

Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration : texte intégral

Deuxième partie

The French society of geriatrics and gerontology position paper on the concept of integration

Part two

DOMINIQUE SOMME¹
HÉLÈNE TROUVÉ²
YVES PASSADORI³
ALAIN CORVEZ⁴
CLAUDE JEANDEL⁵
MARIE-ALINE BLOCH⁶
GENEVIÈVE RUULT⁷
OLIVIER DUPONT⁸
MATTHIEU DE STAMPA⁹

¹ Université de Rennes 1, Faculté de médecine, Centre hospitalier universitaire de Rennes ; Centre de recherche sur l'action politique en Europe, UMR 6051, Rennes, France <dominique.somme@chu-rennes.fr>

² Fondation nationale de gérontologie, Paris, France

³ Service de gériatrie, Centre hospitalier, Mulhouse, France

⁴ ARS Languedoc-Roussillon, Montpellier, France

⁵ Service de gériatrie, Centre hospitalier universitaire, Montpellier, France

⁶ École des hautes études en santé publique, Rennes, Sorbonne Paris Cité, équipe Management des organisations en santé (MOS), France

⁷ Délégation générale de la SFGG, Suresnes, France

⁸ Fondation Condé, Chantilly, France

⁹ Service de gériatrie, APHP, Hôpital Sainte Péline, Paris, France

Tirés à part :
D. Somme

Résumé. Le concept d'intégration des soins et des services, bien que datant des années 1990 n'est que récemment apparu dans les politiques publiques en France. Afin de clarifier le concept et son adaptation à la réalité du système de soins et de services français, la Société française de gériatrie et de gérontologie a mandaté un groupe de travail interdisciplinaire. Les travaux de ce groupe sont synthétisés selon trois axes : la définition de l'intégration, les objectifs poursuivis par cette orientation organisationnelle et les moyens à mettre en œuvre. Il se dégage de l'analyse de la littérature que l'intégration est un processus qui vise à dépasser les frontières de la fragmentation des systèmes de services répondant à des populations en situation de vulnérabilité. Ce processus nécessite une réflexion multi-niveau notamment sur la façon dont les politiques publiques et les systèmes de financement doivent être modifiés. Ainsi, à tous les niveaux concernés, doit se développer un partage de processus, d'outils, de moyens, de finances, d'actions et de retour sur ces actions. C'est ce partage qui est la preuve de l'évolution vers l'intégration. Dans cette seconde partie, les auteurs développent les arguments qui pourraient pousser les aidants professionnels et non-professionnels à se saisir de l'intégration comme une réponse à leurs aspirations. Les perspectives des décideurs politiques sont également analysées. Dans la mesure où l'intégration comporte un composant humain dont une des expressions est la gestion de cas, les relations entre intégration et gestion de cas sont clarifiées. Enfin les leçons des expériences nationales et internationales sont examinées. Il en ressort que l'intégration nécessite d'être accompagnée par un pilote local. Les expérimentations récentes montrent qu'il est possible d'initier la dynamique intégrative en France et ainsi de l'inscrire dans le mouvement international d'adaptation de nos systèmes de santé aux nouveaux enjeux.

Mots clés : intégration, coordination, définition, concepts, prise de position

Abstract. *The concept of integrated services delivery, although dating from the 1990s, has only recently appeared in French public health policy. To clarify the concept and its adaptation to the reality of the French systems of healthcare and social services, the French Society of Geriatrics and Gerontology established an interdisciplinary working group. This article reports that group's findings according to three axes: the definition of integration, the objectives of this organizational approach and the means needed to achieve them. Analysis of the literature indicated that integration is a process that aims to overcome the fragmentation of services for vulnerable people. This process requires a multilevel approach, particularly concerning how to modify public policies and financing systems. Notably, all relevant levels need to develop shared processes, tools, resources, finance, interventions and returns on the latter. Indeed, this sharing is the ultimate proof of evolution towards integration. In the second part of the position paper, its authors have developed arguments that could lead professionals and non-professional caregivers to adopt integrated care as an answer to their aspirations. Policy-maker perspectives and politicians are also analyzed. Bearing in mind that integrated care necessarily will always involve a human component which may find expression during individual case-management; relations between integration and case managements are clarified. Finally, lessons learned from national and international experiments are examined. Results suggest that integrated care must to be accompanied by a local pilot. Results of recent experiments have shown that it is possible to initiate a dynamic towards integrated care in France and hence join the international movement towards adapting our healthcare systems to new challenges.*

Key words: *integrated care, coordination, definition, concepts, position paper*

Le lecteur est invité à se reporter à l'article publié dans le numéro 1/2014 de la revue et intitulé « Prise de position de la Société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration : texte intégral. Première partie » afin de prendre connaissance du début du texte (chapitre 1, 2 et 3).

