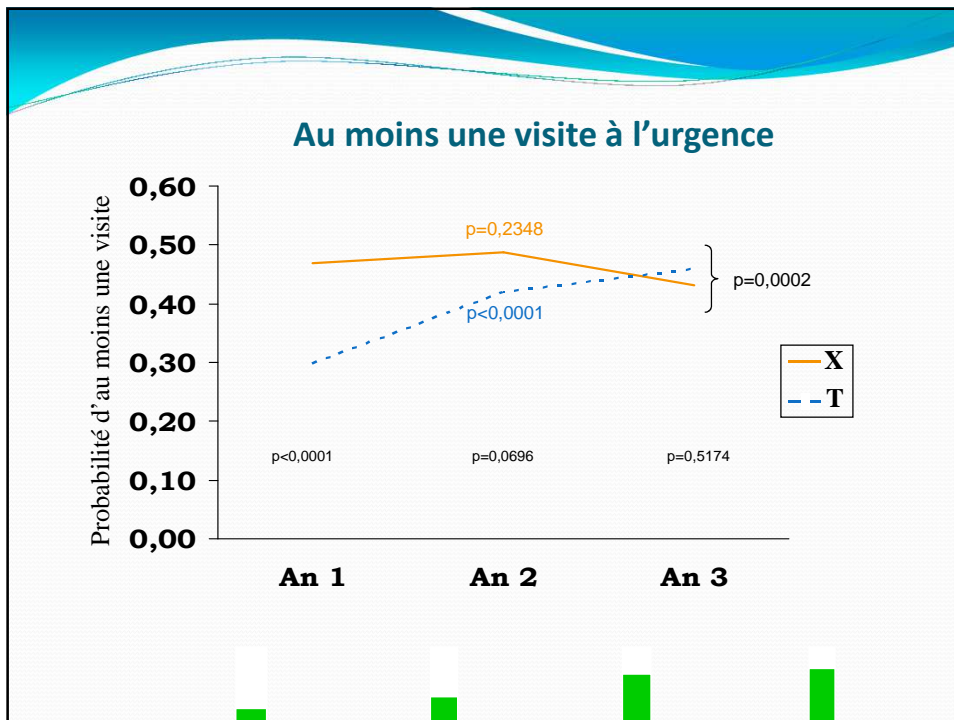
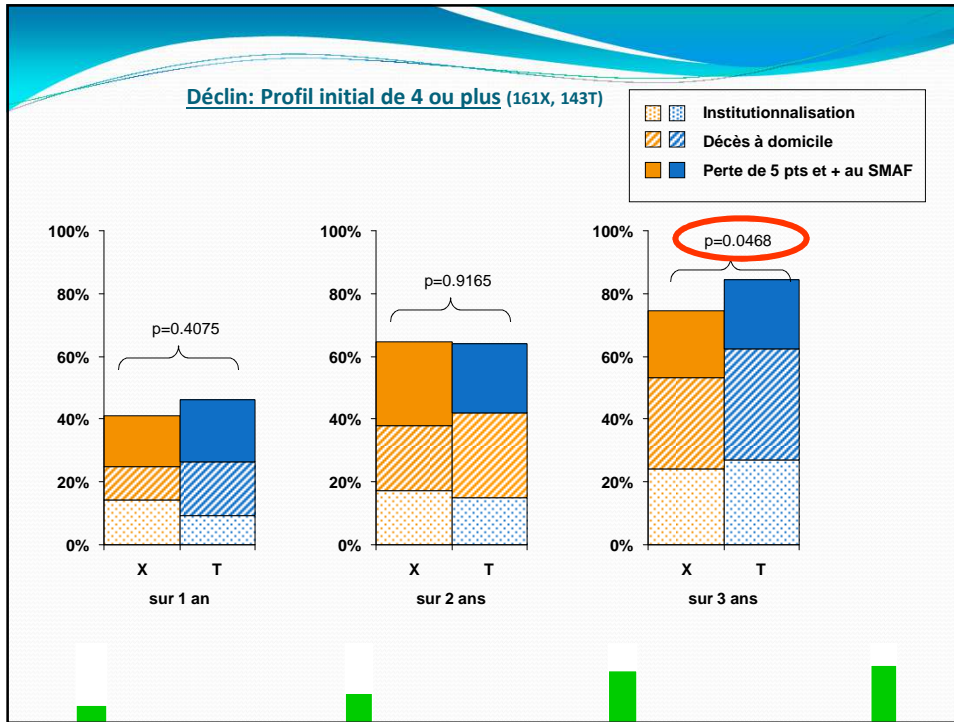


