

**Intégration en France  
Pourquoi?**

Pr Dominique Somme  
Université de Rennes 1  
CHU de Rennes – Service de Gériatrie

**Contexte**

"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité." Organisation Mondiale de la Santé (préambule 1946, charte d'Ottawa 1986, recommandation Adélaïde 1988)

N'appartient pas à un champ professionnel  
Pas de mesure/état subjectif

**Analyse de la situation**

- **La démographie nous annonce :**
  - Beaucoup de personnes âgées
  - Des personnes âgées ayant des maladies chroniques (plutôt plus de maladies mais chacune étant souvent moins sévère qu'aujourd'hui)
  - Des personnes âgées ayant des incapacités (plutôt un peu plus d'incapacité légère mais moins d'incapacité lourde)
  - Des personnes très très âgées (> 100 ans) dont l'étude jusque là montre la propension à être fragile

**Analyse de la situation**

- **Qui sont ces personnes âgées? :**
  - Des personnes âgées qui auront des exigences accrues vis-à-vis du système (baby-boomers, effet 100% de vie vécue dans un état providence)
  - Des personnes âgées qui souhaitent rester à domicile pour la grande majorité

**Un problème**

**Le système de réponse**  
Un système de santé centré sur la réponse aux besoins aigus de santé (hôpital, médecine de ville...), et par maladie/expertise  
Un système centré sur les établissements (établissements de santé)  
Un système déjà saturé mais sans doute mal utilisé

**Un système marqué par sa fragmentation**  
Entre soins aigus et soins de long terme  
Entre ville et hôpital  
Entre privé/associatif et public  
Entre social et sanitaire

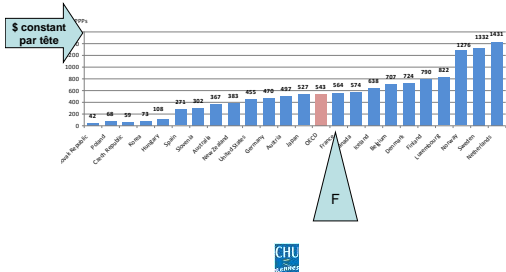
**Des conséquences multiples**  
Difficulté d'accès/de lisibilité; de circulation d'information (la personne est le principal (seul) vecteur d'information), redondance des évaluations  
Délais dans l'obtention des services  
Réactivité trop faible aux modifications  
Risque d'inéquité dans l'attribution des services  
Utilisation inappropriée de ressources rares et coûteuses (Hôpital Urgences...), répétition d'examens

**Des co**

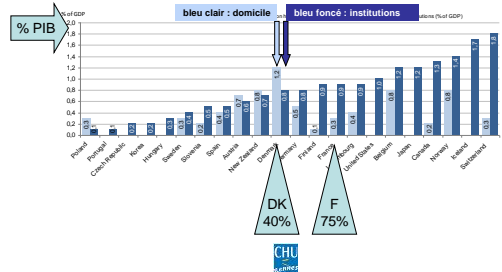
- Depuis
- organ
- S
- S
- Un f
- Auc
- Un e

pour l'autre  
ico-social à  
onal  
ntinentes  
solution

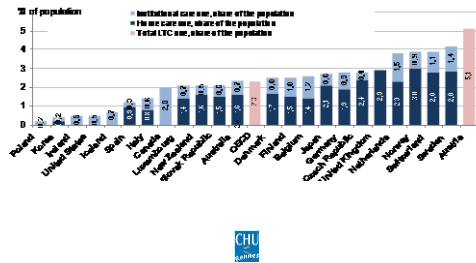
### La France investit sur la perte d'autonomie comme la moyenne des pays européens



### Les dépenses en France vont vers les institutions D'autres choix sont possibles

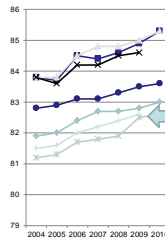


### Les personnes sont à domicile → Poids sur les aidants



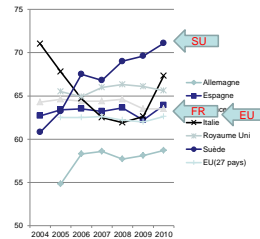
### Un problème?