L'intégration : quel bénéfice pour les aidants professionnels et non-professionnels ?

L'intervention auprès des personnes âgées implique de nombreux professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social (médecins généralistes et spécialistes, professionnels paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, aides à domicile, mandataires judiciaires...), qui interviennent en institution (hôpital, maison de retraite) ou en ambulatoire et avec des employeurs très divers (publics ou privés, lucratifs ou non). Les cultures et outils de ces différents professionnels sont souvent très différents : les uns s'appuyant sur les « écrits », d'autres sur « l'oral », les uns plus orientés sur le diagnostic et le traitement sur des périodes courtes », les autres vers l'accompagnement sur de longues durées. Il est alors parfois difficile pour tous de collaborer par manque d'objectifs et de langage communs. Certains professionnels, notamment les aidants à domicile en emploi direct, peuvent se trouver isolés et parfois en difficulté [1]. L'intégration permet alors de créer des espaces de construction du sens commun autour de la personne considérée comme un « objet frontière » [2]. Elle favorise l'ajustement mutuel des missions des uns et des autres qui, autrement peuvent soit s'ignorer par manque de lisibilité du système, soit se sentir en compétition les uns avec les autres. Elle permet aussi de créer un collectif plus réactif pour chaque situation [3].

Par ailleurs, l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes à domicile reste majoritairement le fait des aidants familiaux (de l'ordre de 80 % pour des malades d'Alzheimer [4]). Il s'agit souvent de réseaux d'aidants [5] qui ont besoin de se coordonner dans des contextes parfois délicats liés notamment à la conjonction de relations familiales complexes et de difficultés matérielles sans parler des problèmes de santé des aidants. L'intégration permet alors, par une analyse complète des situations, de mieux prendre en compte les besoins des aidants informels.

Enfin, les aides apportées par les différents intervenants, professionnels d'une part et informels d'autre part, peuvent se juxtaposer sans véritable cohérence [6] et générer des situations conflictuelles, dues, par exemple, à une perception du risque très différente entre les pro-

fessionnels et l'entourage [7]. L'intégration permet de créer des espaces de dialogue et de concertation entre les différents types d'intervenants basée sur des outils partagés de recueil de l'information, en particulier au moment de l'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie. Elle conduit ainsi chacun à trouver sa place en complémentarité avec les autres [8].

L'intégration : les organisations de réponse aux besoins des intervenants (professionnels et non professionnels) ont-elles quelque chose à y gagner ?

Si l'organisation des réponses aux besoins des personnes âgées est une préoccupation qui s'inscrit dans le temps, leur développement progressif à la faveur des plans de santé publique, qu'il s'agisse de programmes nationaux ou régionaux, a conduit à des organisations partiellement adaptées, tant en termes de missions que de périmètres d'action et de territoire pertinent. On peut citer divers dispositifs :

- les réseaux thématiques : diabète, douleur, Alzheimer, soins palliatifs, dont le pilier est le médecin généraliste ;
- les réseaux populationnels comme les réseaux de santé personnes âgées, qui se sont construits sur la base du volontariat et dont l'évolution pourra se faire vers des réseaux multithématique d'appui à la coordination ;
- les filières gériatriques partant de fait du système sanitaire pour conventionner avec les partenaires d'aval que sont les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les médecins libéraux, en agrégeant par la suite l'hospitalisation à domicile (HAD) et les SSIAD.

Mais dans chacune de ces configurations, la place de chacun des acteurs est peu lisible et la compétition peut survenir.

On peut encore donner d'autres exemples :

- le plan Alzheimer qui met en place des dispositifs tels que les équipes spécialisées à domicile ;
- le plan qualité de vie des maladies chroniques qui définit l'éducation thérapeutique et confie aux ARS la labellisation des équipes ;
- la mission « vivre chez soi » qui a identifié le besoin de structurer un ensemble des services : les plates-formes de services, dont le périmètre est celui d'un territoire de proximité ;
- la loi HPST avec la régionalisation et les missions confirmées aux ARS, notamment la définition des territoires de

santé, qui ajoute à la complexité de la notion de « territoire pertinent » lorsque l'on doit intégrer aussi les compétences des conseils généraux ayant eux-mêmes leurs dispositifs (nationaux : CLIC, équipe médico-sociales) ou locales liées à la politique définie précisément par ces conseils pour les personnes âgées habitant chaque département.