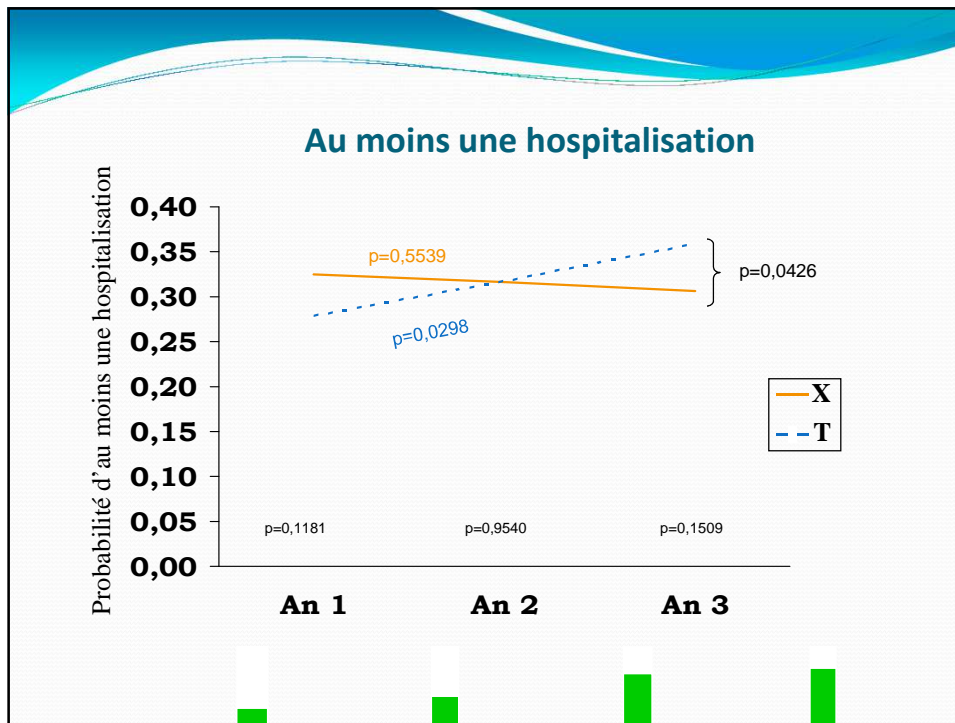
Moyenne sur les 1225 participants

Services communautaires: Médicaments, visites médicales, soutien à domicile, résidences protégées, appareils techniques, hôpitaux de jours.
Services institutionnelles: Hospitalisation de courte durée, hospitalisation d'un jour, hébergement, urgences hospitalières, réadaptations institutionnelles, soins palliatifs

Etude modèle PRISMA (Hébert, 2009)

- Etude quasi-expérimental: ici/ailleurs sur 3 sites (Québec)
- Population: 1501 personnes \geq 75 ans et à risque de perte autonomie fonctionnelle (PRISMA 7)
- Outil d'évaluation: OEMD-SMAF
- Durée : 4 ans
- Impacts:
 - Incapacités fonctionnelles (SMAF)
 - Besoins non couverts
 - Satisfaction avec services
 - Empowerment
 - Utilisation services: hospitalisations et passages aux urgences
- Recueil information:
 - face à face interviews à domicile tous les 6 mois pendant 1 an
 - Recueil utilisation des services par téléphone tous les 2 mois





Phase 2: pré-expérimentations en France (2004-2008)

