



Intégration des services d'aide et de soins pour une continuité des parcours

Catherine Périsset
CREAI Bretagne juin 2015

Un système d'aide et de soins qui doit s'adapter

- Vieillissement de la population
- Un contexte économique contraint
- Passer d'un système hospitalo-centré à un système centré sur le maintien à domicile
- Passer d'une logique centrée sur les soins à une logique centrée sur le parcours de vie des personnes
- Entrer dans une logique parcours qui mobilise la fragmentation du système
- Où en sommes-nous ?

Sommaire

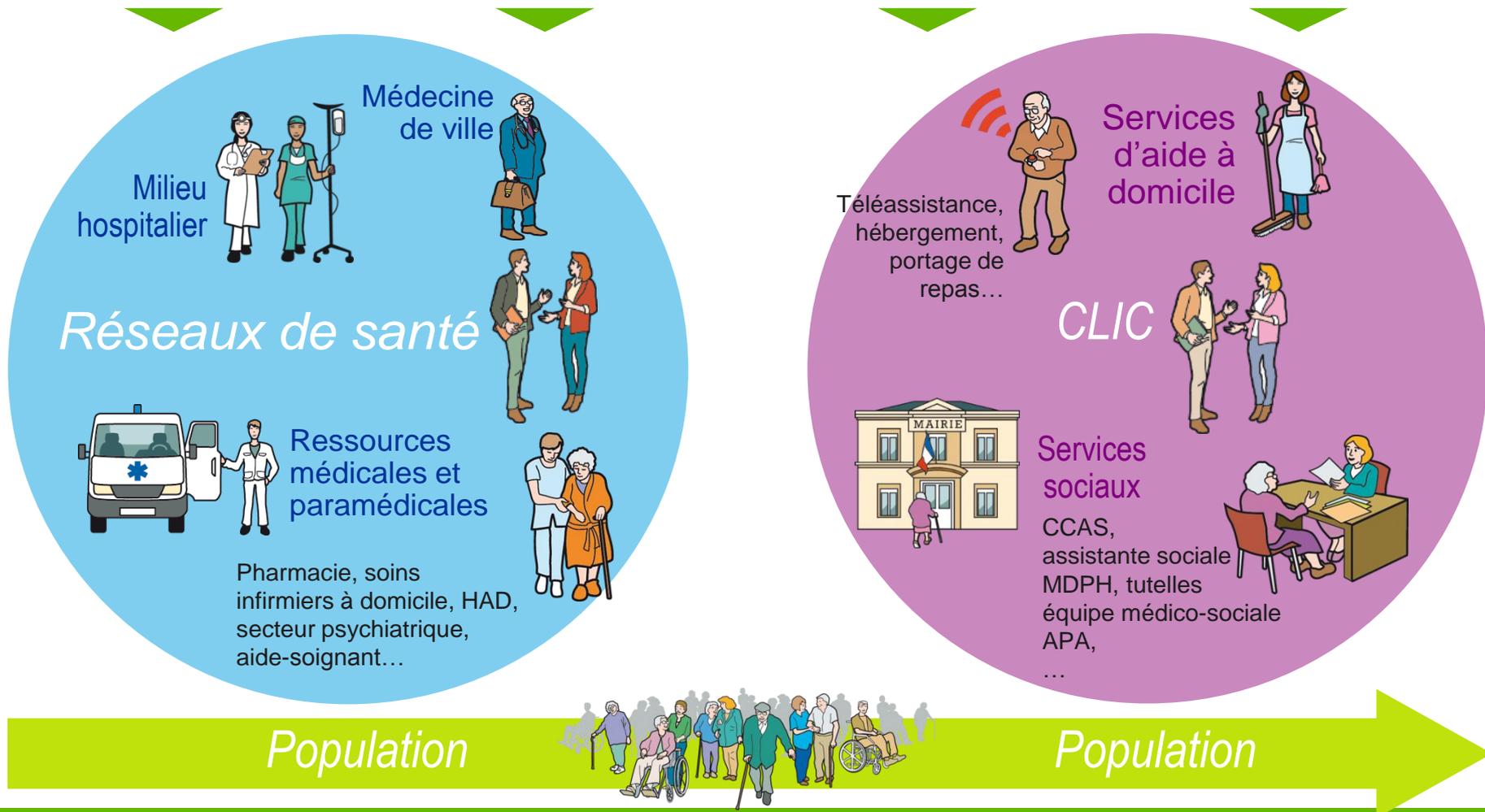
1. Un système riche mais fragmenté à gouvernances multiples
2. Une volonté d'intégrer les aides et les soins au service des plus âgés : continuité des parcours
3. Des pratiques professionnelles impactées
4. Des évolutions en cours et en perspective....

