

Intégration en France Pourquoi?

Pr Dominique Somme
Faculté de Médecine Université Rennes 1 CHU Rennes
Laboratoires ARENES UMR 6051
Rédacteur en chef Gériatrie et société
dominique.somme@chu-rennes.fr

Pas de conflit d'intérêt financier
avec l'industrie du médicament



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)

- Pas dans un champ professionnel
- Pas de mesure « objective » : état subjectif

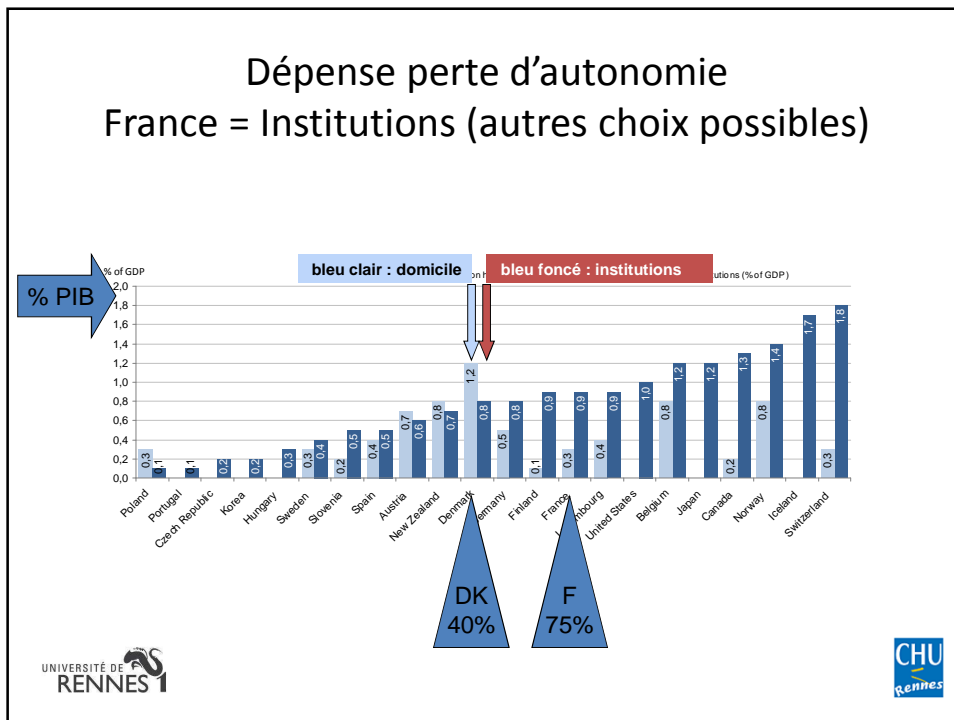
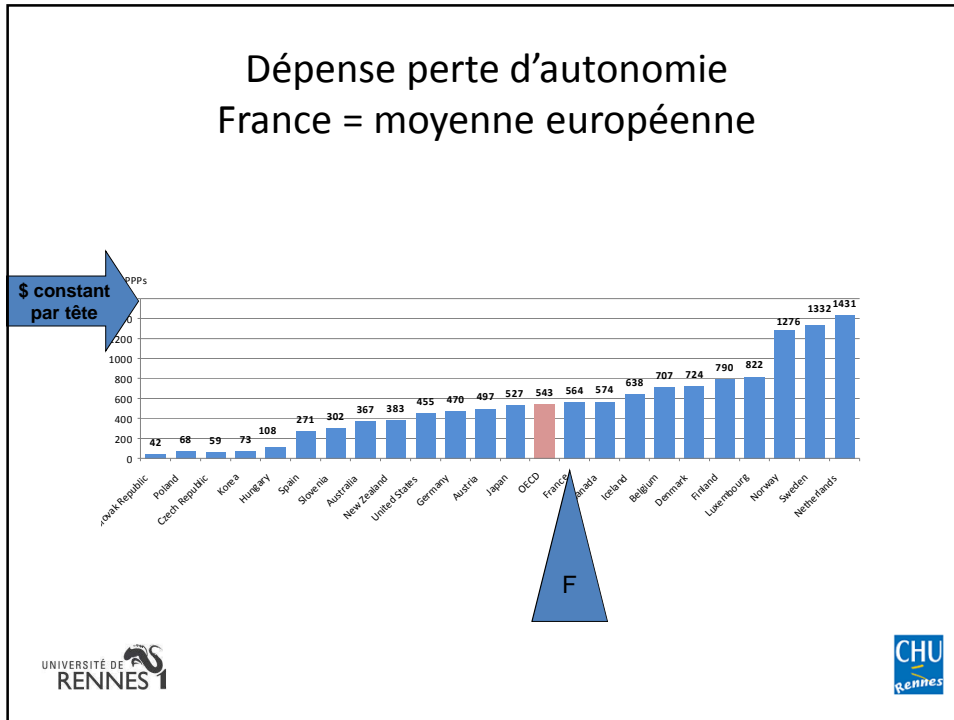