Si ces plans et programmes mettent en évidence la nécessité de répondre de manière coordonnée à des besoins croissants de la population âgée, pour les professionnels, les dispositifs progressivement mis en œuvre ont généré des formes de concurrence entre les dispositifs sans forcément résoudre les ruptures et les dysfonctionnements existants. La concurrence s'exerce en termes de fonctionnement, mais aussi de financements dans un système contraint et un contexte soit de non fléchage des ressources soit, au contraire, de non fongibilité des enveloppes. Il est donc difficile pour le professionnel du champ sanitaire ou social d'identifier à la fois sa place dans le système et d'avoir une intelligibilité du système dans son ensemble. C'est donc bien dans la clarification de cette place que l'évolution vers l'intégration se justifie pleinement.

Par ailleurs, le périmètre des besoins s'accroît, notamment à la faveur de la prise de conscience de la nécessité de prévenir la perte d'autonomie en repérant la fragilité dans toutes ses dimensions [9] et en mettant en place des interventions en amont, structurées et suivies impliquant l'ensemble des acteurs : médecins libéraux, centres de santé, hôpitaux de jour, plates-formes de services, caisses de retraite, conseils généraux, associations, etc. Le plan d'actions corrélatif, dont a la charge le comité « Avancée en âge »¹, doit prioriser l'intégration et définir la place de chacun des dispositifs existants pour une meilleure lisibilité et efficacité des réponses. Au-delà, gageons que le corollaire de l'intégration, à savoir l'acquisition d'une culture commune des acteurs, devrait promouvoir la compétence et l'harmonisation des pratiques.

L'intégration : les institutions en charge des politiques publiques ont-elles quelque chose à y gagner ?

La littérature nous invite également à interroger les conditions et les moyens requis à une intégration ins-

titutionnelle structurante et mobilisatrice des niveaux organisationnels et cliniques [10].

Les orientations de politiques publiques en direction des personnes âgées sont historiquement inscrites dans le cadre du rapport Laroque [11]. Développées par des administrations indépendantes les unes des autres, aux échelons national, régional, départemental et communal, les politiques publiques mises en œuvre s'inscrivent alternativement dans les trois logiques des systèmes d'assurance sociale, de protection universelle et d'assistance [12]. Il en résulte un système assis sur des compétences et pouvoirs partiels conduisant à des fonctionnements en silos ainsi qu'à des doublons de prérogatives et à la mise en concurrence des administrations et des dispositifs [13].

Le problème que pose l'intégration aux institutions en charge des politiques publiques se situe dans le principe même de l'intégration. Cette dynamique, qui mobilise des moyens et des ressources de différentes institutions au profit de l'intérêt collectif n'entraîne pas de retour sur investissement direct pour telle ou telle institution. L'illustration vient par exemple des effets issus d'une organisation des services sociaux, médico-sociaux et sanitaires en termes de réduction des ré-hospitalisations, dont l'impact financier se répercute sur les comptes des sphères hospitalières. La problématique soulevée est celle de la modélisation économique de la fongibilité des financements des administrations et dispositifs contribuant à la continuité des parcours de santé des personnes âgées.

Le changement de paradigme vers l'intégration induit ainsi une politique publique promue par une entité intégrée, c'est-à-dire interministérielle et donc intersectorielle, dans un projet commun dont les effets positifs en termes de santé publique s'attribuent à l'ensemble des parties. Les données probantes des politiques d'intégration des services d'aides et de soins appuient cette perspective : réduction de la prévalence et de l'incidence de la perte d'autonomie, réduction des passages aux urgences, amélioration de la satisfaction, de l'autonomisation, absence d'impact sur les coûts globaux [14].

Ce changement de paradigme au niveau institutionnel, propice à une mise en adéquation des orientations et outils de régulation ou niveau organisationnel et clinique des territoires régionaux et départementaux, favoriserait en outre l'agrégation des systèmes d'information, tant sur les parcours des personnes que sur les modalités de fonctionnement administratif et financier. Cette dernière considération est primordiale dans la mesure où la mutualisation des systèmes d'information prend la forme de *condition sine qua non* à l'atteinte de l'objectif d'efficacité organisationnelle et managériale. Dans le

¹ Comité mis en place par le ministre en charge des personnes âgées, Michèle Delaunay, en octobre 2012 dans le cadre de la préparation de la future loi « Autonomie ».

contexte actuel d'intensification des pressions budgétaires, il s'agit d'anticiper sur les compétences qui seront requises et contribuer à la planification des métiers.