1. Un système riche mais fragmenté

1.1 Notre contexte : un système riche et fragmenté

DGS DGOS DSS DGCS SG CNSA CNAM CNAV MSA RSI..

Agence régionale de santé, Conseil général, Mairie, Caisses d'assurance maladie...



1.2 Des territorialités qui se chevauchent



1.3 Effets de la fragmentation sur le pratiques

- De nombreuses ressources disponibles mais :
 - Gouvernance en tuyau d'orgue
 - Référentiels, territorialités, compétences, outils, modes de communication propres
 - Pluralité des logiques d'action
- Un parcours conditionné par la porte d'entrée dans le système et lié aux pratiques professionnelles :
 - Analyse de la demande
 - Connaissance des ressources disponibles

2. Intégrer les services d'aide et de soins pour renforcer la fluidité des parcours

2.1 Continuité des parcours de santé

- Une préoccupation
 - de la population en perte d'autonomie et ses aidants
 - des pouvoirs publics
- Un enjeux
 - de lisibilité du système (public, professionnels, gouvernance)
 - de continuité de réponse aux besoins de soins et d'aides
 - d'optimisation des ressources existantes
 - d'équité dans la réponse aux besoins
 - d'adaptation du système aux enjeux de société

2.2 Quelle réponse ?

- Un défi : réduire la complexité du système

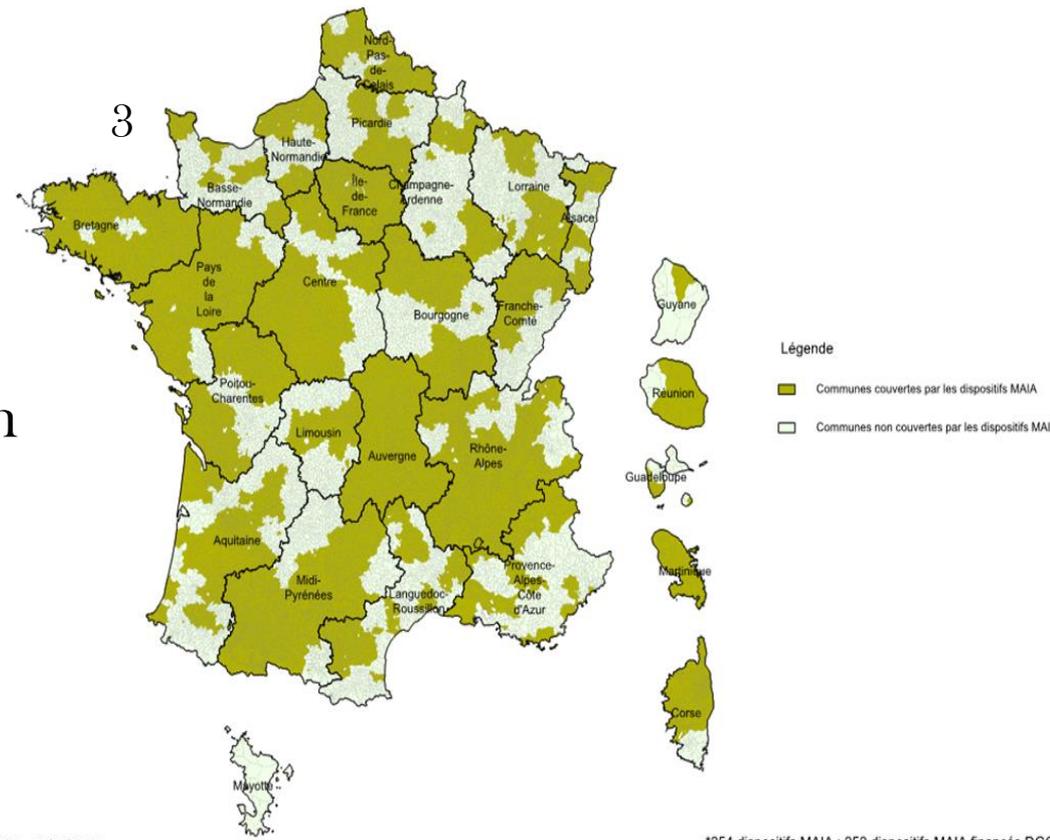
De la coordination des interventions (animer la complexité) à l'intégration des services d'aides et de soin