#### Espérance de vie femmes



Dépend peu du système de santé

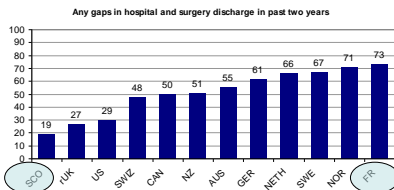
#### Espérance de vie en bonne santé femmes



Dépend du système de santé



### Le problème?

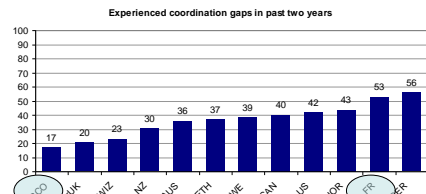


\* Lors de la dernière hospitalisation ou chirurgie la personne n'a pas : 1) reçu d'instruction sur les symptômes ou ce qu'il fallait surveiller; 2) su dire qui il fallait appeler pour les questions relatives à la maladie ou au traitement; 3) reçu de plan de soins écrit pour la sortie; 4) de suivi programmé (quel qu'il soit) et/ou 5) reçu d'instruction précise sur les médicaments qu'elle devait prendre



Commonwealth Fund 2011 Sicker adults Survey

### Le problème?



\* 1) Résultats des tests ou dossier non disponibles au moment du rendez-vous; 2) le médecin prescrit un test qui a déjà été fait; 3) les organismes échouent à partager les informations importantes (le la personne a été hospitalisée); 4) le spécialiste consulté n'a pas d'information sur l'histoire médicale; 5) le médecin régulier du patient n'a pas d'information sur le suivi spécialisé.



Commonwealth Fund 2011 Sicker adults Survey

## L'objectif triple : The Triple Aim



## Pour les personnes

- Des besoins multiples dans des champs divers
  - Des services diversifiés
- Mais*
- Absence de règles communes
  - Gouvernance faible et essentiellement financière
- D'où*
- Visibilité incertaine des dispositifs existants (accessibilité?)
  - Difficulté d'identification du « bon interlocuteur »
  - Tendance à être renvoyé d'un bout à l'autre du système (doublons)
  - Absence de réactivité aux changements
  - Des services indisponibles
  - Les personnes deviennent « passives », des aidants épuisés
  - Un repli vers les solutions « brutales » : hospitalisation/institutionnalisation

14



## Pour les partenaires localement

- Des services mis en place de longue date (histoire)
  - Des services mis en place sur le militantisme
- Mais*
- Des services gérés indépendamment parfois en concurrence
  - Des services qui ne se connaissent qu'imparfaitement
- D'où*
- Des professionnels qui travaillent sans connaître les autres
  - Difficultés à inclure les ressources informelles
  - Difficultés de lisibilité de l'offre du territoire et de son fonctionnement ou de son efficacité
  - Absence de coresponsabilité pour les dysfonctionnements
  - Instabilité permanente du système

15



## Pour les institutions

- Des institutions en lien étroit avec le pouvoir politique
  - Des institutions multiples avec multi-niveaux de légitimité
- Mais*
- Absence d'organe de centralisation des politiques communes au long cours
  - Un retour en tuyau d'orgue des informations du territoire
- D'où*
- Une absence de visibilité des forces et faiblesses du dispositif
  - Une absence d'information sur les besoins de la population (couverts et non couverts par le système)
  - Une planification/régulation qui ne se base pas sur les besoins

16



## Survolt du système sanitaire

- Hospitalier (avec scission entre service médical et service social)
  - Gériatrie → Filière de Gériatrie
    - Court séjour
    - Équipe mobile (ext)
    - Hôpital de jour/ consultation
    - Soins de suite réadaptation
    - Soins de longue durée
  - Urgences
  - Soins spécialisés
- Professionnels libéraux (spécialisés et médecine générales et tous les professionnels de santé en dehors des médecins)
- Réseaux de santé, hospitalisation à domicile



## Survolt du système sanitaire

- Sous autorité/contrôle de l'agence régionale de la santé (ARS)
- Financé par l'assurance maladie
- Défini dans le code de la santé publique
- Réseaux et Filières sont les systèmes de coordination les plus aboutis dans le système de soin permettant d'améliorer les interfaces (soit inter-établissement ou structures, soit entre le domicile et l'institution)
- Missions floues, population cible très large, usage inapproprié (patient « attendant » une place en EHPAD...)