Analyse de la situation

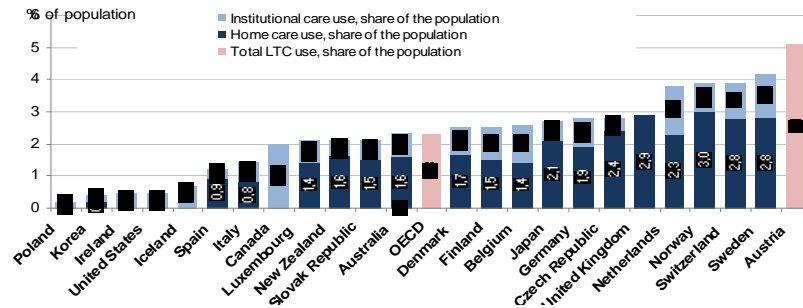
- La démographie nous annonce :
 - Beaucoup de personnes **âgées**
 - Avec **maladies chroniques** (+ de maladies, chacune - sévère qu'aujourd'hui)
 - Avec des **incapacités** (+ d'incapacité légère, - d'incapacité lourde)
 - Des personnes très très âgées (> **100 ans**) fragiles

Analyse de la situation

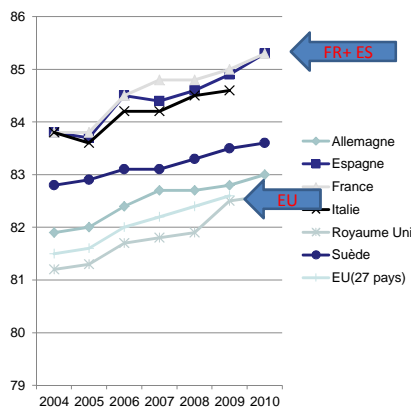
- Qui sont ces personnes âgées? :
 - **Exigences accrues** vis-à-vis du système (baby-boomers, effet 100% de vie en état providence)
 - Souhait de **rester à domicile** pour la majorité



Lieu de la perte d'autonomie France = Domicile (→ aidants)