- L'intégration des aides et des soins, une approche populationnelle

Aujourd'hui, focus sur les 60 ans et plus : la perte d'autonomie au grand âge appelle à prendre en compte l'ensemble des besoins en aide et soins

2.3 l'intégration des services en France

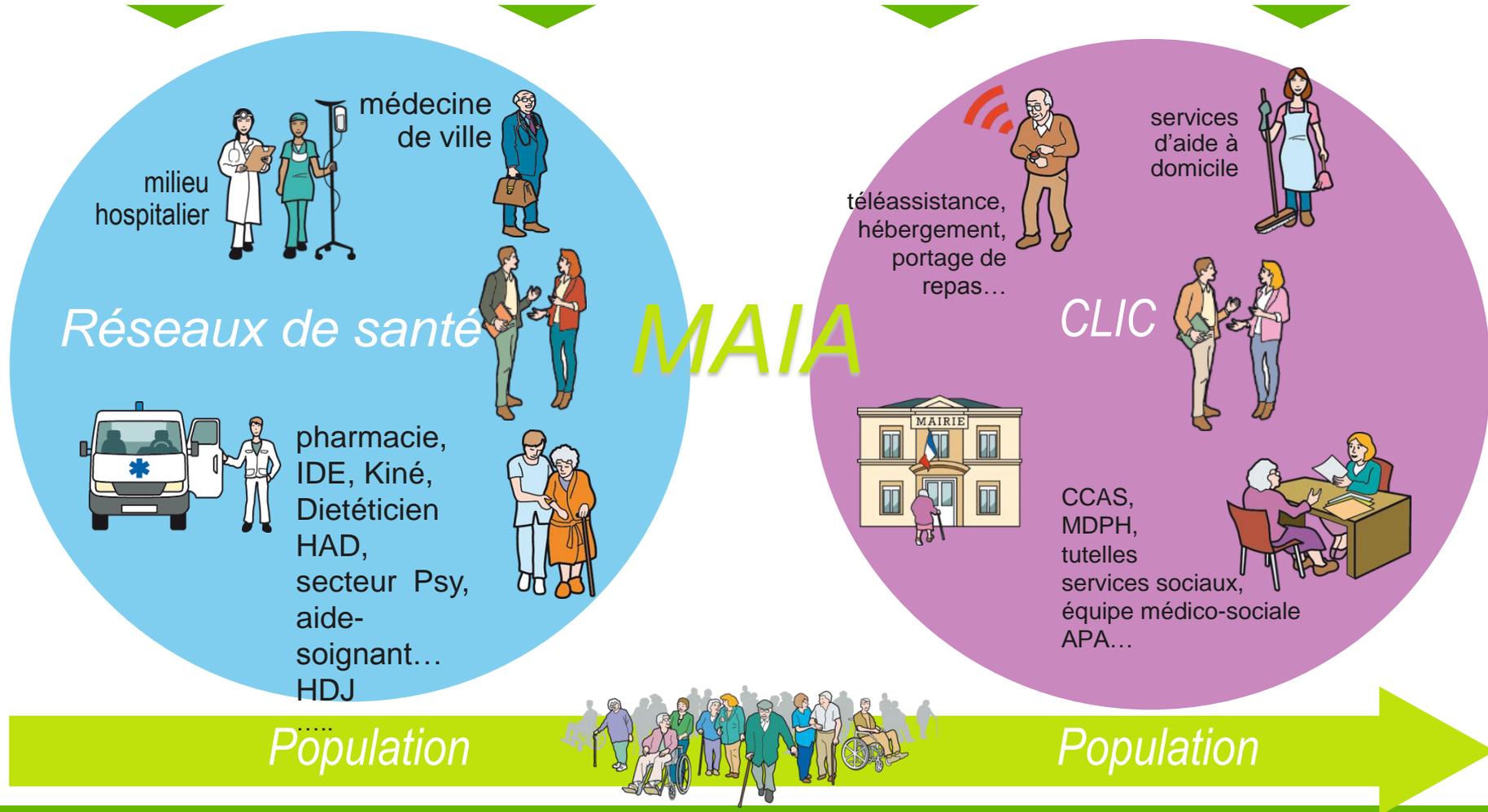
- 2 phases préparatoires
 - 2006-2009 : PRISMA France, territoires contrastés
 - 2009-2011 : MAIA
17 territoires précurseurs
- MAIA : 1 méthode d'action
 - adaptée aux diversités locales
- Déploiement national :
 - 2014 : 250 MAIA
 - 2015 : 300 MAIA
 - 2016 : 350 MAIA



2.4 Intégration des services d'aide et des soins (PA)

DGS, DGOS, DSS, DGCS, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, CNSA, CNAM, CNAV, MSA, RSI...

agence régionale de santé, conseil général, mairie, caisse d'assurance maladie...