L'intégration : une réponse aux défis démographique, épidémiologique et économique actuels ?

En contribuant à une meilleure gestion de la complexité du modèle bio-médico-psycho-socio-environnemental, l'intégration offre une réponse majeure aux défis inhérents au phénomène qu'il est convenu de dénommer la transition épidémiologique des maladies. L'émergence des maladies chroniques incapacitantes, principale cause de handicap et de perte d'autonomie fonctionnelle et la coexistence de variables, auxquelles ne peut répondre à lui seul avec efficacité le modèle médical traditionnel. Le cumul très fréquent des situations de poly-pathologie et de perte d'autonomie chez les personnes du grand âge, implique d'apporter d'une réponse décloisonnée à des besoins relevant aussi bien du champ médical, que des champs psychologique, social et environnemental.

La question du dénombrement des personnes âgées en perte d'autonomie est délicate car aucune base de données « administrative » n'en permet le recensement. Cependant, certaines d'entre elles sont suffisamment informatives pour confirmer cet enjeu démographique. Ainsi, les données de la Drees indiquent qu'en 2010, 1 117 000 personnes bénéficiaient de l'APA [15]. Les données de la Cnav sur l'aide-ménagère concernant les personnes en GIR 5 et 6 indiquent que 250 000 personnes faiblement dépendantes bénéficiaient de cette prestation en 2008 [16]. L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) de 1998 – 1999 établissait à 1,2 million le nombre de personnes en équivalent GIR 1 à 5 [17]. Les données les plus récentes issues de l'enquête Handicap Santé de 2008-2009 estiment à 811 000 le nombre personnes âgées dépendantes vivant à domicile et à 1,5 million celui des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, quel que soit le lieu de vie. Selon les dernières projections de l'Insee, d'ici à 2026, la part des 80 ans ou plus dans la population totale devrait passer de 5 % à un peu plus de 6 % et le nombre de 80 ans ou plus devrait passer d'environ 3,5 millions en 2011 à 7 à 10 millions en 2060. Selon le groupe de travail présidé par Jean-Michel Charpin [18], dans son rapport sur les « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030, passant de 1,150

à 1,550 million de personnes, et par 2 entre 2010 et 2060, pour atteindre 2,3 millions de personnes.

L'enjeu économique résultant est majeur et implique que les conditions de mise en œuvre de l'aide à la dépendance soient pensées en étroite continuité avec l'offre de soins. L'intégration des interventions soignantes et sociales pourrait ainsi éviter que la prise en charge de l'autonomie des personnes âgées ne crée une impasse financière supplémentaire pour les comptes publics.

L'intégration et la gestion de cas : pourquoi faire un lien ? Quel(s) lien(s) ?

L'objectif de cet article n'est pas de définir le concept de gestion de cas ni d'en faire un état des lieux. Cela a déjà été fait récemment dans une revue de littérature publiée au King's Fund [19]. En voici les principales conclusions :

- la gestion de cas est un mécanisme établi d'intégration des services autour des besoins des individus ayant des problèmes au long cours ;
- il s'agit d'un mécanisme de deuxième ligne, ciblé, dirigé vers la « communauté » (le domicile) et proactif ;
- il comprend l'accès/dépistage/filtrage, l'évaluation, la planification, la coordination ;
- les preuves de son impact positif sont diverses mais lorsque l'implantation est « idéale » on peut atteindre une amélioration :
- de l'expérience des utilisateurs et des proches ;
- du devenir en termes d'événements de santé ;
- de l'usage des ressources hospitalières ;
- de l'efficacité des soins.

L'énumération des conséquences de la fragmentation faite en particulier au paragraphe sur l'intégration des personnes âgées (voir première partie de cet article dans le précédent numéro) permet de voir que les personnes en situation complexe (notion de complexité dont nous essaierons plus loin de définir les contours), y sont particulièrement exposées. Pour ces personnes, l'intégration doit permettre de développer une réponse spécifique ; c'est le concept de « gestion de cas intensive » [20]. Ainsi, la gestion de cas s'entend comme une dimension de l'intégration, et pas en dehors [21, 22]. C'est une condition nécessaire mais non suffisante de l'intégration. La gestion de cas ne s'adresse qu'aux personnes en situation complexe, alors que l'ensemble de l'intégration cherche à couvrir les besoins de la population d'un territoire. Les personnes en situation complexe, en concentrant les difficultés vécues sur un territoire donné, permettent de mettre en lumière les

dysfonctionnements auxquels il faut trouver des solutions en partenariat. Ainsi, l'action des gestionnaires de cas vise à bénéficier à toutes les personnes vivant sur le territoire en question et c'est en cela que la gestion de cas est bien partie intégrante du processus intégratif.