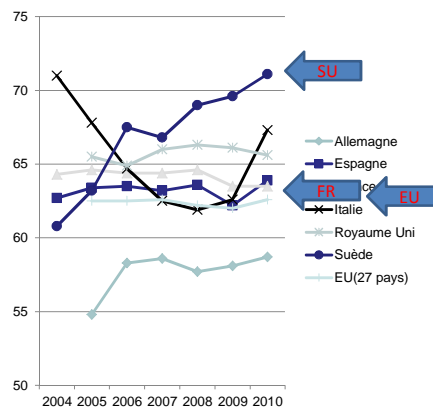


Espérance de vie femmes



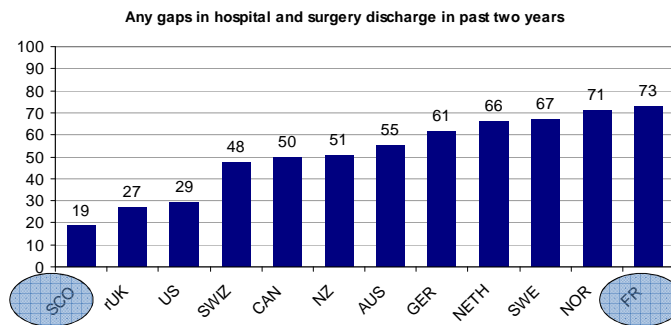
Dépend peu du système de santé

Espérance de vie en bonne santé femmes



Dépend du système de santé

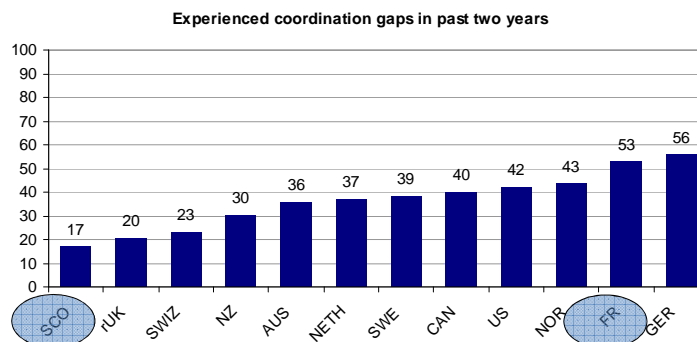
Le problème?



* Lors de la dernière hospitalisation ou chirurgie la personne n'a pas : 1) reçu d'instruction sur les symptômes où 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) eu 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?

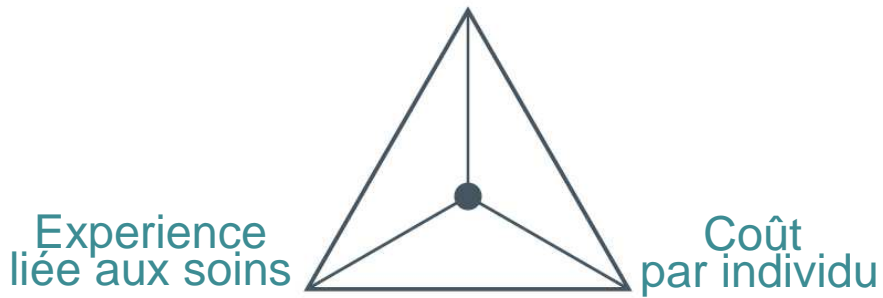


* 1) Résultats des tests ou dossier non disponibles au moment du rendez-vous; 2) le médecin prescrit un test qui a déjà été fait, 3) les organismes échouent à partager les informations importantes (ie la personne a été hospitalisée), 4) le spécialiste consulté n'a pas d'information sur l'histoire médicale,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

Santé de la population



Des coordinations nombreuses

- Depuis
organisations
– Sans
– Sans
 - Foisons
pertinence
– Accusés
– Enjeux
- plient
cial
solution
ns



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
 - Des personnes « passives », des aidants épuisés
 - Un repli vers les solutions « brutales » : hospitalisation/institutionnalisation

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

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

Survol du système sanitaire

- Hospitalier (avec scission entre service médical et service social)
 - Gériatrie → Filière de Gériatrie
 - Court séjour
 - Equipe 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, plateforme territoriale d'appui, hospitalisation à domicile

Survol du système sanitaire

- Autorité : agence régionale de la santé (ARS)
- Financement : Assurance maladie
- Législation : code de la santé publique
- Réseaux et Filières : systèmes de coordination les plus aboutis
 - Amélioration des interfaces (inter-établissement ou structures, entre domicile et institution)
- Missions floues, population cible très large
- Usage inapproprié (urgences, patient « attendant » une place en EHPAD...)

Survol 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 départementaux
 - 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...

Survol du système social et médico-social

- Autorité : Conseil départemental central (puis ARS)
- Financement : sources multiples (allocation personnalisée pour l'autonomie centrale – financée par solidarité nationale)
- Législation : code de l'action sociale et des familles
- CLICs et EMS APA : systèmes de coordination les plus aboutis (+/-)
 - Amélioration des interfaces (inter-établissement ou structures, entre domicile et institution)
- Missions floues, population cible très large, petits effectifs forte charge en cas
- Monde associatif largement dominant
- Lien étroit au politique (département et commune)

Histoires

- Mr José



Monsieur José et la fragmentation

- Monsieur José n'est pas « abandonné » par le système bien au contraire
- Chaque professionnel fait plutôt bien son travail
 - Le service de Gériatrie initial
 - Le service des urgences
 - Les assistantes sociales de l'hôpital
 - Les assistantes sociales de ville
 - L'équipe mobile de Gériatrie
- Est-ce que tout est de la faute du fils?