2.5 MAIA c'est quoi ?*



Méthode



d'Action



**Pour l'Intégration
des services
d'aides et de soin**



**Dans le champ de
l'Autonomie**



Une approche populationnelle (PA)

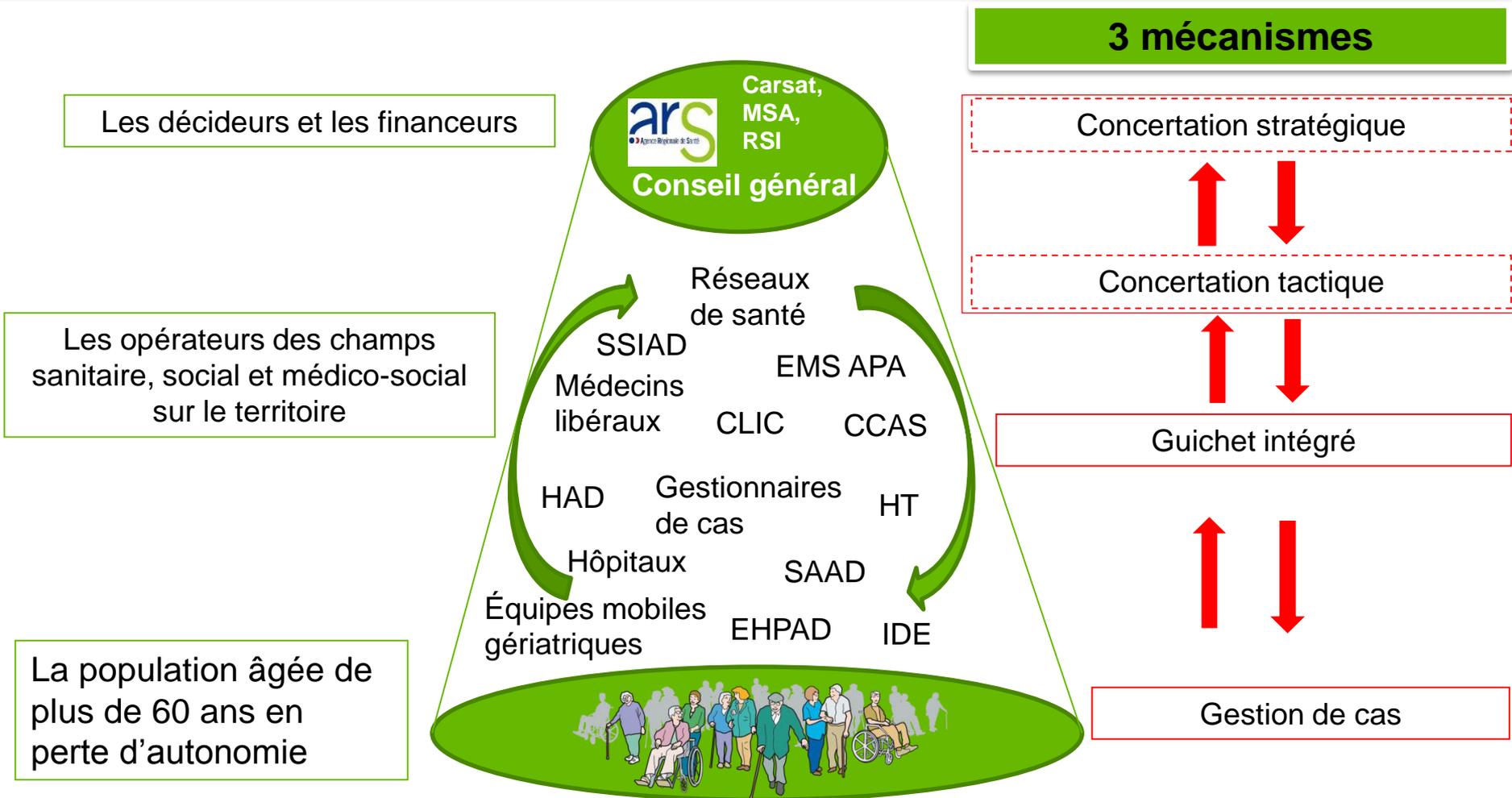
**L'organisation d'un continuum des
réponses territoriale aux besoins
(sanitaire, social, médico-social)**

