

Concepts de l'intégration



1

Intégration: Pourquoi?

▶ 2

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
 - ▶ Un accès imparfait aux soins
 - ▶ Un système incompréhensible, redondants, peu flexible, peu adaptable
 - ▶ Une réponse surtout conditionné par le service rejoint

▶

▶ 4

Intégration : c'est quoi?

Coordination et Intégration

- ▶ La coordination vise à animer le mieux possible la complexité ambiante du système mais 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'intégration est un mouvement continu et non un état
 - ▶ L'intégration ne peut « émerger » spontanément dans un contexte de fragmentation

▶ 5

▶ 6

Intégration: Comment?

Intégration en 6 axes

Modèle Québécois PRISMA (Hebert, 2008)

1. Concertation
 1. Table tactique et stratégique
2. Guichet intégré
3. Gestion de cas
4. Outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé
5. Plan de services individualisé
6. Système d'information partagé

▶ 7

La concertation

8

La concertation

- ▶ Une des 6 composantes de l'intégration
- ▶ Concertation entre partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- ▶ C'est le cœur de la réponse à la fragmentation avec les prises de décisions
- ▶ C'est la transformation du système avec:
 - ▶ Renforcement des liens entre services avec ententes et mises en commun
 - ▶ Amélioration la qualité des interventions auprès de la population

▶

Formalisation de la concertation (1)

- ▶ Perméabiliser les cloisons entre un grand nombre de partenaires
- ▶ Création de l'interdépendance, collaboration et co-responsabilisation:
 - ▶ de l'offre de services
 - ▶ des fragmentations actuelles
 - ▶ des réorganisations à produire
- ▶ Permettre de mettre les partenaires en posture de décideurs

▶

Formalisation de la concertation (2)

- ▶ 2 niveaux de concertation:
 - ▶ Tactique=responsables et gestionnaire de services
 Alimenté par le niveau de concertation clinique
 - ▶ Stratégique = institutionnels
- ▶ Interdépendance entre les niveaux de concertation horizontale et verticale

▶

Concertation tactique: les partenaires

- ▶ Responsable(s) des réseaux de santé
- ▶ Responsables CLICs,
- ▶ Responsable de services hospitaliers concernés (pôle gériatrique, médecine, etc...) ayant fonction d'administration
- ▶ Chef(s) de service (« directeur ») HAD, SSIAD, CCAS, SS polyv Dpt, de(s) équipe(s) APA
- ▶ Représentants professions libérales (fonction de représentation)
- ▶ Responsables des associations de bénévoles
- ▶ Représentants des usagers
- ▶ Autres acteurs en situation de management de la santé ou de services à la clientèle
- ▶ Pilote local

▶

Concertation tactique

- Accompagne la réorganisation entre services pour améliorer la lisibilité
 - ▶ Définit les procédures de partages de l'information et l'adaptation des outils
 - ▶ Définit les articulations entre services avec en particulier le guichet intégré
- ▶ Résolution commune des freins à la concertation clinique
- ▶ Prises de décisions et propositions au niveau stratégique

▶

Concertation stratégique: les partenaires

- ▶ Représentants de l'ARS
- ▶ Représentants du conseil général
 - ▶ Politique et Administratif (directeurs)
- ▶ Représentants des communes
 - ▶ Politique et Administratif (directeurs)
- ▶ Représentants des caisses de retraite
- ▶ Représentants des professions libérales (URPS, et autre)
- ▶ Représentants des usagers
- ▶ Autres acteurs stratégiques éventuels
- ▶ Le pilote

▶

Concertation stratégique

- ▶ Organise le dialogue et la concertation à l'échelon politique et décisionnaire
- ▶ Définit les modalités de partenariat et de fonctionnement entre les structures (conventions, partage de prérogatives et de moyens)
- ▶ S'assure de la cohérence des actions de planification vis à vis des besoins de la population
- ▶ Valide ou non les propositions de la table tactique et prend décisions stratégiques qui sont nécessaires (ex. accès aux prestations, échange d'information, rôle des gestionnaires de cas)

▶

Construire les tables

- ▶ Avoir la légitimité pour convoquer les tables
- ▶ Avoir des partenaires légitimes et d'un bon niveau de représentation
- ▶ Avoir des partenaires porteurs d'un mandat clair pour prendre des décisions
- ▶ Établir des règles de fonctionnement des tables (ODJ, CR) et programmation
- ▶ Temps nécessaires pour:
 - ▶ Appropriation par les partenaires du dispositif
 - ▶ Création de la confiance
 - ▶ Production de compromis

▶

Le guichet intégré



le guichet intégré (1)

- ▶ « Le guichet intégré constitue l'accès de proximité à l'accueil et l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée. C'est un ensemble coordonné des lieux d'information et d'analyse et d'orientation qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle en évitant les réponses fragmentées » (cahier des charges)

▶

Guichet intégré (2)

- ▶ 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).

▶ 19

Le guichet intégré : une approche territoriale

- ▶ Territoire du porteur mais peut être modifié par la suite
- ▶ Partenaires du guichet =
 - ▶ CLIC, Réseau, CCAS (offre de services), Hôpitaux, SSIAD, HAD, Equipes médico-sociale de l'APA...
 - ▶ Diagnostic local du qui fait quoi

▶

Que font tous les partenaires qui participent au Guichet Intégré

- ▶ Accueil de la demande
- ▶ Analyse multidimensionnelle de la situation de la personne
 - ▶ Utilisation d'un script d'analyse = santé, autonomie fonctionnelle, social et environnemental
- ▶ Repérer les alertes (les problèmes)
- ▶ Orienter la personne
 - ▶ Situation complexe = vers la gestion de cas
 - ▶ Autre situation = autre types de services

▶

Guichet intégré : enjeux

Approche individuelle et populationnelle

- ▶ Faciliter le parcours des personnes
- ▶ Garantir l'équité dans l'attribution des aides
- ▶ Optimiser l'utilisation des ressources avec réorganisation de l'offre par remontée d'information sur le territoire

▶

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

▶ 23

La gestion de cas

▶ 24

Gestion de cas

- ▶ **La gestion de cas : procédures avec étapes**
 - ▶ Filtrage: identification personnes en situations complexes
 - ▶ 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 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**

▶ 25

Les outils

26

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
- ▶ **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.

▶ 27

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 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 doublonnages
- ▶ 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

▶

Le pilote

Position innovante et déstabilisante

- ▶ Employé par une structure
- ▶ Aux fins de réaliser un projet **collaboratif** inter-structures
- ▶ Doit lutter contre l'identification du dispositif MAIA comme le "PROJET DU PORTEUR".
- ▶ Conduisant le pilote à être en posture d'interpeller parfois son propre employeur

▶

Liens avec les gestionnaires de cas (1)

- ▶ Retours positifs des gestionnaires de cas / relations avec leur pilote
- ▶ Diversité de profils avec des cliniciens et des non cliniciens mais pas de profil idéal
- ▶ Encadrement des équipes de gestionnaires de cas et accompagnement sur les outils
- ▶ Remontée d'information sur les dysfonctionnements perçus et redescende des prises de décisions

▶

Liens avec les gestionnaires de cas (2)

- ▶ Nécessite d'un peu de temps avant arrivée des gestionnaires de cas pour initier la concertation et compréhension des concepts
- ▶ Gestionnaires de cas = booster de l'intégration mais temps d'encadrement

▶