Deux expérimentations

1. Prisma France

- Implantation du modèle Québécois RISPA
- 3 territoires = rural, rurbain et urbain franciliens
- Concertation tactique et stratégique et gestion de cas

2. Modèle COPA

- Configuration intégrative au sein d'un réseau de santé avec concertation tactique et gestion de cas
- 1 territoire urbain parisien

Fondamentaux (1)

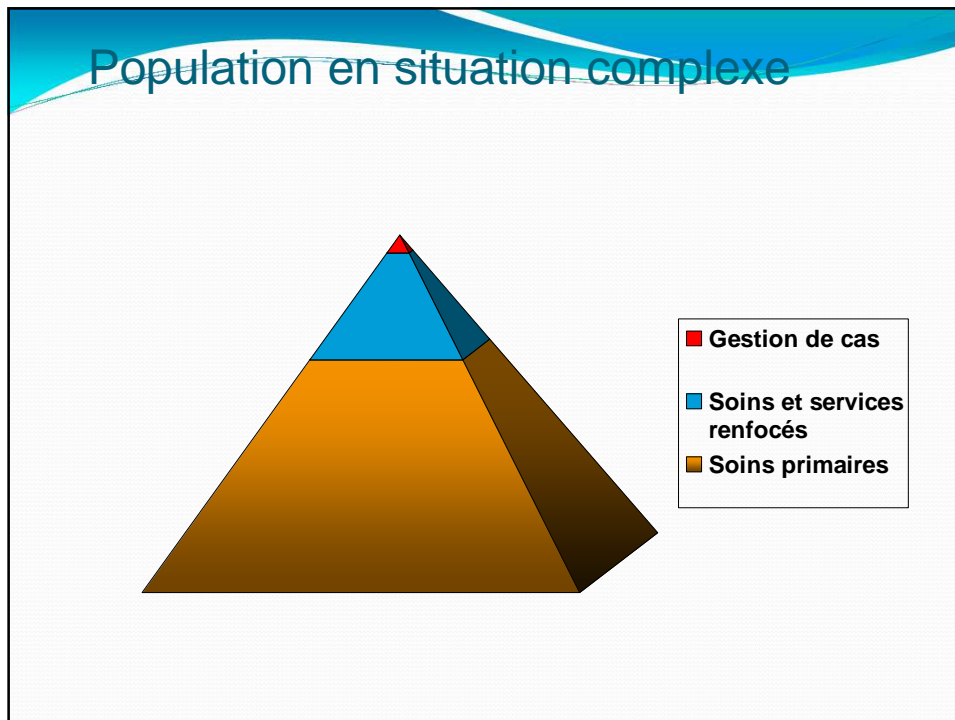
- Renforcement des soins de première ligne = assise en ville et liens avec l'hospitalisation
- Participation de l'ensemble des professionnels en liens avec les fragmentations (sanitaire/social et ville et hôpital)
- Objectifs:
 - Diminuer les fragmentations multiples = social/médico-social/sanitaire, ville/hôpital, public/associatif/privé, long terme/court terme
 - Répondre aux besoins de la population sur le territoire et en particulier celles en situations complexes (intrication médico-psycho-sociaux)
- Liens avec l'évaluation-action et impacts

Fondamentaux (2)

- Appréhender les besoins de la personne dans toutes les dimensions
- Faciliter l'accès au service nécessaire en fonction du besoin
- Prévenir la perte d'autonomie fonctionnelle
- Assurer la continuité des interventions entre elles
- Autonomiser la personne
- Représenter la personne face au système
- Responsabilisation collective de l'offre et des services

Questions récurrentes

1. **Quel niveau d'intégration choisir ?**
= impacts sur le système / nombreux acteurs
= composantes à adapter sur les territoires
2. **Quelle population cible et niveau de complexité?**
= principe de sélection d'une population
3. **Guichet unique et guichet intégré?**
4. **Outils d'évaluation multidimensionnelle validé et liens avec planification?**
5. **Type de gestion de cas?**
 - Quels professionnels
 - Intensité et Case load
 - Formations+++
6. **Comment impliquer les professionnels?**
= confiance, engagement et cas particulier des MT
7. **Quel Pilotage pour le dispositif?**