Une simplification du parcours (PA)

**NB : MAIA entrée dans le droit
commun depuis 2011**

* Modification de la définition de l'acronyme intégrée dans le projet de loi « Adaptation de la société au vieillissement »

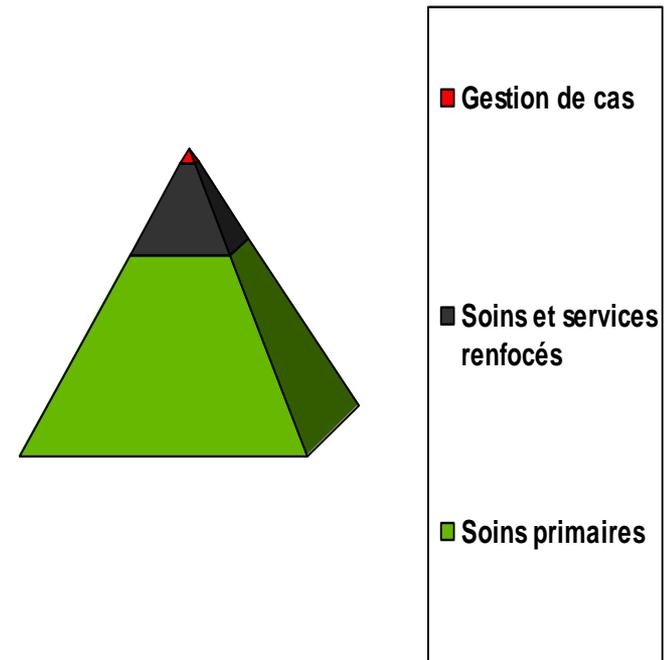
2.6 Principes de l'intégration des services en France



**Une population, un territoire, des ressources disponibles
un modèle organisationnel en appui sur des outils partagés**

2.7 Nouvelle fonction : le gestionnaire de cas

- Cible : les personnes en situation les plus complexes, $\pm 5\%$ population
- Dédié à la coordination des interventions pour :
 - Améliorer la continuité
 - Renforcer le suivi
 - Identifier les barrières
- Temporalité : long cours
- Des équipes pluri-professionnelles
- Légitimité dans un système intégré
- Une fonction développée dans plusieurs pays, adaptée au système



2.8 Un professionnel pour le territoire : le pilote

- Choix d'un porteur légitimé par les opérateurs
- Un Pilote en direction de projet pour l'organisation d'un continuum des ressources
- Missionné par les décideurs
- Il impulse les travaux d'intégration des services
 - Anime un projet collaboratif de territoire
 - S'appuie sur les données remontées par les GC
 - Permet une analyse partagée des besoins de la population du territoire et des axes d'amélioration des parcours

2.9 Retours d'impact au cours de la phase expérimentale

- Simplification de parcours
 - Indice de simplification de parcours qui baisse en moyenne de 3,24 à 1,3Amélioration de l'accessibilité des personnes aux services qu'elles requièrent
- Pertinence des prises en charge

Des éléments encourageants pour les personnes suivies en gestion de cas

 - sur le taux d'hospitalisation
 - sur la baisse du taux de neuroleptiques en particulier pour les personnes Alzheimer.
 - Sur les refus d'aides et de soins
- La gestion de cas nouvelle pratique professionnelle
 - identifiée par les personnes suivies en gestion de cas (PRISMA)
- Amélioration de la dynamique locale (études INPES)