## Obstacles à aller vers l'intégration

- **Sous-représentativité de l'exercice libéral dans les politiques**
- **Un système hospitalo-centré mal adapté aux nouveaux enjeux**
- **Un système très coûteux à reformer**
- **Ne comprend pas son partenaire médico-social**



## Survол du système social et médico-social

- **Système d'évaluation-coordination-orientation**
  - Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
  - Equipe médico-sociale de l'Allocation personnalisée d'Autonomie (EMS APA) et tous les dérivés locaux selon organisation des conseils généraux
  - Services sociaux d'évaluation en dehors de l'APA (polyvalents, assurance maladie, assurance vieillesse, communaux, plateformes...)
- **Système d'aide (pourvoyeurs)**
  - Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et ses déclinaisons (services polyvalents d'aide et de soins à domicile SPASAD, équipe spécialisée Alzheimer) et Centre de santé
  - Services d'aide et d'accompagnement à domicile
  - Professionnels libéraux
  - Les aidants non professionnels notamment en regroupement bénévoles...



## Survол du système social et médico-social

- Centralité de la position du conseil départemental et caractère plus périphérique de l'agence régionale de la santé (ARS)
- Financé par des sources multiples mais avec centralité de l'allocation personnalisée pour l'autonomie dont l'origine provient de la solidarité nationale
- Défini dans le code de l'action sociale et des familles
- CLICs et EMS APA sont les systèmes de coordination les plus aboutis (+/-) dans le système social permettant d'améliorer les interfaces (soit inter-établissement ou structures, soit entre le domicile et l'institution)
- Missions floues, population cible très large, petits effectifs forte charge en cas
- Monde associatif largement dominant
- Lien étroit au politique (département et commune)



## Obstacles à aller vers l'intégration

- **Une myriade de petits acteurs à la fois dépendants et indépendants**
- **Chacun ayant un poids assez faible et très anecdotique par rapport au champ de la santé**
- **Un système « vécu » comme « limité » (on accepte que le « maintien à domicile » soit « impossible »...)**
- **Une gouvernance extrêmement complexe**
- **Invisibilité du produit**
- **Ne comprend pas son partenaire sanitaire**



## L'enjeu

- **Construire un service public de territoire répondant à domicile de façon adaptée, graduée, souple et réactive aux problématiques de santé (dans toute sa définition) quel que soit l'âge et à ses conséquences sur l'autonomie fonctionnelle...**



## La volonté politique

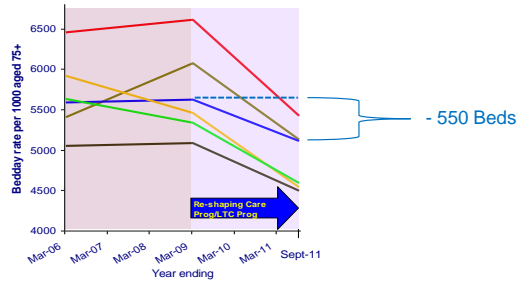
« Notre vision est qu'en 2020 tout le monde sera capable de vivre plus longtemps et en meilleure santé à domicile ou dans un environnement familial. Nous allons avoir besoin d'un système de santé où seront intégrés les soins médicaux et sociaux, centré par les concepts de prévention, d'anticipation et d'autogestion assistée. Lorsqu'un traitement requerra d'avoir recours à l'hôpital et ne pourra pas être délivré au domicile, les traitements de jours deviendront la norme. Quel que soit l'endroit, les soins seront délivrés au plus haut niveau de standard possible de qualité et de sécurité, associant la personne au cœur des prises de décision. L'importance sera donnée à assurer que les personnes pourront rentrer dans leur domicile ou leur environnement familial aussi vite que possible avec un risque minimal de réadmission. »

GOVERNEMENT DE L'ECOSSE



\*Traduction imparfaite du mot « care » en anglais

Impact – Taux de lits utilisés par jour pour 1000 personnes de plus de 75 ans pour des admissions en urgence



26

Que disent tous les gouvernements des pays qui s'y lancent?

