

Les 6 axes de l'intégration

Matthieu de Stampa

Intégration: Pourquoi?



Le contexte

- ▶ Les fragmentations du système de santé
 - ▶ social/médico-social/sanitaire,
 - ▶ ville/hôpital (et autres institutions),
 - ▶ public/associatif/privé
 - ▶ long terme/court terme
- ▶ Les conséquences
 - ▶ Les ruptures de continuité (relationnelle, d'approche, informationnelle)
 - ▶ Un accès imparfait aux soins
 - ▶ Un système incompréhensible, redondants, peu flexible, peu adaptable
 - ▶ Une réponse surtout conditionné par le service rejoint



Intégration : c'est quoi?



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)
- ▶ 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)

Intégration: Comment?



Des constats

- ▶ L'intégration ne peut « émerger » spontanément dans un contexte de fragmentation
- ▶ L'intégration est un mouvement continu et non un état

Intégration en 6 axes

- ▶ Modèle Québécois PRISMA (Hebert, 2008)
 1. Concertation
 2. Guichet
 3. Gestion de cas
 4. Outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé
 5. Plan de services individualisé
 6. Système d'information partagé

Les moyens de l'intégration

- ▶ Construire des espaces de Concertation
 - ▶ À tous les niveaux de prises de décision (institutionnel, organisationnel, auprès des personnes)
 - ▶ Reliés entre eux
- ▶ Mettre en place un processus partagé d'accès aux différents services d'un territoire (Guichet intégré, unique...)
- ▶ Mettre en place des Gestionnaire de cas pour les personnes en situation complexe
- ▶ Partager des outils communs d'orientation; d'évaluation et de planification
- ▶ Système d'information partagé

Les axes



Concertation (1)

- ▶ **La table stratégique** : décideurs et des financeurs.
- ▶ **Composition:**
 - ▶ le DGARS ou son représentant mandaté,
 - ▶ PCG ou son représentant mandaté
 - ▶ Professionnels de santé libéraux,
 - ▶ Caisses de retraite,
 - ▶ Association d'usagers et toute autre représentation utile de niveau stratégique.
- ▶ Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime.
- ▶ Ajuster en commun les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire en fonction d'informations remontées de la table tactique de façon horizontale

Concertation (2)

- ▶ En pratique : Les décisions concernant l'organisation d'un nouveau service (CLIC par exemple), ou d'une nouvelle organisation (filiale gérontologique) devrait d'emblée associer des décideurs de la santé et du social avec une implication forte des libéraux.
- ▶ Les schémas de planification devraient s'unifier en réfléchissant d'emblée l'offre comme étant globale et en réfléchissant les frontières territoriales en commun.
- ▶ Les instances et autorité de régulation sur les prestations financières doivent également travailler en concert avec la table tactique afin de diminuer (voire d'éliminer) les évaluations redondantes en doublons.
- ▶ Les rapports de la table tactique remontant de façon commune les succès et les manques du territoire (en s'appuyant notamment sur les données provenant des situations les plus complexes) devraient servir de base à la planification et à la régulation nécessaire

Concertation (3)

▶ **La table tactique**

- ▶ responsables et directeurs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- ▶ des professionnels de santé libéraux
- ▶ Au niveau tactique, s'effectuent la mise en œuvre et l'analyse du service rendu.
- ▶ La table peut alors ajuster l'offre et/ou interpeller la table de concertation stratégique.

Concertation (4)

- ▶ **En pratique :**
 - ▶ Les décisions concernent les organisations internes des services, adoption d'outils communs d'orientation, formation commune des personnels d'accueils à des procédures standardisées définies en communs, protocolisation des échanges d'information, inter-reconnaissance professionnelles des évaluations et des expertises
 - ▶ réflexion sur les possibilités de mise en commun de ressources et de moyens,
 - ▶ analyse en continu des besoins de la population au travers des données remontant du guichet intégré et de la gestion de cas (dont l'action est favorisée en interne à chaque structure en adaptant les frontières).