Monsieur José et la fragmentation

- Médecine de première ligne ?
- Présence soutenue à l'hôpital mais « isolément »
- Hors champ des assistantes sociales : nombreux passages aux urgences
- assistante sociale de liaison et EMG : en l'absence d'intégration le résultat est modeste

L'enjeu

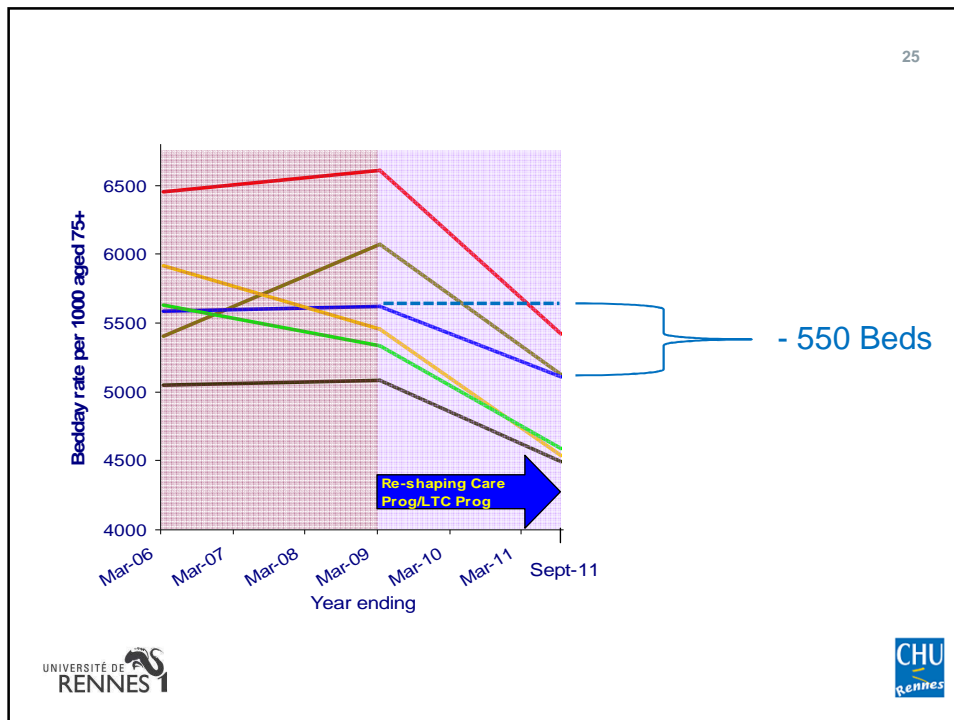
- Construire un service public de territoire répondant à domicile de façon adaptée, graduée, souple et réactive aux problématiques de santé (dans toute sa définition) quel que soit l'âge et à ses conséquences sur l'autonomie fonctionnelle...

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. »*

GOUVERNEMENT DE L'ECOSSE 2009

**Traduction imparfaite du mot « care » en anglais*



Retour sur expérience

- 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'efficience du système (...) »*

INTEGRATION => PARTAGE

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

Film intégration/coordination/fusion

Intégration vs Coordination organisationnelle

- Coordination organisationnelle : animer la complexité ambiante du système
 - (le système n'est pas la cible)
 - Il faut agir sur les INTERFACES des organisations concernées
- Intégration : 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

Obstacles pour l'intégration Monde sanitaire

- Sous-représentation dans les politiques publiques exercice libéral
- Système hospitalo-centré mal adapté aux nouveaux enjeux
- Système très coûteux à reformer
- Ne comprend pas le médico-social

Obstacles pour l'intégration Monde médico-social

- Une myriade de petits acteurs à la fois dépendants et indépendants
- Un système « vécu » comme « limité »
- Une gouvernance extrêmement complexe
- Invisibilité du produit
- Ne comprend pas le sanitaire

6 axes de l'intégration pour une MAIA

1. Concertation des partenaires
2. Guichet intégré
3. Outils d'évaluation multidimensionnel standardisé et système de classification
4. Système d'information
5. Gestion par cas
6. Plan de services individualisé

Les frontières de fragmentation (1)