La complexité d'un point de vue conceptuel est marquée par l'instabilité, l'incertitude et l'imprévisibilité [23, 24]. Appliqués à une population de personnes âgées, ces critères devraient permettre, dans le temps, de parvenir à une définition opérationnelle de ce que constitue une situation complexe.

L'intégration : comment faire ? Ce qui marche et ce qu'il faut éviter

La construction de l'intégration nécessite de s'appuyer sur des mécanismes et des outils interdépendants [25-27]. Ces moyens, indispensables pour aller vers l'intégration, sont la création d'espaces de concertation, le partage de processus d'accès aux services du territoire, la mise en place de « gestionnaires de cas » pour les personnes en situation complexe, le partage d'outils d'évaluation et de planification et l'existence d'un système d'information.

Les expériences d'intégration des soins et services ont été nombreuses bien que rarement menées à grande échelle. Kodner [28], tentait d'en tirer récemment les principaux enseignements que l'on trouve réunis ici :

- les objectifs de l'intégration doivent être explicites ;
- l'amélioration doit impliquer l'ensemble des services d'aides et de soins de première ligne ;
- l'intégration doit se baser sur les ressources non professionnelles ;
- il faut prendre en compte les cultures et autres défis locaux ;
- il faut donner les bons incitatifs ;
- il ne faut pas compter sur des économies d'échelles car elles ne surviennent jamais à court terme ;
- il est nécessaire de se donner un horizon temporel suffisant pour obtenir des résultats positifs.

A l'inverse le même auteur liste certains des principaux freins à l'intégration :

- la focalisation sur les besoins des partenaires plutôt que sur ceux des personnes ;
- l'inadaptation des ressources et des financements ;
- le pouvoir trop important donné aux médecins et aux soins aigus ;
- la résistance des partenaires à leur propre perte de pouvoir ;
- les résistances culturelles professionnelles ;
- le manque de confiance entre partenaires ;

- les défauts de communication ;
- les déséquilibres de pouvoir à l'intérieur et entre les organisations.

La confrontation de ces conditions conduit naturellement à penser que l'intégration ne se produit pas de façon spontanée. Cela se traduit bien dans les conclusions d'un rapport portant sur les conditions institutionnelles du changement et qui statue que : « La réalisation d'un réseau intégré de services [29] : 1) repose d'abord sur l'implication de personnes compétentes, crédibles et dédiées (les « pilotes ») ; 2) requiert l'adhésion des dirigeants des organisations impliquées au modèle retenu qui... ; 3) doit se présenter à eux comme une solution appropriée à des problèmes d'organisation des services qu'ils jugent prioritaires ; 4) 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. »

Le pilotage (stratégie de management du changement) apparaît comme un facteur clé dans la mise en place de l'intégration des services. Parmi les stratégies, il apparaît nécessaire d'éviter une approche exclusivement descendante (*top-down*) mais de favoriser la double approche (*top-down* et *bottom-up*, i.e. ascendante) [27, 28]. L'implantation de l'intégration des services doit prendre en compte le contexte local à partir d'un diagnostic organisationnel pour comprendre la réalité des organisations et des pratiques professionnelles et pour adapter la stratégie d'implantation. Il est nécessaire par ailleurs que le « pilote » en charge de la conduite du changement soit en lien direct avec les services prestataires d'aides et de soins.

L'intégration en France : leçons tirées de l'exemple des Maia

La mise en place de l'intégration en France à travers le dispositif Maia (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) s'appuie sur six composantes interdépendantes issues du modèle intitulé « Prisma » (acronyme signifiant Programme de recherches sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie), expérimenté au Québec puis en France lors d'un projet pilote [30]. Chacune des composantes est en soi une innovation et le modèle regroupe [31] :

- la mise en place de mécanismes de concertation à tous les niveaux de la prise de décision ;
- la réorganisation de l'accès aux services par la procédure de guichet intégré ;
- le déploiement de gestionnaires de cas pour les personnes en situation complexe ;

- la mise en place d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé ;
- l'utilisation d'un plan de services individualisé pour les personnes en gestion de cas [32] ;
- la mise en place d'un système d'information partagé.