Phase 3: expérimentation large échelle (2008-2011)

Plan Alzheimer 2008-2012

- 3 Axes, 11 objectifs, 44 mesures
 - Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants: soutien, **renforcer la coordination**, permettre de choisir le soutien à domicile, améliorer l'accès au diagnostic, organiser un suivi épidémiologique
 - Se mobiliser pour un enjeu de société: informer, promouvoir démarche éthique, prioriser la maladie, améliorer l'accueil en institution, valoriser les compétences
 - Connaître pour agir: recherche, diagnostic
- 1,6 Mi euros = 1,2 médico-social et 0,4 santé et recherche

29

Plan Alzheimer 2008-2012

Renforcer la coordination entre tous les intervenants

- Mesure 4 = labellisation sur tout le territoire de « porte d'entrée unique » pour les « Maisons pour l'Autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIAs) »
- Mesure 5 = Mise en place des gestionnaires de cas (« coordonnateurs ») sur l'ensemble du territoire

30

MAIA ce n'est pas

- Une Maison



- Pas que pour les personnes avec des troubles cognitifs

31

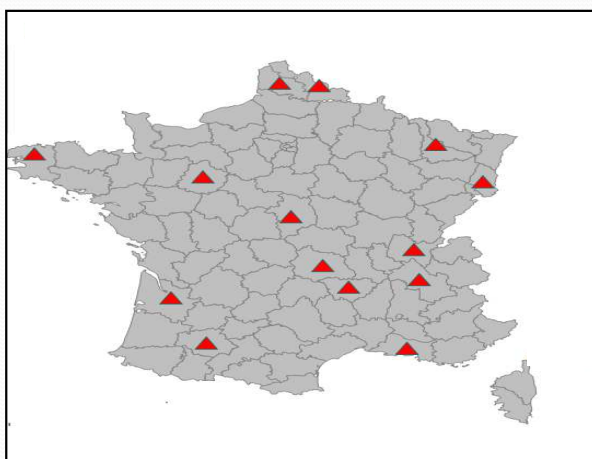
6 Composantes

1. Concertation entre les partenaires
2. Porte d'entrée unique
3. Gestion de cas
4. Évaluation globale des besoins
5. Planification des services
6. Système d'information

Stratégie de diffusion originale

- Un plan présidentiel
- Une équipe de pilotage nationale rattachée à la mission de pilotage du plan (donc à aucun ministère directement)
- Un modèle organisationnel sous-jacent
- Une équipe d'experts pour assurer un suivi au long cours (notamment eu égard au modèle et aux connaissances internationales) et un suivi évaluatif
- Un obligation de recruter un pilote local
- La nécessité d'un engagement des partenaires locaux notamment stratégiques et tactiques de niveaux directeurs

17 sites expérimentaux (1)



17 sites expérimentaux (2008-2011)

- Porteurs de la MAIA
 - 7 sont des porteurs tactiques: 4 CLIC et 3 réseaux
 - 10 par des porteurs stratégiques = départements
- Un pilote par sites
- Diversité des sites:
 - 4 départements et 13 infra-départementaux
 - 3 mégaloilles, 10 sites urbains et 3 ruraux
 - Superficies de 6 à 7970 km²
 - Densités population de 28,8 à 32 200
 - Population > 60 ans: de 16 à 29%

35

Evaluation Qualitative

- Visite sur site de deux experts
- Rencontre pilote+promoteur+gestionnaire de cas
- Observation guichet intégré
- Lecture rapport étape et diagMAIA
- Debriefing immédiat et à distance
- Croisement avec analyse à distance des verbatims
- Groupage par consensus avec définition des groupes au fur et à mesure (inductive et non déductive)

Retour des évaluations sur sites

- La construction de l'intégration n'est pas de tout repos avec important travail de partenariat du pilote, gestionnaires de cas et porteur
- La taille du territoire pertinent : pas trop grand, ni trop petit, de taille infra départemental
- Il n'y a pas de meilleure porteur entre un porteur stratégique ou tactique mais porteur doit être légitime sur le territoire
- Nécessité de temps pour comprendre les concepts et les liens entre les 6 axes de l'intégration