Concertation : les pièges

- ▶ Les comités de suivi (ou d'information)
 - ▶ Sur un « projet », de telle structure
 - ▶ Sur une « expérimentation »
- ▶ Le projet du « porteur » versus le projet « collectif »
- ▶ La persistance/prééminence des informations en silo versus celle en table
- ▶ Des décisions qui ne s'incarnent pas car non gouvernée en interne à chaque structure (stratégique et tactique)

Guichet intégré (1)

- ▶ C'est un ensemble coordonné des lieux d'information, d'analyse et d'orientation qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants.
- ▶ C'est donc un **mode d'organisation** partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire.
- ▶ Il réunit les partenaires :
 - ▶ sanitaires (ie établissement de santé, réseau de santé),
 - ▶ sociaux (ie centre communal d'action sociale)
 - ▶ médico-sociaux (ie CLIC, SSIAD, équipes APA)
- ▶ autour de:
 - ▶ pratiques (ie référentiel des missions différenciées existant sur le territoire et critères d'inclusion dans les services du territoire),
 - ▶ d'outils partagés (ie annuaire commun)
 - ▶ de processus articulés (ie outil multidimensionnel d'analyse des situations).

Guichet intégré : les pièges

- ▶ **Coordination plus qu'intégration**
 - ▶ Chacun garde son outil maison et ajoute un outil « dédié »
 - ▶ Des critères « vagues », non opérationnels (« fragilité », « isolement », etc...)
- ▶ **Guichet pour l'accès à la gestion de cas**
- ▶ **Confusion concertation et guichet intégré**
 - ▶ Engagement minimal et à court terme
- ▶ **Lassitude**
 - ▶ Un processus long et avec rétroactions

Guichet intégré : les difficultés

- ▶ Difficultés avec le concept+++ (souvent conçu comme « proche de l'existant »)
- ▶ Dépasser les limites de « l'initiateur »
- ▶ Un énorme travail de rencontre à faire en tête à tête
- ▶ Une phase diagnostique capitale mais encore très difficile
- ▶ L'implication de l'hôpital n'est pas facile car difficile d'identifier dans la structure les professionnels qui seront effectivement acteurs du guichet et les personnes à impliquer pour avoir une influence sur les pratiques de l'ensemble de ces professionnels.
- ▶ L'implication des équipes médico-sociales de l'APA n'est pas aisée non plus car action elle-même secondaire à une première orientation et suite à leur intervention le choix des orientations paraît restreint.

Gestion de cas

- ▶ La gestion de cas : un mode d'intervention ayant un cadre
 - ▶ Filtrage
 - ▶ Evaluation par un outil multidimensionnel standardisé
 - ▶ Plan de services individualisé
 - ▶ Suivi de l'exécution du plan et adaptation de celui-ci au long cours
 - ▶ Réévaluation régulière des besoins
- ▶ Un modèle particulier de gestion de cas
 - ▶ Modèle Intensif de gestion de cas
 - ▶ Visite à domicile en personne
 - ▶ Interlocuteur directe de la personne/aidants et du médecin
 - ▶ Implantation directe du plan/ animation de l'équipe interdisciplinaire
 - ▶ 40 personnes en suivi actif/ETP à un moment donné
 - ▶ Nécessité d'équipe
- ▶ Origine professionnelle multiple, importance de l'interdisciplinarité dans l'équipe, formation complémentaire dédiée

Gestion de cas : les pièges

- ▶ Pas un gestionnaire « de maladie d'Alzheimer »
 - ▶ Une approche situationnelle
- ▶ Disease management n'est pas sans valeur mais c'est un autre mode d'intervention
 - ▶ Moins intensif
 - ▶ Plus axé sur le plan de soins
 - ▶ Probablement entre les soins de premières lignes et la gestion de cas
- ▶ Dédié à la complexité mais pas de définition de ce que c'est
 - ▶ Définitions locales → harmonisation en cours

Gestion de cas : difficultés

- La gestion de cas est un facteur de jugement positif de l'expérimentation
 - Sens de cette forme d'intervention clinique pour les professionnels exerçant la fonction, les partenaires, les usagers et dans une mesure encore à définir pour les autres professionnels
- La gestion de cas se développe **MALGRE** la faiblesse de l'intégration
 - Attention à une dérive de la gestion de cas sans intégration (donc hors modèle PRISMA/MAIA)
 - Epuisement du sens clinique
 - Epuisement professionnel
 - Attention à une dérive de la gestion de cas vers « l'institutionnalisation »
 - Perte de la place interstitielle
 - Epuisement du sens clinique

Outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé

▶ Enjeux:

- ▶ Evaluation SYSTEMATIQUE et STANDARDISEE de la situation d'une personne sous tous ces angles
- ▶ Développement d'un cadre commun d'analyse
- ▶ Intégration verticale

▶ Qualités

- ▶ aspect réellement **multidimensionnel**,
- ▶ **pertinence des dimensions explorées** relativement à la population ciblée (importance des comorbidités et du retentissement fonctionnel et social des troubles cognitifs),
- ▶ **capacité à évaluer correctement les situations** des malades d'Alzheimer, malgré la présence de troubles cognitifs ou comportementaux,
- ▶ utilisation en **pratique clinique**,
- ▶ utilité dans la création de **l'interdisciplinarité** (lors de l'évaluation et de la prise en charge),
- ▶ capacité à **identifier des services requis**,
- ▶ **sensibilité au changement**,
- ▶ capacité à **suivre les trajectoires** (transmission de l'information clinique, ré-évaluations)
- ▶ **utilisation d'informations agrégées** à des fins managériales et:/ou stratégiques.

Outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé

▶ Les pièges

- ▶ Un document « administratif » (voire un contrat)
- ▶ Une « compilation » d'évaluation
- ▶ L'absence de synthèse/problématisation/mise en perspective
- ▶ L'absence de systématisation : remplissage « en fonction du ressenti »
- ▶ La non-multi dimensionnalité (uniquement sur l'autonomie fonctionnelle par exemple)
- ▶ Le « truc » informatique
- ▶ Un outil « réservé » aux gestionnaires de cas (→ logique de coordination)

▶ Problèmes

- ▶ Outil encore en travail
- ▶ Gouvernance nationale+++ (confidentialité – remontée des données – travaux scientifiques...)
- ▶ Validité scientifique
- ▶ Formation
- ▶ Rapport à la standardisation/systématisation



Le PSI

- ▶ Outil pour les personnes en gestion de cas
- ▶ Outil de planification individualisée de tous les services
- ▶ En concertation avec la personne et les professionnels
- ▶ Résume les problèmes, handicaps, instabilité de ressources
- ▶ Résume les services en place (ponctuels ou réguliers) et l'orientation de leurs interventions
- ▶ Permet la visualisation des services à mettre en place et des besoins en déséquilibre



Le PSI

- ▶ Document dynamique
 - ▶ Pas un constat, ni un compte-rendu
 - ▶ Tableau de bord des services, accompagne le GC dans sa tâche de suivi, de concertation voire de négociation
- ▶ Lien avec l'outil d'évaluation
- ▶ Mise en œuvre en partenariat étroit avec le CLO



Le système d'information partageable

- ▶ Permet la circulation efficace de l'information en respect des règles de confidentialité et d'éthique, enjeu de continuité
- ▶ Nécessité de définition des informations à partager et des procédures de partage (consentement)
- ▶ Nécessité d'informer très largement sur ces procédures
- ▶ Lutter contre les dédoublements
- ▶ Enjeu majeur dès le début de la gestion de cas+++ (facteur limitant)
- ▶ Problèmes
 - ▶ Gouvernance nationale+++ enjeux réglementaires et législatifs
 - ▶ Gestion de la confidentialité et des secrets
 - ▶ Formation



Des règles issues d'expériences antérieures

- ▶ « La réalisation d'un réseau intégré de services
- ▶ 1^o repose d'abord sur **l'implication de personnes compétentes, crédibles et dédiées**, qui vont montrer le réalisme et la pertinence du nouveau système de coordination des services,
- ▶ 2^o requiert l'adhésion des dirigeants des organisations impliquées au modèle de coordination retenu,
- ▶ 3^o doit se présenter à eux comme
 - ▶ a) une solution appropriée
 - ▶ b) à des problèmes d'organisation des services qu'ils jugent prioritaires
- ▶ 4^o exige du temps pour que les gestionnaires et les intervenants touchés par le changement nouent des liens de collaboration et s'approprient le modèle de coordination retenu. Sur le plan informationnel, l'efficacité d'un réseau intégré de services dépend de l'utilisation d'un système d'informations cliniques partageables interdisciplinaire et interservices. Sur le plan organisationnel, la mise en place d'un réseau intégré de services suppose l'instauration de modes de gouverne et de coordination fondés sur la confiance et le respect mutuel » (L Demers FCRSS 2005)

Les 7C de l'intégration