L'implantation des Maia s'est déroulée en plusieurs temps. Le premier était une phase expérimentale entre 2008 et 2010 sur 17 sites expérimentaux caractérisés par une grande diversité de porteurs (privés, publics, sanitaires, sociaux, associations ou collectivités territoriales). Chacun des sites a recruté un « pilote local » responsable de la mise en œuvre sur son territoire d'un projet collaboratif associant tous les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Une équipe de pilotage nationale a conduit cette phase expérimentale en s'assurant de la mise en place des 6 composantes en fonction des réalités locales. Il s'agissait de réconcilier les approches descendantes et ascendantes [26, 27, 31].

Le contenu de la méthode doit être suffisamment formalisé tout en offrant des possibilités d'adaptations locales [28] : il s'agit du « quoi » qui doit être défini au niveau national (par exemple, constitution de tables de concertation, leur composition théorique, leur fonctionnement idéal, etc.). Le mouvement par lequel, pas à pas, la méthode est implantée au niveau local, doit être formalisé de façon à être reproduit : il s'agit du « comment » qui doit, lui aussi, être défini (et gouverné) au niveau national. À l'inverse, les priorités et les leviers d'action qui permettront à la méthode de s'implanter doivent, par un travail de diagnostic organisationnel local partagé, émerger des partenaires eux-mêmes : il s'agit du « pourquoi » qui, même s'il s'entend au niveau national (voir première partie de cet article dans le précédent numéro), doit se décliner au niveau local. Enfin, et de façon évidemment prépondérante, l'identification de l'ensemble des acteurs concernés à tous les niveaux de prise de décision ainsi que l'ampleur de leur implication ne peut

s'envisager qu'au niveau local : il s'agit du « qui ». C'est dans l'établissement local des priorités, des leviers d'actions et de l'implication des acteurs que peuvent se décliner la rencontre du *top down* du *bottom up* et la co-responsabilité tactique et stratégique indispensables au déroulement du processus d'intégration.

Il faut d'emblée souligner que l'appellation Maia peut induire des malentendus car il ne s'agit pas de déployer de nouvelles structures (maisons) mais de délivrer le label Maia à l'ensemble des partenaires existant déjà sur un territoire donné. Le label étant octroyé à condition que ces partenaires aient évolué vers l'intégration, c'est-à-dire qu'ils démontrent qu'ils partagent un certain nombre de process/outils/moyens/culture... Il faut également souligner que la mesure a été étendue et ne s'adresse pas qu'aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie, quelle qu'en soit la cause.

En généralisant le dispositif d'intégration Maia sur l'ensemble du territoire national, le législateur a donné aux ARS la mission de déployer en région les dispositifs Maia (Article L.1431-2 du CSP). Une étude récente [33] permet de souligner qu'un certain nombre de modalités de coopération intra-organisationnelle (mise en place de groupes de travail transversaux internes aux ARS) et inter-organisationnelle (association des conseils généraux aux différentes phases de déploiement des dispositifs Maia) montrent une bonne réceptivité des ARS au mouvement d'intégration porté par les Maia. Toutefois, le double contexte d'installation récente des ARS et d'appropriation d'une nouvelle compétence relative au déploiement du dispositif d'intégration Maia conjugué aux ambiguïtés du dispositif lui-même (en termes de cible : maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées versus personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle et de la création d'un nouveau service versus la construction de nouvelles modalités d'organisation des services), impacte l'appropriation du dispositif au sein des ARS comme méthode adéquate à la coordination des politiques de santé dans la finalité de continuité des parcours des usagers.

Points clés

- Le concept d'intégration des soins et des services, bien que datant des années 1990, n'est que récemment apparu dans les politiques publiques en France.
- Ce concept doit s'articuler avec celui de "coordination" qui a prévalu dans la conduite de la majorité des politiques publiques touchant le champ gérontologique depuis les années 1960 en France.
- Afin de clarifier le concept et son adaptation à la réalité du système de soins et de services français, la Société française de gériatrie et de gérontologie a mandaté un groupe de travail interdisciplinaire. Les travaux de ce groupe sont synthétisés dans cet article.

Conclusion

L'intégration des soins et des services a pour objectif de réduire la fragmentation que connaissent la plupart des systèmes de santé occidentaux et de les rendre plus lisibles pour les professionnels et les personnes. Il ne s'agit pas d'une adaptation à la marge mais d'une complète réorganisation des services de soins et d'aide depuis leur régulation jusqu'à leur délivrance nécessitant un partage de moyens

et d'actions afin de répondre aux besoins des personnes. L'intégration qui est un projet collectif à l'échelle d'un territoire nécessite d'être accompagné par un pilote local et l'exemple des Maia montre qu'il est possible d'initier la dynamique intégrative en France et ainsi de l'inscrire dans le mouvement international d'adaptation de nos systèmes de santé aux nouveaux enjeux.