L'intégration c'est absolument ce qu'il faut faire...

...c'est aussi la chose la plus difficile à faire!

Contre la fragmentation  
Intégration définition Kodner IJIC 2000

- « Nous définissons les services intégrés comme un ensemble de technique et modèle d'organisation, conçus pour créer de la connectivité, de l'alignement et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs du soins et de l'aide au niveau des finances, de l'administration et de la délivrance. Les objectifs sont d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie, la satisfaction, l'efficacité du système (...) »



27

INTEGRATION => PARTAGE

- Partage des valeurs, du « diagnostic »
- Partage du plan d'action
- Partage des procédures
- Partage des outils
- Partage des ressources (humaines, financières)
- Partage des informations
- Partage des responsabilités, des indicateurs, du résultat



28

Intégration et Coordination organisationnelle

- A l'inverse de la coordination organisationnelle, qui vise à animer le mieux possible la complexité ambiante du système
  - (le système n'est pas la cible)
  - Il faut agir sur les INTERFACES des organisations concernées
- L'intégration vise à réduire la complexité du système en agissant sur l'ensemble des règles qui le régissent (frontières, missions, gouverne, outils)
  - (l'articulation n'est pas la cible)
  - Il faut modifier L'INTERIEUR des organisations concernées

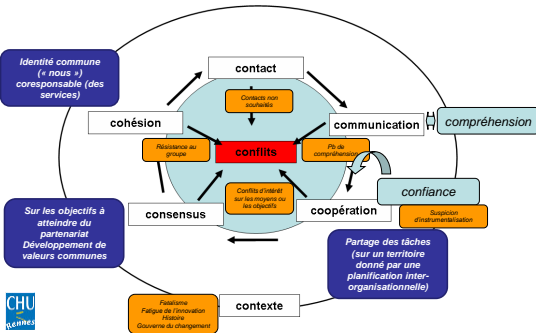


Comment aller vers l'intégration dans un monde complexe

- Localement :
  - En prenant chacun sa part de responsabilité dans le processus collectif MAIA dans ce processus l'hôpital a une place du même ordre que les systèmes de maintien à domicile
  - En mettant les décideurs dans une logique de décision commune de gouverne pour qu'ils puissent prendre les décisions (y compris impopulaires) qui permettent de mettre en œuvre une politique de service public territorial d'aide et de soins
- Nationalement :
  - En adoptant un outil commun d'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle
- Individuellement :
  - En éliminant les discours du type « CLICs, réseaux, MAIA »... Les MAIA étant un label accessible au CLICs et au réseau et l'inverse n'étant pas vrai on est pas sur le même plan logique
  - En éliminant les discours qui font l'équation « MAIA= GC » (les personnes « adressées à la MAIA », ou « la MAIA a dit que... »...)
  - En éliminant les discours qui font l'équation « MAIA= Alzheimer »



30



Les expériences PAERPA

- L'idée : modifier la façon de tarifier la santé
  - Passer des actes indépendants
  - Aux actes interdépendants : tarifier le parcours plus que les événements
- La mise en œuvre actuelle se base sur une logique de coordination (outils d'interface++) avec une articulation très médiocre avec les MAIAs et logique hospitalo-centrée
  - Pas de mise en place de procédure unique des dépenses
  - Pas d'accompagnement national
  - Pas de chercheur (pas d'influx de l'international)
    - Pourtant il faudrait définir les parcours type (pas si simple), définir pour chacun le panier de soins idéal et son déploiement dans le temps (plus complexe) prévoir que la tarification au parcours si le parcours idéal n'est pas suivi ne pénalise pas trop le patient (extrêmement complexe) calculer les couts en rapport avec toutes ces hypothèses (idem) et en tirer un modèle de tarification...