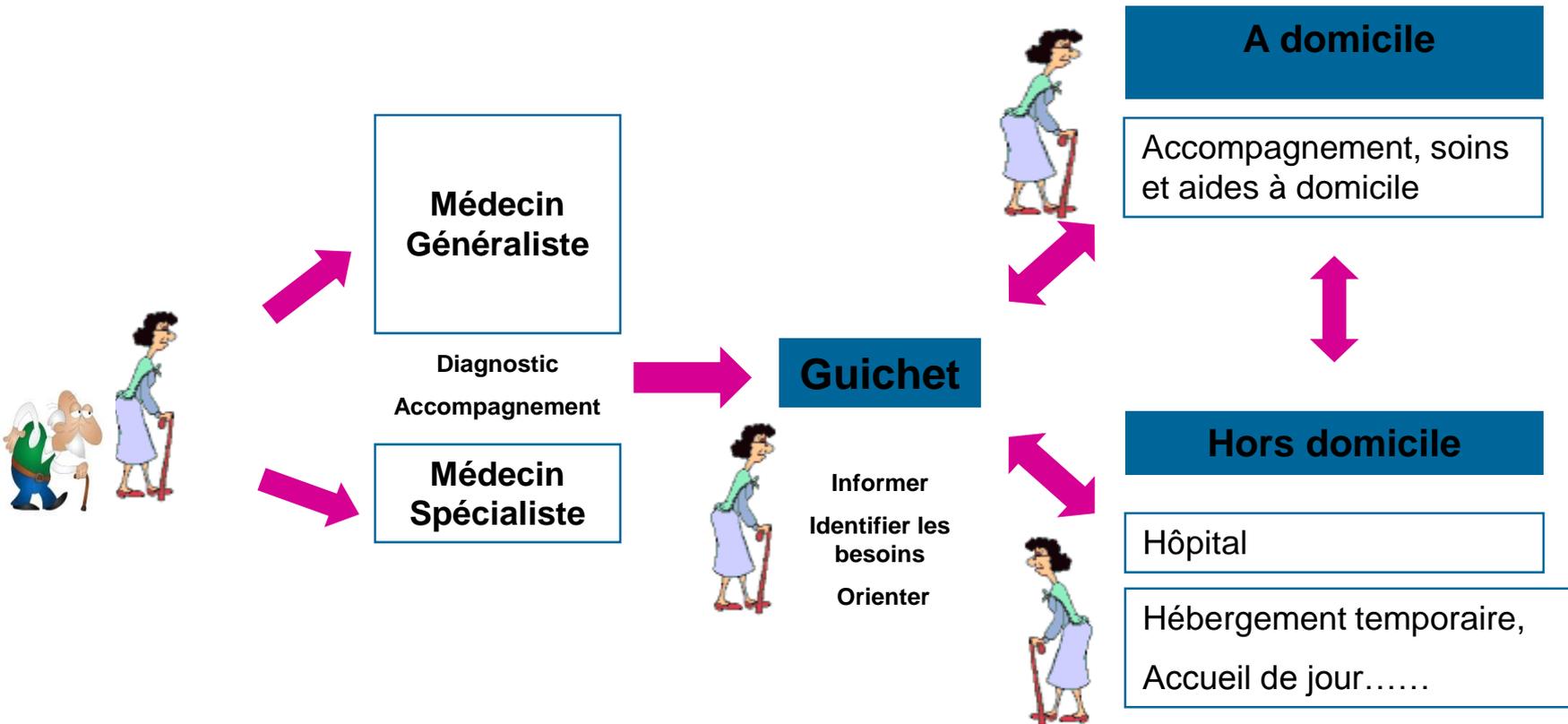
NB : Rôle du CG et de l'ARS central (H Trouvé)