Messages clés

L'intégration est un processus continu dont l'avenir :

- se nourrit d'un courant international fort qui transcende les préoccupations politiciennes ;
- est l'enjeu d'une réponse adaptée aux défis épidémiologiques et démographiques actuels, au premier rang desquels figure la dépendance. Les principaux leviers en sont :

- l'inadaptation de la situation actuelle d'une réponse « maladie par maladie » ;
- l'inadaptation de la situation actuelle d'une réponse fragmentée entre « social » et « médical » ;
- le fait que personne n'a seul la réponse à l'ensemble des besoins ;
- la volonté des personnes d'être actrices des décisions qui les concernent ;
- les revendications autour du maintien à domicile ;
- la régionalisation des politiques de santé ;
- le besoin exprimé par des décideurs d'avoir des données sur les besoins de la population ;
- la nécessité de renforcer la première ligne ;
- la crise financière comme une opportunité de faire évoluer le système ;
- le dépassement des succès ou échecs des politiques de court terme.

Remerciements. Le groupe s'est réuni à l'initiative et avec le soutien de la Société française de gériatrie et gérontologie, et le texte a été approuvé par le bureau.

Ont participé aux travaux du groupe mais sans participer à l'écriture de cet article : Mme Hélène Thomas, université d'Aix-Marseille, Mme Béatrice Frémon, université de Paris Dauphine, Mr Henry Noguès, université de Nantes, Mme Marie Fontanel, Agence régionale de Santé Alsace, Joël Ankri, APHP - Hôpital Sainte Périne.

Le groupe remercie Hélène Bouvier de son aide pour la mise en forme finale de l'article et pour l'organisation des réunions.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Cet article a déjà été publié (en version courte) dans des journaux dont les lectorats sont différents afin d'en assurer la meilleure diffusion possible.

La publication se fait en accord avec les journaux ayant précédemment publié le texte court sous les références suivantes :

- 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.
- 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. *La revue de gériatrie* 2013 ; 38 : 323-30.
- Somme D, Trouvé H, Passadori Y, Corvez A, Jeandel C, Bloch MA, *et al.* The French Society of Geriatrics and Gerontology position paper on the concept of integration. *International Journal of Integrated Care* 2014; jan-mars [En ligne, consulté le 05 avril 2014] disponible sur <http://www.ijic.com>.

Références

1. Loones A, Jeauneau P. L'organisation du métier d'aide à domicile : entre autonomie et isolement professionnel. In : Marquier R, Nahon S, eds. *Conditions de travail des aides à domicile en 2008*. Dossiers solidarité et santé, 2012 : 47-60. [En ligne]. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier30.pdf>.
2. Grenier C. Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels. Le cas d'un réseau. *Gérer et comprendre, annales des mines* 2006 ; 83 : 25-35.
3. Bloch MA, Hénaut L, Gand S, Sardas JC. Les questionnaires de cas : une nouvelle figure de tiers. *Rev Econ Soc* 2011 ; 29 : 103-12.
4. Rapp T, Grand A, Cantet C, Andrieu S, Coley N, Portet F, Vellas B. Public financial support receipt and non-medical resource utilization in Alzheimer's disease results from the PLASA study. *Soc Sci Med* 2011 ; 72 : 1310-6.
5. Carpentier N, Bernard P. The complexities of help-seeking : exploring challenges through a social network perspective. In : Pescosolido B,

Martin JK, McLeod JD, Rogers A, eds. *The handbook of the sociology of health, illness, and healing. Blueprint for the 21st century*. New York : Springer, 2011 : 465-79.

6. Lyons KS, Zarit SH. Formal and informal support : the great divide. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999 ; 14 : 183-92.

7. Campéon A, Le Bihan B, Mallon I, Martin C. Impact de la structuration des CMRR sur les trajectoires de prise en charge de patients souffrant de la Maladie d'Alzheimer. [En ligne]. In 2^{es} Rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, Aide à l'autonomie et parcours de vie du 15 février 2012. [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/data/Atelier02/A2_Martin.pdf?PHPSESSID=02add6c1f3ddb7bee63a09c46d0b1f5c.

8. Coudin G, Mollard J. Être aidant de malade Alzheimer : difficultés, stratégies de faire face et gratifications. Première étape de validation du CADI-CAMI-CASI auprès d'un échantillon français d'aidants familiaux. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2011 ; 9 : 363-78.

9. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, *et al.* Frailty in older population : a brief position paper from the

French society of geriatrics and gerontology. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2011 ; 9 : 387-90.