•Court et Long terme

- Hôpital aigu (urgences, réanimation, plateau technique...) inadapté aux besoins des soins de longue durée
- Soins de longue durée domicile ou institution souvent coupé de l'hôpital technique (besoin d'expertise non couvert)
- Logique tarifaire: actes (soins aigus ville); TAA (soins aigus hôpital); forfaits (soins long terme)

Les frontières de fragmentation (1)

- Court et Long terme
 - Hôpital aigu (urgences, réanimation, plateau technique...) inadapté aux soins de longue durée
 - Soins de longue durée domicile ou institution souvent coupé de l'hôpital technique
 - Logique tarifaire: actes (soins aigus ville); TAA (soins aigus hôpital); forfaits (soins long terme)

Les frontières de fragmentation (2)

- Secteurs public, privé lucratif et non lucratif
 - Soins et services en ville: primat des associations
Loi 1901, libéralisation du marché, concurrence
(prestataires directs, SSIAD... > coordinations, CLIC réseaux)
 - Hôpital: Hôpital public, clinique privée, Hôpital privé participant service public
 - Acteurs régulateurs publiques pas toujours en phase avec les acteurs prestataires privés.

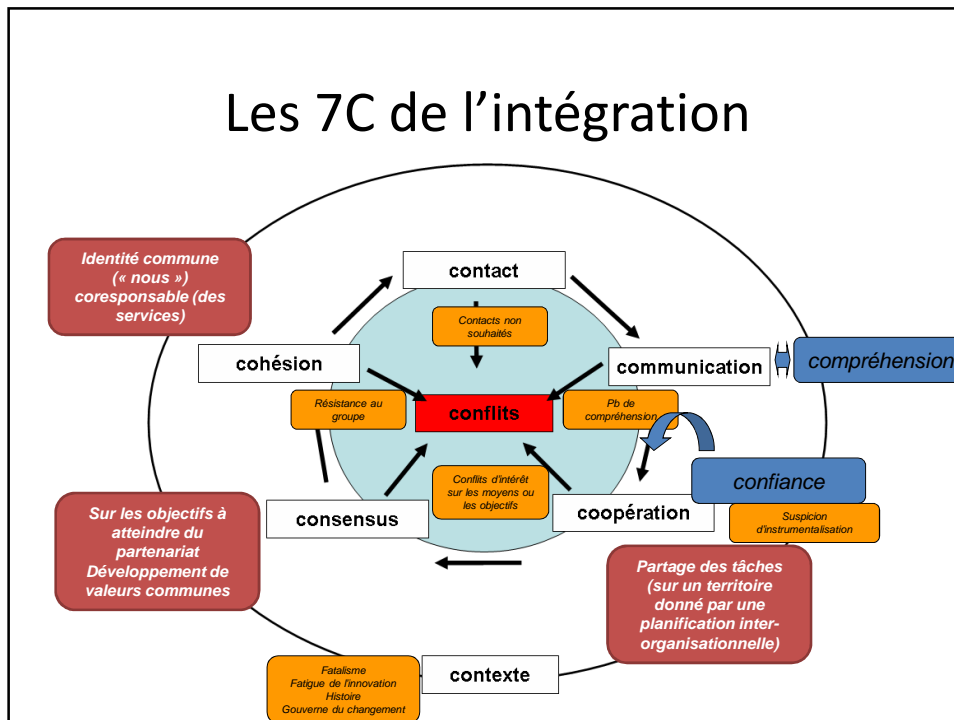
Les frontières de fragmentation (3)

- Ville et Institution
 - Ville : soins principalement assurés par des libéraux; Institution (hôpital aigu, ssr ou long terme...): soins principalement assurés par les salariés
 - Régulation plus souvent au niveau institutionnelle

Les frontières de fragmentation (4)

- Sanitaire et Social ou médico-social
 - Pour beaucoup une rupture culturelle (de façon sous-jacente affrontement de deux logiques de « monde » pensées comme inconciliables).
 - Enjeux d'identité professionnelle dans un monde aux frontières mouvantes
 - Régulation et financement majoritairement segmentés (CG pour social, Etat pour sanitaire)

Les 7C de l'intégration



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 »