Parcours

- Etape 1 : où suis-je? (définir l'état de départ)
- Etape 2 : où dois-je aller? (définir l'état d'arrivée, la fin du parcours, quitte à ce que ce soit le début d'un autre)
- Etape 3 : par quelle voie puis-je me rendre de l'étape 1 à l'étape 2 quelles en sont les étapes intermédiaires (définir les différents professionnels impliqués, les prestations utiles, les états intermédiaires attendus y compris indésirables)
- Etape 4 : à quel endroit pourrais-je affirmer que je suis perdu? (définir à quel moment je sors du parcours sans avoir atteint l'objectif)

MAIA et Parcours: une logique?

- Logique du parcours : logique assurantielle (HCAAM) économique basée sur des expériences internationales du « bundled payment »

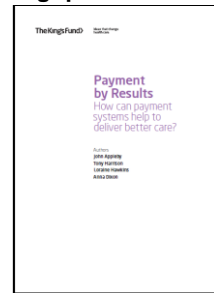
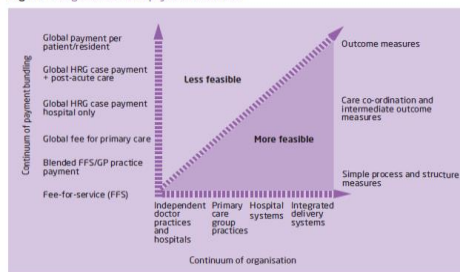


Figure 4 Organisation and payment methods



Source: Adapted from Commonwealth Fund (2009) (p 35, Exhibit 18)

➢ MAIA « intégration » = possibilité d'aller vers une logique de parcours

Pour conclure 1

- Un système riche et foisonnant mais un système de maintien à domicile actuellement souvent dépassé car sont souvent de petite taille, peu équipé pour répondre de façon suffisante aux besoins (la nuit, le week-end, en matinée tôt le matin)
  - recours abusif à l'hôpital
    - L'hôpital s'auto-saisit du problème et en « décrète » les solutions (notamment en augmentant son « aval » : construction d'EHPAD, d'USLD)
- Inverser la logique nécessite d'investir lourdement dans le maintien à domicile
  - Investir dans le système nécessite que le système soit prêt à bonifier cet investissement, ce n'est pas le cas actuellement
  - Il faut réorganiser le système en entier en nivelant les pouvoirs
  - Résistance des partenaires à prévoir (de tous) → volonté politique
  - Investir nécessite d'être équipé pour mesurer le retour sur investissement... Mesure de la perte d'autonomie

## Pour conclure 2 : une loi?

- **Prévention++, modification image++, Silver economy...**
- **Evolution de l'appellation MAIA**
- **MAIS**
  - Pas de problématisation de la métrologie de la perte d'autonomie fonctionnelle
  - Retour en force des fragmentations (CESE, CNAMTS) entre social/médico-social et sanitaire
  - Désengagement possible des ARS (Etat) → idem 2004 pour les CLICs
  - Retour en force du discours CLIC, Réseaux, MAIA
  - Gestion de cas non problématisée au niveau système
  - MDA comme « solution » : retour de la logique établissement

## Pour en savoir plus

- **Site La documentation française**
  - Moteur de recherche interne :
    - MAIA → 2 rapports expertise + 1 travail de recherche ARS
    - PRISMA → 2 rapports de recherche
- **Un article de prise de position**
  - Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch MA, *et al.* Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration. *Gérontologie et Société* 2013 ; 2 : 201-26.
  - *La revue de gériatrie* 2013 ; 38 : 323-30.
  - *Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement* 2014; 12 (1 : 5-12 et 2 en cours en deux parties)
  - *International Journal of Integrated Care* 2014 Mar (téléchargeable gratuit mais en anglais)