10. Denis JL. Gouvernance clinique : discussion et perspective. *Pratiques et organisations des soins* 2008 ; 39 : 249-54.

11. Haut comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse. Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque. Paris : La documentation française, 1962.

12. Trouvé H, Couturier Y, Etheridge F, Saint-Jean O, Somme D. The path dependency theory : analytical framework to study institutional integration. The case of France. *Int J Integr Care* 2010 ; 10 : e049.

13. Martin C, Le Bihan B. Prendre soin des personnes âgées dépendantes : le défi européen et le modèle français. *Revue suisse de sociologie* 2006 ; 32 : 495-509.

14. Hébert R, Raïche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec : a quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010 ; 65 : 107-18.

15. Debout C, Lo SH. L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. [En ligne]. Novembre 2009, Publication n° 710 [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er710-4.pdf>.

16. Duraffourg M, Paul S. Rapport 2006-063 relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la caisse nationale d'assurance maladie. [En ligne]. Paris : La documentation française ; juillet 2006 [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : <http://archipel5.mutinfo.net/downloadfichier?up=dW5hc3NhZCYzMzY5>.

17. Colin C. Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? [En ligne]. Paris : Revue Française des affaires sociales ; 2003 [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-1-page-75.htm>.

18. Charpin JM. Perspectives démographiques et financières de la dépendance. Rapport du groupe de travail n° 2 sur la prise en charge de la dépendance. [En ligne]. Paris : La documentation française ; juin 2011 [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000333/0000.pdf>.

19. Ross S, Curry N, Goodwin N. *Case management : what it is and how it can best be implemented*. Londres : The King's Fund, 2011.

20. Challis D, Darton R, Hughes J, Stewart K, Weiner K. Intensive care-management at home : an alternative to institutional care ? *Age Ageing* 2001 ; 30 : 409-13.

21. Dubuc N, Dubois MF, Raïche M, Gueye NR, Hébert R. Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community : does integrated services delivery make a difference ? *BMC Geriatr* 2011 ; 11 : 67.

22. Somme D, Trouve H, Dramé M, Gagnon D, Couturier Y, Saint-Jean O. Analysis of case management programs for patients with dementia : a systematic review. *Alzheimers Dement* 2012 ; 8 : 426-36.

23. *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver (Canada) : Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.

24. Turner BJ, Cuttler L. The complexity of measuring clinical complexity. *Ann Intern Med* 2011 ; 155 : 851-2.

25. Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly : two american models. *Int J Integr Care* 2000 ; 1 : e08.

26. de Stampa M, Somme D. Rapport d'expertise 2009-2010 sur la phase expérimentale des MAIA - Plan National Alzheimer. Paris : La documentation française ; 2012. Commandé par la Direction générale de la santé.

27. de Stampa M, Somme D. Rapport d'expertise 2010-2011 sur la phase expérimentale des Maia - Plan National Alzheimer. Paris : La documentation française ; 2012. Commandé par la Direction générale de la santé.

28. Kodner DL. Soins de santé intégrés – quoi, pourquoi, comment, quoi éviter ? [En ligne]. In Symposium national sur les soins de santé intégrés, octobre 2012. [Consulté le 27 février 2013]. Disponible sur : http://www.conseilcanadiendelasante.ca/tree/symposium2012/P1_IntegratedHealthCare_Kodner_FR.pdf.

29. Demers L, Saint-Pierre M, Tourigny A, Bonin L, Bergeron P, Rancourt P et al. *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Québec : Ecole Nationale d'administration publique, Université du Québec, 2005. [En ligne] [Consulté le 3 avril 2013]. Disponible sur : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/398-IntegrationServicesAines.pdf>.

30. Somme D, Trouvé H, Couturier Y, Carrier S, Gagnon D, Lavallart B, *et al.* Prisma France : implementation program of an innovation in health and services system for disabled people. Adaptation of a case-management based integration model. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008 ; 56 : 54-62.

31. Somme D, de Stampa M. Ten years of integrated care for the older in France. *Int J Integr Care* 2011 ; 11(Special 10th Anniversary Edition) : e141.

32. Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F, Saint-Jean O. The individualized service plan as a clinical integration tool : qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *Int J Integr Care* 2007 ; 7 : e52.

33. Trouvé H, Somme D. Stratégies des ARS dans le déploiement des dispositifs Maia d'intégration des services de soins et d'accompagnement pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Mesure du Plan National Alzheimer 2008-2012). Paris : Direction générale de la santé, juin 2012.