37

Retour des pilotes et promoteurs (1)

- → pour le pilote qui se retrouve confronté à un projet sur lequel il n'a pas complètement prise car il dépend d'abord et avant tout de l'émergence d'une dynamique collaborative partenariale.
- → pour le pilote également qui se retrouve souvent dans une posture professionnelle « inédite » car employé par une structure mais relevant en fait d'un collectif qui dépasse cette structure
- → pour le pilote enfin qui se trouve confronté à des concepts souvent jugé complexe à saisir.

Retour des pilotes et promoteurs (2)

- Aucun pilote n'a remis en cause la pertinence de la démarche intégrative. Au contraire dans l'immense majorité des cas, les exemples de situations « bloquées » témoignant de la grande « fragmentation » du système venaient renforcer leur conviction d'être engagés dans un processus répondant aux difficultés majeures du système. Notons que le discours est du même ordre chez les gestionnaires de cas.

Pilote de MAIA

- Faire adhérer les partenaires et constitution des tables de concertation
- Amener les partenaires à faire et partager le diagnostic organisationnel point de départ
- Animer le concertation et être garant du respect des 6 axes et valeurs du plan au cours du processus
- Participer à l'élaboration des règles qui définiront au final les contours du label
- Le pilote n'est pas imputable du succès ou de l'échec, les tables tactique et stratégique en sont imputables

Retours des gestionnaires de cas

Motivations initiales fortes

- Volonté de changer les pratiques professionnelles
 - Frustration dans la profession antérieure
 - Volonté d'une prise en charge globale des personnes
 - Volonté d'une approche transversale avec les partenaires
 - Désir de travailler en équipe
- Volonté de participer à une expérimentation
 - Participer à une réflexion sur leurs pratiques
 - Participer à une démarche nationale

Compétence de la GC en construction

- Intérêt de la formation + pratique
 - Utilité du DIU
 - Clarification des concepts sous-jacents
 - Échanges entre gestionnaires de cas et experts
 - Liens de la pratique avec la formation
 - Besoin de poursuivre rencontres entre gestionnaires de cas

Positionnement

- Face à la personne
 - Faible utilisation du terme de GC
 - Repositionner la personne et les aidants au centre
 - Construction d'un projet ensemble
 - Vision positive
 - Approche par le besoin
 - Construction d'une relation singulière
 - Risque d'être plus en souffrance
- Face aux professionnels
 - Utilisation plus fréquente du terme de GC
 - Aller vers le « faire faire » et apprendre à déléguer
 - Coordination des partenaires
 - Conséquence = identifier les limites intervention

Equipe de GC

- Interdisciplinarité
 - Besoins d'échanger sur les situations cliniques
 - Permanence de la gestion de cas
 - Appropriation des outils
 - Besoins pour homogénéiser les pratiques
 - Besoin de construire une identité commune
- Légitimité:
 - Tables de concertation
 - Outil d'évaluation multidimensionnel standardisé (étude POEM)

Phase 4: diffusion

Volonté politique

- Bases juridiques
 - Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 (J.O. 30/09/2011)
 - Publication du cahier des charges national des MAIA (B.O. 2011/10)
- Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019
 - Mesure 34: poursuivre effort et consolider la dynamique d'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie grâce au déploiement des dispositifs MAIA

Eléments de contexte du déploiement MAIA au 1^{er} février 2017



- 98% du territoire français couvert par MAIA
- 352 dispositifs financés
- 310 pilotes en poste
- 947 gestionnaires de cas en poste

Conclusions

- Développement progressif pas à pas en lien avec la recherche action sur 10 ans
- Déploiement gestion de cas dans une dynamique intégrative avec un pilotage
- Approche co-constructive et pluriprofessionnelle
- Impacts sur organisation des services et pratiques professionnels
- Formations et appropriation des concepts
- Choix d'un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé validé