3. Évolution des pratiques professionnelles

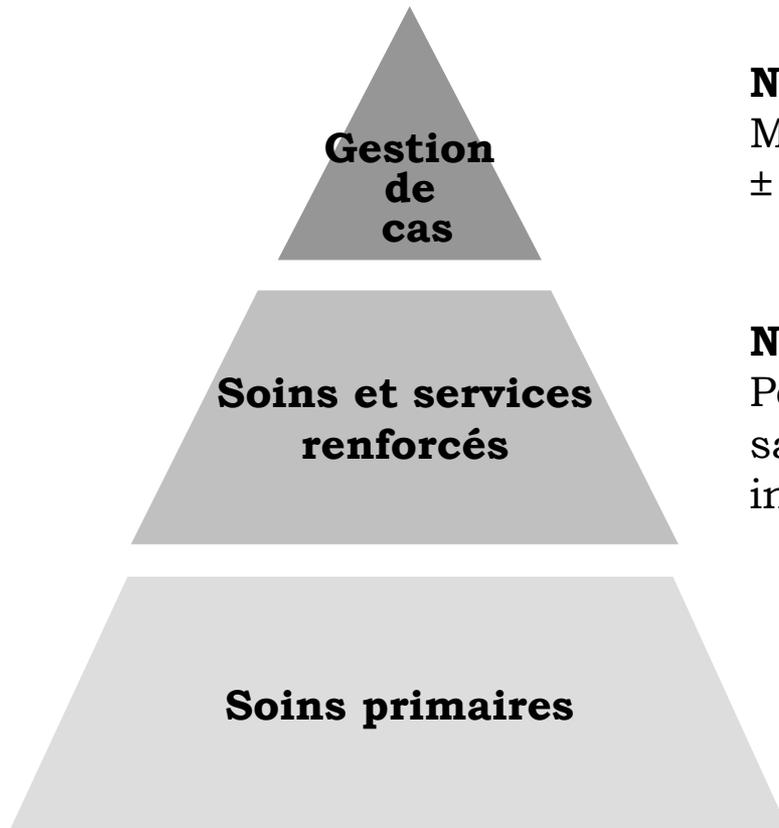
3.1 De la coordination à l'intégration : évolution des pratiques

COORDINATION des interventions	INTEGRATION des services
Chaque institution / service / professionnel répond dans le champ de ses missions	Chacun participe au continuum des réponses du territoire
Chaque acteur garde sa logique d'action propre et ses outils	Chacun s'inscrit dans une équipe d'intervenants autour d'un projet avec la personne suivie Référentiels et outils partagés
<u>Liaison</u> entre professionnels et institutions sans modification des pratiques	<u>Intégration</u> des acteurs : co responsabilité avec modifications des pratiques

3.2 Des intervenants coresponsables de la fluidité des parcours : un nouveau paradigme



3.3 Une population aux différents besoins d'accompagnement



Niveau 3 : 5% de la population cible

Maladies chroniques + perte d'autonomie
± vulnérabilité socio économique

Niveau 2 : 15-20% de la population cible.

Personnes avec un besoin d'accompagnement
sanitaire et médico-social et coordination des
interventions

Niveau 1 : 70-80% de la population cible.

Personnes prises en charge en ambulatoire,
proactive dans leurs traitements ou
demandes d'aides

3.4 Une nouvelle approche populationnelle

Prise en compte de l'ensemble des besoins = évolution des pratiques professionnelles d'orientation (CLIC, CCAS, APA, services sociaux, réseaux, CH, SSIAD, SAD...):

- Quels sont les besoins de cette personne ?
- Quelles sont les ressources disponibles ?
- Qui peut répondre à ces besoins identifiés ?
- Comment différencier les interventions : qui fait quoi ?
- Comment mobiliser le service/le professionnel ?

4. Soutenir l'évolution des pratiques

- D'une réponse institutionnelle à une réponse territoriale : un processus partagé
 - d'identification des besoins
 - d'accès aux services
- Des outils communs, supports à l'inscription de chacun dans le continuum des réponses offertes à la population.
 - Annuaire des ressources, ROR, qui fait quoi ?
 - Formulaire d'analyse et de liaison et formation
 - Critères de repérage

4. Travaux en cours et perspectives

4.1 Travaux en cours

- Cadre légal du échanges d'informations (Lois à venir)
- Système d'informations partageables
 - > Rapport à la standardisation/systématisation
- Gouvernance (Évolution des régions, C^{té} national)
- Formation des pilotes (EHESP)
- Des politiques publiques encore....

4.2 L'intégration des services en perspective

- **PAERPA***, expérimentation (la coordination comme prestation, numéro unique pour les professionnels de santé, financements...)
- **Loi « santé »** : Plateformes territoriales d'appui à la coordination, organisations pour le suivi des situations complexes
- **Schéma handicap rare, Plan maladies neurodégénératives, rapport « zéro sans solution »**

Extension aux personnes de moins de 60 ans avec d'autres gouvernances, territorialités, prestations, modes de financements et acteurs

Au final....

- L'intégration ne peut « émerger » spontanément dans un contexte de fragmentation : c'est un mouvement continu et non un état
- Comment mettre en place des processus, des outils, des pratiques partagés ?
 - Rôle central du pilote, des gestionnaires de cas (mise en lien)
 - Rôle majeur de la gouvernance : décision politique cohérente et maintien de l'impulsion dans la durée
 - La continuité des parcours est l'affaire de tous



Merci !

catherine.perisset@cnsa.fr