

L'intégration des services d'aide et de soins

destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ayant fait un choix de vie à domicile.

Pour offrir de meilleurs services aux personnes en perte d'autonomie, la France a fait de nombreux efforts au cours des dernières années tant sur le plan de l'organisation, du financement et de la dispensation. Or ces ajouts de ressources se sont traduits par une juxtaposition de mesures qui débouchent sur une multiplication des acteurs répondant à des logiques d'actions variées, de multiples évaluations et une coordination partielle illustrée par les CLICs et les réseaux de santé « personnes âgées ».

Cette fragmentation s'oppose à la nécessaire appréhension globale des besoins des personnes en perte d'autonomie et aussi à la continuité des réponses apportées dans le temps et entre les différents acteurs.

Pour mieux répondre à l'augmentation des besoins et répondre au souhait de la population d'avoir des services de qualité et adaptés à leurs besoins et à ceux de leurs proches aidants, les politiques (internationales et nationales) de la santé concernant les  n s ont retenu comme voie d'action prioritaire la réorganisation des services socio-sanitaires et proposent des modalités organisationnelles qui suscitent la collaboration de tous les intervenants et qui prévoient l'utilisation complémentaire des ressources. **Il s'agit de passer de la juxtaposition à l'intégration des services.**

Kodner et Kyriacou définissent l'intégration comme un ensemble de techniques et de modèles organisationnels conçus pour la transmission d'informations, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de l'aide et des soins à tous les niveaux. Leutz décrit 3 modèles d'intégration :

1. **la liaison** : les organisations développent des protocoles de **transferts de compétence** ou des **collaborations** pour répondre de façon concertée aux besoins des personnes. Dans ce modèle, les organisations continuent de fonctionner de façon autonome en conservant leurs propres règles et procédures. Le modèle de liaison est représenté par le CLIC. Le Conseil Général transfère la compétence au CLIC de niveau 3 d'évaluer les besoins de la personne, d'élaborer un plan d'aide personnalisé, de le mettre en œuvre, de le suivre et de l'adapter en collaborant avec les services d'aide à domicile. Leur appellation pourrait être CLIL (Centre Local d'Information et de Liaison).
2. **la coordination** : les organisations gardent leurs propres structures mais elles acceptent d'adhérer à un objectif commun, d'**adapter leurs ressources et leurs opérations** conformément aux procédures établies par la structure qu'elles ont chargées de la coordination. Les fondamentaux de ce modèle sont la porte d'entrée unique, un outil unique d'évaluation à laquelle les organisations ont accès grâce à un système d'information, un plan d'intervention concerté et personnalisé confié à un gestionnaire de cas. Le modèle de coordination est représenté par PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie) proposé, expérimenté au Canada par Hébert, adapté et implanté sur 3 sites français depuis 2000.
3. **l'intégration totale** : **une seule organisation devient responsable de l'ensemble des services** nécessaires à la population dont elle a choisi de s'occuper. La population étant sélectionnée sur des critères stricts, ce modèle est dit niché dans le système de santé. Ces services sont délivrés par une équipe multidisciplinaire qui utilise un système d'évaluation pour établir en concertation un plan d'aide et de soins personnalisé confié à un gestionnaire de cas. Un financement par capitation est en général utilisé. Le modèle d'intégration totale est représenté aux Etats-Unis d'Amérique par PACE (Programme of all inclusive Care for the Elderly), CHOISE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly), SHMO (Social Health Maintenance Organization).

Le modèle d'intégration qui va être adopté par les différents pays dépend fortement du modèle politique, socio-économique et culturel du pays en question. L'intégration ne peut se réaliser que si elle concerne à la fois :

- a. le niveau **institutionnel** (ou macro) : ce niveau se réfère aux leviers législatifs, financiers pour influencer l'organisation ;
- b. le niveau **organisationnel** (ou mezzo) : ce niveau se réfère à l'organisation entre prestataires de soins médicaux et sociaux (interprofessionnelle) et à l'organisation entre professionnels d'une même catégorie socioprofessionnelle (intraprofessionnelle) pour influencer la dispensation ;
- c. le niveau **opérationnel** (ou micro) : ce niveau se réfère directement à l'offre de soins et d'aide.   ce niveau sont concernés les services d'information et de prévention, d'aide à la personne, d'aide aux proches, sanitaires de premier niveau, spécialisés de g rontog riatrie, psychogériatrie et réadaptation, de soins palliatifs.

Les clés pour réussir l'intégration sont d'après les experts du projet de recherche international financé par l'Union Européenne PROCARE (Providing integrated health and social care for older persons) et publiés dans *Managing Integrated care for older persons* :

- une **vision partagée** de l'action à entreprendre et des buts à atteindre,
- une **sélection des partenaires**   intégrer avec des critères d'inclusion/d'exclusion,
- une **gouvernance** transparente et partagée,
- une **démarche qualité**   tous les niveaux,
- une **transparence** des coûts, des bénéfices et des risques pour chaque partenaire,
- une **promotion de la culture gériatrique** et des formations professionnelles communes,
- une personne et ses besoins **au centre** des préoccupations des partenaires,
- une infrastructure utilisant les **technologies de l'information et de la communication**.

Les bénéfices escomptés de l'intégration des services d'aide et de soins destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ayant fait un choix de vie à domicile sont pour la personne une meilleure **accessibilité** des services, une **réponse globale**, adaptée et évolutive à ses besoins, une amélioration de sa **satisfaction**, une **diminution de la perte d'autonomie** et une **diminution des recours aux hospitalisations**. Concernant les professionnels il s'agit d'une vision commune quant aux résultats à atteindre par les interventions auprès des personnes par le développement de l'interdisciplinarité et l'amélioration de la qualité du service rendu.

L'intégration des services se produit lorsqu'une gamme complète de services est coordonnée de façon à ce que chaque usager reçoive « le bon service, au bon moment, au bon endroit, par la bonne personne, au moindre coût humain et social » (De Stampa 2008). L'importance des modifications qui doivent être effectuées justifie qu'elles soient amorcées d s à présent, de telle sorte que l'essentiel soit complété lorsque les effets du vieillissement démographique se feront véritablement sentir. Il reste donc des pas importants à franchir et des obstacles à lever pour en arriver aux modes d'organisation de services adaptés à l'ampleur des besoins.

Dr Frédéric MESSIAT, gériatre, coordinateur du Réseau de Santé « personnes âgées » Association « Vivre et Vieillir Chez Soi » Maison du Canton 05120 L'Argent re La Bessée. Tél : 04/92/23/09/16.