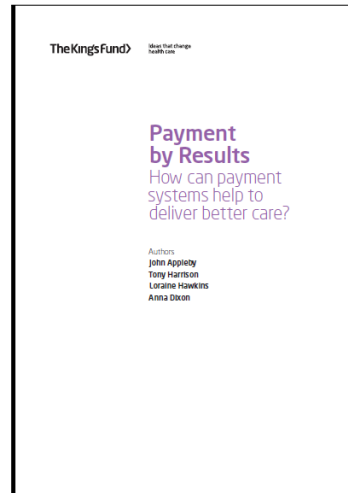
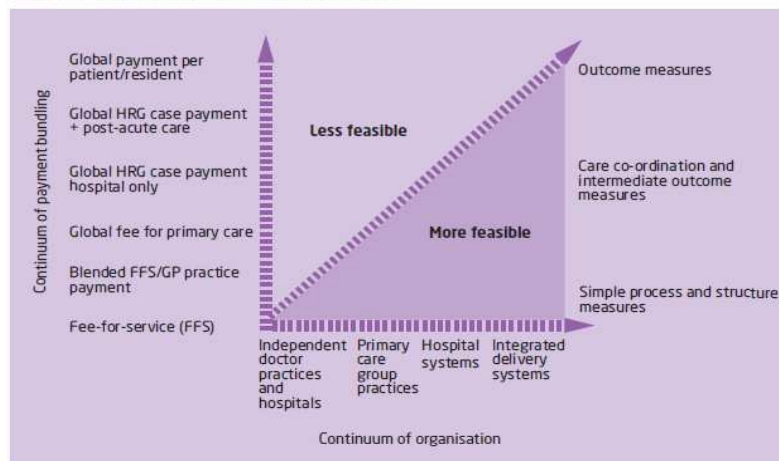


Figure 4 Organisation and payment methods



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

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

Beaucoup de coordination

- Coordonnateur PAERPA
- Coordonnateur PTA/ réseaux
- Coordonnateur CLICs
- Professionnels EMS APA
- IDEC (cancéro)
- Coordonnateur PRADO (assurance maladie ICC, BPCO...)
- ± initiatives locales...

SWOT d'une politique de parcours

•**Force** : cohérence des approches
Intégration et Parcours également
cohérente avec démarche territoriale
(filière, GHT)

•**Opportunité** : contrainte économique
et démographique pousse à
l'innovation, courant international fort,
richesse et diversité de l'offre en
France, nouvelles générations, besoins
cohérents (système d'information...)

•**Faiblesse** : manque d'outil
d'évaluation unique, manque d'une
volonté politique de réduire la
fragmentation, manque d'implication
des personnes (« prises » en charge,
etc...), hospitalo-centrisme du système

•**Risque** : bureaucratisation galopante
(procédures pour procédures,
organisation pour organisation...),
hospitalo-centrisme renforcé, partir du
plus complexe, prescriptif,
fragmentation

Comment aller vers l'intégration dans un monde complexe?

- Localement :
 - chacun sa part de responsabilité dans le processus collectif MAIA
 - décideurs dans une logique de décision commune > gouverne pour décisions (y compris impopulaires) vers politique de service territorial d'aide et de soins
- Individuellement :
 - Eliminer les discours du type « CLICs, réseaux, MAIA »... MAIA = label accessible au CLICs et réseau (inverse pas vrai) pas même plan logique
 - Eliminant les discours « MAIA= GC »
 - Eliminer les discours « MAIA= Alzheimer »
- Nationalement :
 - outil commun d'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle

Pour conclure

- Système riche et foisonnant mais fragmenté et dépassé
- La solution...construire des EHPADs!
- Inverser la logique nécessite d'investir lourdement dans le soutien à domicile
 - Système prêt à bonifier cet investissement? non
 - Système à réorganiser en nivelant les pouvoirs
 - Résistance des partenaires à prévoir (de tous) → volonté politique
 - Mesurer retour sur investissement

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 Vieillissement* 2014; 12 (1 : 5-12 et 2 : 2014; 12 (2), 123-30)
 - *International Journal of Integrated Care* 2014 Mar (téléchargeable tuit mais en anglais)

Vidéo : Exercice pratique en différé Uninvited guests on Vimeo

